

KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

KOM(93) 559 endelig udg.

Bruxelles, den 24. november 1993

Kommissionens meddelelse om rammerne
for en indsats til fremme af folkesundheden

Kommissionens meddelelse om rammerne
for en indsats til fremme af folkesundheden

INDHOLD

		Side
Del A	Baggrund for politik til fremme af folkesundheden	7
I.	Indledning	7
	a) Nuværende udfordringer på sundhedsområdet i Det Europæiske Fællesskabs medlemsstater	7
	b) Omfanget af politikken til fremme af folkesundheden	9
II.	Sundhedstilstand og tendenser i medlemsstaterne	10
	a) Dødelighed	10
	b) Sygdomsfrekvens	11
III.	Grundlaget for Fællesskabets indsats	14
	a) Subsidiaritet	14
	b) Retsgrundlag	15
	c) Fællesskabsinstitutionernes hidtidige behandling af sundhedsspørgsmål	17
Del B	Det Europæiske Fællesskabs metode	21
IV.	Udvælgelse af aktiviteter	21
	a) Omfanget af mulige aktiviteter	21
	b) Fællesskabets aktionsmidler	22
	c) Udvælgelse af aktivitetsområder	23
V.	Sygdomsårsager	27
VI.	Fællesskabets indsats - art og omfang	30
	a) Generel fremgangsmåde	30
	b) Hørings- og deltagelsesmekanismer	32
	c) Støtte til medlemsstaters foranstaltninger og fremme af koordinering	32
	d) Information, undervisning og fremme af sundhed	33
	e) Forskning	34
	f) Uddannelse af ansatte i sundhedssektoren	36
	g) Samarbejde med internationale organisationer og tredjelande	37
VII.	Fremtidig indsats på området folkesundhed	40
Bilag I	Oversigt over de forebyggende politikker i medlemsstaterne	42
Bilag II	Fællesskabspolitikker og instrumenter med direkte relevans for sundhedsbeskyttelse	49
Bilag III	Krav om sundhedsbeskyttelse, der indgår som bærende elementer i andre fællesskabspolitikker	57
Bilag IV	Identifikation af de væsentligste sundhedsproblemer i Det Europæiske Fællesskab	60
Bilag V	Statistiske data	67

RESUME

Denne meddelelse indeholder Kommissionens forslag til Fællesskabets fremtidige arbejde på området folkesundhed, hvor man skal bestræbe sig på at opfylde den målsætning, der blev indført med Traktaten om Den Europæiske Union, om at "Fællesskabet bidrager til virkeliggørelsen af et højt sundhedsbeskyttelsesniveau" (artikel 129). I meddelelsen fastsættes rammerne for Fællesskabets indsats, og fællesskabsinstitutionernes og medlemsstaternes rolle klarlægges. I meddelelsen fastlægges endvidere den strategi, der skal benyttes, og de ressourcer, der står til rådighed for Fællesskabet til gennemførelse af målsætningerne identificeres, ligesom procedurerne for evaluering, kontrol og høring opstilles. Endelig udvælges hovedområder for indsatsen i de kommende fem år.

Meddelelsen er opdelt i to dele. I første del beskrives baggrunden for politikken for folkesundhed, og i anden del beskrives Fællesskabets indsats.

A. Baggrunden for politikken for folkesundhed

I kapitel I i dokumentet findes en oversigt over de vigtigste sundhedsmæssige problemer og udfordringer, som medlemsstaterne i øjeblikket står over for. Disse problemer vedrører:

- den stigende gennemsnitsalder i Fællesskabet;
- øget mobilitet ind i Fællesskabet og mellem medlemsstaterne;
- miljøændringer og ændringer i arbejdstilrettelæggelsen;
- øgede forventninger til, hvad sundhedsvæsenet kan og bør yde, og
- de generelle socio-økonomiske problemer, som Fællesskabet står over for, navnlig social udstødelse.

Som følge af disse problemer er medlemsstaterne blevet konfronteret med øgede krav om sundhedsydelser, og disse krav vil sandsynligvis blive større i fremtiden.

Det område, der er omfattet af politikken for folkesundhed, afgrænses, og det klarlægges, hvorledes denne omfatter aktiviteter med forbindelse til den enkeltes umiddelbare omgivelser og til den mere generelle situation, i hvilken borgerne lever. Bilag I i meddelelsen indeholder en oversigt over medlemsstaternes politik i forbindelse med forebyggelse og fremme af sundhed.

I kapitel II i meddelelsen beskrives de vigtigste tendenser i den sundhedsmæssige situation i medlemsstaterne baseret på tilgængelige data om dødelighed og sygelighed. Tallene viser, at der i de seneste 10 år er sket en væsentlig forbedring i den generelle sundhedssituation, idet befolkningen lever længere, og at kræft og kardiovaskulære sygdomme og, for så vidt angår unge, ulykker, er de største dødsårsager i Fællesskabet. Andre forhold, der giver anledning til en væsentlig dødelighed og sygelighed, er ligeledes opstillet. I bilag V findes mere detaljerede statistiske data.

I kapitel III fastlægges grundlaget for Fællesskabets indsats på området folkesundhed. Her beskrives anvendelsen af subsidiaritetsprincippet, princippet om transparens og proportionalitetsprincippet på dette område, idet det understreges, at spørgsmål om finansiering og levering af ydelser på sundhedsområdet fastlægges af medlemsstaterne selv.

Retsgrundlaget for Fællesskabets indsats på sundhedsområdet skitseres (politikker, programmer og instrumenter til gennemførelse af retsakterne er opstillet i bilag II og III). Der gøres i detaljer rede for bestemmelserne i og betydningen af artikel 129. De vigtigste elementer i denne artikel er fokuseringen på forebyggelse af sygdomme, navnlig de alvorligste sygdomme, herunder narkotikamisbrug, samt understregningen af, at kravene på sundhedsområdet skal indgå som led i Fællesskabets politik på andre områder. Endvidere peges der på Kommissionens forpligtelse til at samarbejde med medlemsstaterne om samordning af deres politikker og programmer.

Endelig gøres der i dette kapitel rede for Det Europæiske Råds, Rådets, Europa-Parlamentets samt Det Økonomiske og Sociale Udvalgs arbejde med hensyn til udvikling af Fællesskabets politik vedrørende folkesundhed.

B. Fællesskabets indsats

I begyndelsen af kapitel IV fastlægges det område, der er omfattet af Fællesskabets eventuelle indsats på området folkesundhed, og formålene med en sådan fællesskabsindsats. Derefter beskrives, hvordan Fællesskabets indsats på dette område skal gennemføres, herunder fastlæggelse af fælles målsætninger og oprettelse af netværk, udveksling af information og personale, forbedring af datasystemer, finansiel støtte til programmer og projekter, udarbejdelse af en årsrapport om sundhed i Fællesskabet og støtte til udgiftsbesparende aktioner.

Principperne for udvælgelse af de sygdomme og sundhedsfarer, der skal omfattes af Fællesskabets indsats, opstilles. Udvalgelsen indebærer overvejelser både om sygdommens indvirkninger på befolkningens sundhedsmæssige status og om, hvorvidt en forebyggende aktion med fordel kan gennemføres på fællesskabsplan (i bilag IV findes en liste over de alvorligste sygdomme og deres indvirkninger).

På dette grundlag anses kræft, kardiovaskulære sygdomme, ulykker, AIDS og smitsomme sygdomme samt narkotikamisbrug og sjældne sygdomme for at være passende områder for Fællesskabets indsats.

I kapitel V om sygdomsårsager understreges det, at det for en effektiv forebyggelse af sygdomme er vigtigt, at årsagerne hertil behandles ved hjælp af et bredt spektrum af foranstaltninger. Der gøres rede for vigtige årsagsfaktorer som f.eks. rygning og alkohol og i den forbindelse anføres trends og data gældende for Fællesskabet.

I kapitel VI om arten og omfanget af Fællesskabets indsats gøres rede for de generelle mekanismer, som Kommissionen vil gøre brug af for at fremme målsætningerne. Den vil prioritere omfattende projekter med stor virkning og holde øje med eventuelle sundhedsmæssige aspekter i andre fællesskabsprogrammer og -politikker, efterhånden som de udvikles.

De generelle mekanismer, der vil blive brugt, beskrives detaljeret:

- Høring og medbestemmelse. Der vil blive oprettet passende mekanismer med henblik på rådgivning af Kommissionen om formulering og gennemførelse af aktiviteter.
- Fremme af samordningen af programmer og politikker. Der vil blive foretaget sammenligninger af forebyggelsespolitikker og analyser af omkostninger/effektivitet, ligesom der vil blive etableret netværker for kontrol med sygdomme.

- Samarbejde med internationale organisationer og tredjelande. Det eksisterende samarbejde med relevante internationale organer som f.eks. WHO vil blive intensiveret, f.eks. gennem uddelegering af specifikke WHO-arbejdsopgaver, gennemførelse af fælles programmer eller støtte til disse organers programmer. Med hensyn til tredjelande vil de eksisterende bistandsordninger blive udvidet, og man vil overveje yderligere samarbejde med visse lande, navnlig i Central- og Østeuropa.
- Oplysning, undervisning og fremme af sundhed. Et koordineret program bestående af foranstaltninger til sundhedsundervisning og fremme af sundhed vil blive udarbejdet vedrørende både årsagsfaktorer og specifikke sygdomme. Dette vil fremme det arbejde, der allerede udføres på visse områder, f.eks. i forbindelse med AIDS og kræft.
- Forskning. Der vil blive taget skridt til at styrke forbindelserne til Fællesskabets forskningsprogrammer som fastlagt i det fjerde F & U-rammeprogram med henblik på at sikre, at forskningsbehovene omkring folkesundhed imødekommes, med henblik på at fastlægge en strategi for forskningen i folkesundhed og med henblik på at sikre, at resultaterne heraf udbredes.
- Uddannelse af ansatte inden for sundhedssektoren. For at øge sundhedspersonalets rolle inden for folkesundhed vil eksisterende uddannelseskurser blive evalueret, og samarbejde om nye kurser vil blive fremmet sammen med udveksling af erfaringer og oplysninger om undervisning og uddannelse.

I kapitel VII om den fremtidige indsats på området folkesundhed fastsættes de prioriterede områder for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed på grundlag af de i de foregående kapitler indeholdte argumenter. De foreslåede områder omfatter "horisontale" aktiviteter og foranstaltninger vedrørende specifikke sygdomme. Disse omfatter:

- fremme af sundhed, undervisning, oplysning og uddannelse;
- sundhedsdata og -indikatorer, monitorering og overvågning af sygdomme;
- kræft;
- narkotika;
- AIDS og andre smitsomme sygdomme;
- ulykker og kvæstelser;
- forureningsrelaterede sygdomme;
- sjældne sygdomme;
- andre sundhedsmæssige trusler (hvis omstændighederne kræver det).

Denne meddelelse er blot det første skridt hen imod en fortsat indsats for at udvikle politikker, programmer og individuelle aktioner med henblik på gennemførelse af artikel 129 og andre artikler i Traktaterne, der har betydning for sundhedsbeskyttelsen. Derefter er det tanken, at den følges op af en række programmer om hvert enkelt af de ovenfor beskrevne emner. Kommissionen håber, at meddelelsen vil give anledning til debat og hjælpe til at koncentrere opmærksomheden om forebyggelse og fremme af sundhed, sådan som man i medlemsstaterne har koncentreret sig om sundhedspleje og behandling, og at den vil give anledning til varige partnerskaber og netværk i en fælles indsats for at opnå et højt sundhedsbeskyttelsesniveau i Det Europæiske Fælleskab.

DEL A
BAGGRUND FOR POLITIK TIL FREMME AF FOLKESUNDHEDEN

I. INDLEDNING

1. Nærværende meddelelse indeholder Kommissionens forslag om rammer for en indsats til fremme af folkesundheden. Meddelelsen følger ratificeringen af Traktaten om Den Europæiske Union, som introducerer artikel 3(0) og 129 med udtrykkelige bestemmelser om folkesundheden i Traktaten om Oprettelse af Det Europæiske Fællesskab.

2. Nærværende meddelelse omhandler i hovedtræk fire områder: for det første beskrives de vigtigste sundhedsspørgsmål, som Fællesskabet er konfronteret med. For det andet forklares des, hvordan man kan opstille prioriteter for Fællesskabets indsats. For det tredje beskrives de hvilke former for foranstaltninger, der kan træffes, og hvordan de passer sammen med de foranstaltninger, som Fællesskabet og medlemsstaterne allerede har truffet med henblik på folkesundheden, samt med andre fællesskabsprogrammer. Endelig foreslås der en række specifikke aktionsprogrammer.

3. Det forslag om en ramme, der beskrives i nærværende meddelelse, skal bygge på de vigtige bidrag, som Rådet, Europa-Parlamentet og Det Økonomiske og Sociale Udvalg har ydet på dette område, samt på Kommissionens arbejde. Der tages i fuldt omfang hensyn til samtlige de principper for Fællesskabets aktiviteter, som indgår i Traktaten om Den Europæiske Union og de øvrige Traktater.

a) Nuværende udfordringer på sundhedsområdet i Det Europæiske Fællesskabs medlemsstater

4. Som følge af de store kulturelle, sociale og økonomiske forskelle i Det Europæiske Fællesskab er de enkelte medlemsstater konfronteret med en lang række forskellige problemer i forbindelse med sundhedsbeskyttelse. Der er imidlertid også mange vigtige fælles spørgsmål, som vedrører sundheden i Fællesskabet som helhed. Disse spørgsmål omfatter bl.a.:

- aldrende befolkning. Personer på 60 år og derover udgør en stadig større del af befolkningen i Fællesskabet. Det forudsiges, at deres andel vil stige fra 17,5% i 1980 til 24% i 2010. Stigningen vil indebære, at der efterhånden bliver flere ældre, som har et forholdsvis stort forbrug af sundhedstjenesteydelser, og at betalingsbyrden vil falde på en relativt mindre erhvervsaktiv befolkning. Behovet for behandling truer således med at overstige samfundets evne eller vilje til at dække det. Iøvrigt viser undersøgelser, at, uanset om lande bruger større eller mindre beløb til lægebehandling, opvejes behandlingernes indvirkning på befolkningens dødelighed af faktorer, som har betydning for forekomsten af sygdomme, som f.eks. cancer og kardio-vaskulære sygdomme, og at en nedgang i dødeligheden blandt ældre ledsages af en stigning i antallet af tilfælde af uhelbredelige handicaps, som nu er almindelige blandt ældre. Nogle undersøgelser tyder også på, at det antal år, folk er handicappede, nu øges hurtigere end det antal år, de er raske.

- øget befolkningsmobilitet. Indvandring til Det Europæiske Fællesskab, gennemførelsen af de indre marked og den generelt øgede rejsevirkksomhed og turisme medfører et stadig større kontakt mellem befolkninger. På sundhedsområdet medfører denne tendens bl.a. større tilbøjelighed til hurtig spredning af smitsomme sygdomme, mulighed for øget narkotikamisbrug og potentielle problemer med at dække indvandreres særlige behov.

- sygdomme, som skyldes miljøændringer og arbejdsmiljø. En række sundhedsproblemer skyldes miljøændringer, som følger af den økonomiske og teknologiske udvikling. Eksempelvis kan det stigende antal tilfælde af luftvejssygdomme og visse former for cancer sættes i forbindelse med de pågældende ændringer. Endvidere kan nye arbejdsmetoder og moderne maskiner samt computere på arbejdspladsen også give anledning til fysiske og psykologiske sundhedsproblemer. Der er endvidere sket en kraftig stigning i antallet af stresstilfælde og muskel-skelet sygdomme.

- større forventninger med hensyn til sundhed. Ovennævnte forhold, som medfører, at der stilles stadig større krav om sundhedstjenesteydelser, ledsages af folks tiltagende forventninger med hensyn til, hvad sundhedsvæsenet kan yde. Den fortsatte udvikling af effektive teknikker til diagnostisering og behandling har lagt grunden til forventningerne om flere og bedre ydelser og et generelt ønske, særlig blandt dårligt stillede samfundsgrupper og i fattige områder, om at få adgang hertil. De økonomiske udgifter i den forbindelse øges, fordi mange nye procedurer er afhængige af avancerede og dyrere lægemidler og udstyrsmaterialer.

- sociale og økonomiske problemer, særlig social udstødelse. Som følge af ringe økonomisk vækst og dermed høj arbejdsløshed er medlemsstaterne nødt til at begrænse de offentlige udgifter meget. Det medfører en begrænsning både af bevillingerne til sundhedsvæsenet og af de beløb, der kan anvendes til social bistand. Endvidere kan arbejdsløshed, manglende ligestilling, diskriminering, fattigdom og social udstødelse i sig selv give anledning til sundhedsproblemer.

5. Som følge af ovenstående sundhedsrelaterede spørgsmål, som medlemsstaterne er konfronteret med, er deres udgifter på sundhedsområdet steget hurtigt i de sidste to årtier. Som det fremgår af figur 1 (Bilag V), steg udgifterne på sundhedsområdet i 1970'erne og 1980'erne kraftigt i forhold til bruttonationalindkomsten (BNI), hvilket delvis er et udtryk for nedgangen i den økonomiske vækst. I den sidste halvdel af 1980'erne stabiliseredes eller faldt tallene dog for visse medlemsstater, samtidig med at væksten blev genoptaget. Begrænsning af udgifterne står alligevel fortsat øverst på dagsordenen i 1990'erne, særlig i forbindelse med den nuværende recession og de budgetmæssige stramninger med hensyn til væksten i de offentlige udgifter. Medlemsstaterne har i høj grad bestræbt sig på at begrænse udgifterne, men omkostningsbegrænsningerne er kun blevet gennemført ved at begrænse dels forsyningerne, f.eks. ved at begrænse ordinerings af lægemidler og ansættelse af personale i sundhedssektoren, dels efterspørgslen, herunder ved at lægge afgifter på lægemidler og undersøgelser.

6. Det indirekte pres med hensyn til tjenesteydelser er ikke forsvundet og vil sandsynligvis blive større, selvom der er ringe forbindelse mellem de vigtigste indikatorer for sundhed og udgifterne på sundhedsområdet. Endvidere har man konstateret, at færre udgifter til ydelser har en uforholdsmæssig stor indvirkning på fattige, syge og ældre. Det er derfor nødvendigt med velafbalancerede svar i forbindelse med det uundgåelige pres for at tilpasse udgifterne på sundhedsområdet, f.eks. offentlige interventioner på sundhedsområdet (ophør med at ryge, kost og motion, begrænsning af luftforurening, etc.), bedre strukturering og finansiering af ordninger på sundhedsområdet for at minimere udgifterne, fjernelse af ineffektive behandlinger og cost-benefit analyser af lægeudstyr og medicin.

7. De vanskeligheder, der er forbundet med at træffe de rigtige beslutninger med hensyn til sundhedsbeskyttelse i økonomiske nedgangstider, fik Rådet til bl.a. at vedtage resolutionen af 11. november 1991 om grundlæggende valg i sundhedspolitikken (EFT C 304 af 23.11.1991). Den pågældende resolution, og særlig Traktaten om Den Europæiske Union, gør det klart, at medlemsstaterne påtager sig at sikre borgerne en høj sundhedsstandard. Denne etiske og juridiske forpligtelse til at beskytte folkesundheden forstærkes af de økonomiske fordele for særlige aldersgrupper og erhvervssektorer (f.eks. i forbindelse med perinatal pleje), som følger af foranstaltninger vedrørende fremme af sundhed, beskyttelse og forebyggelse.

8. Ved at træffe effektive foranstaltninger er det muligt at forebygge præmature dødsfald i den erhvervsaktive befolkning, samt invaliditet og kroniske sygdomme og deraf følgende fravær og uarbejdsdygtighed; sundheden kan forbedres, og kravene om sundhedstjenesteydelser kan begrænses. Kort sagt er det muligt at maksimere Fællesskabets produktionskapacitet, samtidig med at udgifterne til sundhedstjenesteydelser reduceres. Men vigtigst af alt kan man endelig ved at beskytte sundheden og frembringe økonomiske fordele også forbedre livskvaliteten, hvilket er af uvurderlig værdi både for den enkelte og for samfundet som helhed.

b) Omfanget af politikken til fremme af folkesundheden

9. Omfanget af aktiviteterne til fremme af folkesundheden kan derfor anskueliggøres ved at tænke på de sundhedsrisici, samfundsborgerne udsættes for, og på de foranstaltninger, der er nødvendige for dels at beskytte enkeltindividerne mod de pågældende risici dels at øge deres udsigter til at leve et langt og sundt liv. Når man ser bort fra genetisk, fysisk og mentalt betingede sundhedsrisici, stammer de sundhedsrisici, den enkelte udsættes for, både fra den livsstil, man har valgt, og de umiddelbare omgivelser, særlig hjemme og på arbejdspladsen, samt fra det lokale miljø - en kombination af sociale, økonomiske og kulturelle betingelser, som danner den generelle baggrund for den enkeltes liv. Foranstaltninger til beskyttelse af enkeltpersoners sundhed skal derfor være rettet mod begge disse "miljøer".

10. Mens de offentlige myndigheders foranstaltninger og programmer har domineret udviklingen af strategier til fremme af folkesundheden, har man i forbindelse med folkesundheden i de sidste tre årtier i stadig højere grad koncentreret sig om det ansvar, den enkelte har for sin egen sundhed og de ændringer, vedkommende kan foretage af sin adfærd for at forhindre sygdomme i at opstå. Sådanne betragtninger har været forbundet med kost, tilstrækkelig motion, undgåelse af farlige og giftige stoffer, herunder narkotikamisbrug, og forebyggelse af ulykker.

11. International kontrol med sygdomme opstod først i form af nationale karantæneordninger i Europa og Mellemøsten, som tog sigte på at begrænse spredning af smitsomme sygdomme fra land til land. Disse bestræbelser viste for første gang, at det er nødvendigt med internationalt samarbejde i forbindelse med sundhedsbeskyttelse. I Paris blev der i 1907 oprettet en permanent international sundhedsorganisation, som deltagerlandene skulle indberette alvorlige smitsomme sygdomme til, således at organisationen kunne viderebringe informationer til medlemsstaterne, og organisationen skulle undersøge og udarbejde sundhedskonventioner og karantæneeregler for befording med skib og tog. Den pågældende organisation kom til sidst til at indgå i Verdenssundhedsorganisationen (WHO) i 1948.

12. WHO gennemfører både kort- og langsigtede projekter med henblik på at begrænse og udrydde sygdomme på verdensplan og er hele tiden i tæt kontakt med andre specialiserede FN-organer, som også beskæftiger sig med sundhedsspørgsmål, særlig De Forenede Nationers Børnefond (UNICEF), De Forenede Nationers Levnedsmiddel- og Landbrugsorganisation (FAO) og Den Internationale Arbejdsorganisation (ILO).

13. Fællesskaberne har fra starten gjort sundhed og velvære til et af sine vigtigste mål; der ligger sundhedsmæssige betragtninger bag de økonomiske mål for EØF-Traktaten, bag sikkerhedsbestemmelserne i EKSF-Traktaten og bag kravene om beskyttelse i Euratom-Traktaten. I Traktaten om Den Europæiske Union (TEU) gøres sundhedsbeskyttelse derfor til et af de vigtigste led i bestræbelserne for at skabe en stadig tættere forbindelse mellem befolkningerne i Fællesskabet, og det pålægges Fællesskabet og medlemsstaternes regeringer at bidrage til at virkeliggøre et højt sundhedsbeskyttelsesniveau.

II. SUNDHEDSTILSTAND OG TENDENSER I MEDLEMSSTATERNE

a) Dødelighed

14. I de seneste årtier har to hovedtendenser gjort sig gældende med hensyn til befolkningens sundhedstilstand i Det Europæiske Fællesskab. For det første viser dødsquotienten tydeligt, at sundhedstilstanden generelt er blevet væsentligt bedre. I samtlige medlemsstater lever folk længere, og der dør færre spædbørn. Fra 1960 til 1989 steg den forventede levealder for mænd i de 12 medlemsstater fra 67,3 til 72,8 år, og for kvinder fra 72,7 til 79,2 år. Mens man i medlemsstaterne med de bedste resultater har kunnet konstatere en fortsat forbedring, har medlemsstaterne med lavere forventet levealder endvidere formået at hale inde på de andre. Forskellen mellem medlemsstaterne er således blevet mindre og blev halveret fra 1970 til 1988. Det er endnu mere slående, at den laveste forventede levealder i 1988 for hele befolkningen i en medlemsstat (74,3 år) var højere end den højeste i 1970 (73,8 år).

15. Tallene for spædbørnsdødeligheden i Fællesskabet giver et lignende, men endnu mere dramatisk billede. Tallet er faldet med en faktor på mere end fire fra 34,8 pr. 1.000 i 1960 til 8,2 i 1989. Som i forbindelse med forventet levealder er der tale om en betydelig begrænsning af forskellen mellem det laveste og det højeste tal, og på ny havde medlemsstaten med den største spædbørnsdødelighed i 1989 (12,18 pr. 1.000) en lavere dødelighed end medlemsstaten med den laveste dødelighed i 1970 (12,75 pr. 1.000).

16. For det andet er der tendens til en væsentlig ændring af dødsårsager, hvor betydningen af smitsomme sygdomme (AIDS undtaget) er aftaget meget på grund af bedre hygiejne og levevilkår, forebyggende foranstaltninger, som f.eks. vaccinationsprogrammer, og muligheden for effektiv behandling. Dødsårsagerne er i vidt omfang blevet erstattet med andre sygdomme, særlig cancer og kardio-vaskulære sygdomme. I 1960 var disse sygdomme årsag til lidt over halvdelen af de 2,9 millioner dødsfald i Fællesskabet, mens de i 1990 var årsag til to tredjedele. Af de 3,3 millioner dødsfald skyldtes 1,4 millioner kardio-vaskulære sygdomme og 0,8 millioner cancer. De pågældende sygdomme er ikke blot den vigtigste dødsårsag blandt personer over 65 år, men også i befolkningsgruppen fra 35 - 65 år, og bidrager således betydeligt til antallet af præmature dødsfald, hvilket også gælder ulykker i

befolkningsgruppen fra 5 - 34 år. Mønstrene for dødelighed ændrer sig dog til stadighed. Eksempelvis har man for nylig konstateret et fald i dødsquotienten for kardio-vaskulære sygdomme og en stigning i antallet af dødsfald på grund af hidtil uøjede sygdomme, som f.eks. Alzheimers sygdom. Sådanne tendenser er udtryk for demografiske ændringer, fremskridt med hensyn til behandling og iværksættelse af omfattende forebyggende programmer.

b) Sygdomsfrekvens

17. Dødsquotienter giver ikke et fuldstændigt billede af en given befolknings generelle sundhedstilstand. Det er også nødvendigt med oplysninger om sygdomsfrekvens, dvs. om det antal personer, der lider af en bestemt sygdom eller har andre sundhedsproblemer. Sådanne informationer viser ikke blot, hvilke sygdomme der er mest udbredt i en given befolkning, men også i et vist omfang hvilke krav, der stilles til sundhedsvæsenet. De enkelte medlemsstater har visse oplysninger om sygdomsfrekvens, men på grund af meget forskellige indsamlingsmetoder og definitioner findes der på indeværende tidspunkt desværre kun få sammenlignelige data om sygdomsfrekvenser i Fællesskabet som helhed.

18. Trafikulykker udgør dog en væsentlig undtagelse, for på dette område foreligger der informationer både om dødsfald og skader i Fællesskabet. Tallene viser som helhed et fald i dødsquotienten for trafikulykker i Fællesskabet i perioden 1970 - 1990 samt et mindre ujævnt fald i det samlede antal skader. Tallene vedrører hovedsagelig yngre aldersgrupper. Som følge af drøftelser vedrørende en hvidbog om udarbejde af en politik på transportområdet har Kommissionen offentliggjort en meddelelse om et handlingsprogram vedrørende færdselssikkerhed (KOM(93)246 af 9. juni 1993) og et forslag til Rådets afgørelse om oprettelse af en database om trafikulykker (KOM(593) af 23. juli 1993). Der foreligger endvidere visse informationer om kardio-vaskulære sygdomme, idet syv medlemsstater deltager i MONICA-undersøgelsen, som gennemføres af WHO og indebærer, at der indsamles oplysninger om dødelighed og sygdomsfrekvenser i den forbindelse. Oplysningerne viser, at kardio-vaskulære sygdomme er den vigtigste dødsårsag i Fællesskabet, men også en vigtig sygdomsårsag blandt midaldrende og ældre.

19. Der findes ikke generelle sammenlignelige oplysninger om andre sygdomme. Nationale statistikker giver dog et vist indtryk af de forskellige sygdommes betydning for sygdomsfrekvensen. Tabel 1 viser de vigtigste sygdomme i Danmark og Frankrig som en procent af samtlige hospitalsindlæggelser og sengedage. Heraf fremgår det, at det generelle mønster i begge lande trods visse forskellige dog er ret ens, og at de samme sygdomme er vigtige i begge lande.

Tabel 1				
FORSKELLIGE SYGDOMMES BETYDNING MÅLT I HOSPITALSINDLÆGGELSER OG SENGEDAGE +				
	FRANKRIG 1985-1987		DANMARK 1990	
	Indlæggelser	Sengedage	Indlæggelser	Sengedage
Skader	13,2	11,7	7,7	13,9
Fordøjelses- problemer	12,7	12,0	7,1	6,7
Kardio-vasku- lære sygdomme	11,6	15,5	24,9	21,9
Cancer	10,2	12,5	11,7	8,9 *
Respiratoriske problemer	6,9	5,8	10,4	8,8
Muskel- og skeletsygdomme	6,3	7,0	14,8	15,5
Andre sygdomme	39,1	35,5	23,4	24,3
+ Indikative oplysninger fra sundhedsministerierne, som ikke kan sammenlignes direkte på grund af forskellige definitioner, klassificeringer og referenceperioder.				
* De danske tal for cancer omfatter kun lunge- og brystcancer.				

20. De foreliggende oplysninger bekræfter, at kardio-vaskulære sygdomme tegner sig for det største bidrag til sygdomsfrekvensen, men også til dødeligheden i Fællesskabet, og de viser, at cancer i højere grad bidrager til dødeligheden end til sygdomsfrekvensen, og at flere ikke-fatale sygdomme i vidt omfang bidrager til sygdomsfrekvensen, særlig respiratoriske og muskel- og skeletsygdomme. Sammenlagt gør dødelighedstallene og de foreliggende oplysninger om sygdomsfrekvens det muligt at opstille en oversigt over de sygdomme, som medfører stor dødelighed og/eller høj sygdomsfrekvens. Tabel 2 viser de sygdomme, som udgør særlig alvorlige sundhedsproblemer for Fællesskabet som helhed:

Tabel 2
SYGDOMME SOM MEDFØRER STOR DØDELIGHED OG/ELLER HØJ SYGDOMSFREKVEN
Ulykker
Kardio-vaskulære sygdomme
Cancer
Mentale sygdomme, herunder selvmord
Muskel- og skeletsygdomme
Respiratoriske sygdomme, herunder astma

21. Endvidere er der nu på ny tale om et stigende antal tilfælde af smitsomme sygdomme, som tidligere var en vigtig dødsårsag. Det skyldes særlig fremkomsten af AIDS og en tilbagevenden af visse vigtige smitsomme sygdomme, som f.eks. tuberkulose, som ikke længere blev anset for at udgøre et alvorligt problem. De kan alle skabe alvorlige problemer, hvis der ikke træffes visse foranstaltninger desangående. Endelig skal oversigten omfatte narkotikamisbrug på grund af de store sociale og sundhedsmæssige problemer, der er knyttet hertil, og det stadig større antal stofmisbrugere.

22. Tilsammen tegner disse sygdomme sig således for de fleste dødsfald, de fleste lidelser og de fleste anmodninger om sundhedstjenesteydelser i Fællesskabets medlemsstater. Men det skal fremhæves, at ovenstående tal kun vedrører generelle tendenser. Det er helt sikkert, at på visse områder bliver forskellene og afstanden mellem de bedst og de værst stillede medlemsstater mindre. Sammenligninger af nationale tal kan imidlertid give et ret forvredet billede, bl.a. fordi medlemsstaterne er af forskellig størrelse. Endvidere har nationale tal i sig selv tendens til at dække over væsentlige forskelle mellem regioner i de enkelte medlemsstater.

23. Som eksempel skal anføres dødsquotienten for cancer i lunger og bronchier. I 1988 lå dødsquotienten i EF i gennemsnit på 48,8 pr. 100.000. Det Forenede Kongerige var den medlemsstat, der havde den højeste kvotient (70,5), og Portugal den laveste (20,6). Men inden for Det Forenede Kongerige varierede kvotienten med næsten det dobbelte mellem det nordlige England (92,4) og Nordirland (49,2). Italiens gennemsnit på landsplan (51,1) lå nærmest Fællesskabets gennemsnit, men det forhold skjuler, at kvotienten var tre gange så stor i Norditalien som i Syditalien. Der kan konstateres lignende store variationer inden for de enkelte medlemsstater i forbindelse med andre alvorlige sygdomme. Sådanne variationer er udtryk for miljømæssige, kulturelle, sociale og økonomiske forskelle mellem regioner samt den store indvirkning, miljøfaktorer, som f.eks. luftforurening, kan have på helbredet.

24. Undersøgelser har på lignende måde vist, at sygdomsfrekvensen og dødeligheden varierer mellem forskellige samfundsgrupper i de enkelte medlemsstater. I England var den perinatale dødelighed og spædbørnsdødeligheden i 1987 blandt ikke-uddannede eksempelvis mere end 50% højere end blandt uddannede, og i Danmark tegnede dødeligheden blandt arbejdsløse, ikke-uddannede mænd med dårlige boligforhold sig for et "overskud" på 6,2% i forhold til gruppen med den laveste dødelighed. Når man skal foretage en generel vurdering af sundhedstilstanden og tendenserne i Fællesskabet, er det derfor vigtigt i fuldt omfang at tage hensyn både til forskelle mellem, men også inden for medlemsstaterne samt til mønstrene for hele Fællesskabet.

25. Endvidere er oplysninger om dødelighed og sygdomsfrekvens ikke i sig selv tilstrækkelige, når man vurderer, om bestemte sygdomme eventuelt skal gøres til genstand for en indsats fra Fællesskabets side. Det er også nødvendigt at tage hensyn til de vigtigste af de faktorer, der er forbundet med årsagerne til de pågældende sygdomme, til de mere generelle sociale og økonomiske forhold, som har betydning for sundhedsbeskyttelse og valg af politik, samt til de foranstaltninger, medlemsstater allerede har iværksat med henblik på at tage disse udfordringer på sundhedsområdet op. Bilag I indeholder en oversigt over den politik, medlemsstaterne har ført, og de foranstaltninger, de har truffet med henblik på at forebygge sygdomme og fremme sundheden på baggrund af ovenstående.

III GRUNDLAGET FOR FÆLLESSKABETS INDSATS

a) Subsidiaritet

26. Fællesskabets og medlemsstaternes aktiviteter på sundhedsområdet er baseret på subsidiaritetsprincippet. Dette princip, som er nærmere beskrevet i artikel 3b i Traktaten om Oprettelse af Det Europæiske Fællesskab, indebærer, at Fællesskabet kun intervenserer i spørgsmål, som ikke udelukkende henhører under dets kompetence, når de pågældende foranstaltninger på grund af omfang eller virkninger, bedre kan udføres på EF-plan. Endvidere gælder det, at, uanset om et givet spørgsmål udelukkende henhører under EF's kompetence, skal Fællesskabets foranstaltninger i den forbindelse stå i forhold til de mål, man søger at nå.

27. Følgende betragtninger gør sig særlig gældende i forbindelse med folkesundheden:

- a. Ved samordning af politikker har Fællesskabet til opgave at skabe konstruktive forbindelser på samtlige niveauer, at medvirke til at udbedre konstaterede mangler, at formulere og forbedre strategier for effektiv gennemførelse af politikker og foranstaltninger og at sikre overførsel og formidling af viden, ekspertise og materiale til gensidig fordel for de berørte parter.
- b. I overensstemmelse med proportionalitetsprincippet har Fællesskabet til hensigt at prioritere at gennemføre større fremfor mindre projekter, som i de fleste tilfælde vil omfatte mere end en medlemsstat. På den måde vil Fællesskabet kunne maksimere virkningen og undgå at blive involveret i spørgsmål af begrænset omfang, hvilket kunne opfattes som indblanding i sager, som allerede varetages af medlemsstaternes myndigheder, eller som hårdhændet behandling, idet der i så fald ville blive anvendt midler, som ikke står i forhold til det tilsigtede mål.
- c. Forskelle i og mellem medlemsstaterne med hensyn til kost, kultur, vejrforhold, anvendelse af jorden, former for og koncentration af økonomisk aktivitet er forklaringen på, at Fællesskabet ikke normalt fremsætter nærmere forskrifter, selv ikke i forbindelse med mere eller mindre identiske problemer i medlemsstater, regioner, lokalområder. På sundhedsområdet er det op til den enkelte og familien at tage stilling til alternativer og træffe afgørelse om spørgsmål, som vedrører dem direkte; det er op til samfundet på demokratisk vis at skabe forhold, som medvirker til at sikre, at den enkelte træffer en optimal beslutning, og at der træffes hensigtsmæssige kollektive beslutninger på alle områder, hvor den enkelte ikke alene kan tage stilling til eller frembringe det ønskede resultat med hensyn til sundhed.
- d. Medlemsstaterne tegner sig i fællesskab med fagfolk og de berørte enkeltpersoner for ydelse af tjenester på sundhedsområdet og finansiering heraf. Kommissionen kan dog medvirke til at forbedre deres samarbejde omkring sundhedsspørgsmål, som f.eks. i forbindelse med fundamentale valg på sundhedsområdet¹⁾, og kan yde bistand i forbindelse med aktioner, der tager sigte på at forbedre sundhedstjenesteydelsens kvalitet.

1) Se nr. 7 på side 8.

b. Retsgrundlag

28. Før Traktaten om Den Europæiske Union blev vedtaget, havde Fællesskabet ikke noget særligt retsgrundlag eller nogen særlig kompetence på området folkesundhed. Det betyder ikke, at Traktaterne ikke indeholder bestemmelser, som er af direkte betydning for beskyttelse af sundhed og velvære. Sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen fik således fra begyndelsen en vigtig plads i EØF-Traktaten (artikel 117, 118 og artikel 118A i Fællesakten) og i EKSF-Traktaten, og bestemmelserne i Euratom-Traktaten (artikel 30-39) om beskyttelse af både arbejdstagernes og offentlighedens sundhed blev snart lagt til grund for forskrifter på dette område i samtlige medlemsstater.

29. Andre bestemmelser i EØF-Traktaten vedrører også direkte eller indirekte sundhed: i henhold til artikel 2 har Fællesskabet til opgave at højne levestandarden; ifølge artikel 36 er der ingen hindring for restriktioner vedrørende indførsel og transit, som er begrundet i hensynet til beskyttelse af menneskers liv og sundhed; artikel 43 omhandler landbrugspolitik, som kan have indvirkning på menneskers sundhed; artikel 48 sikrer fri bevægelighed for personer, herunder patienter og ansatte inden for sundhedsvæsenet; artikel 52 og 58 er af betydning for etableringsretten, og i artikel 59 sikres der fri udveksling af tjenesteydelser, herunder sundhedstjenesteydelser. Artikel 100A er af stor betydning for sundheden, fordi alle forslag til direktiver om gennemførelsen af det indre marked for produkter (f.eks. blodprodukter), tjenesteydelser, kapital og personer i henhold til den pågældende artikel skal tage udgangspunkt i et højt sundhedsbeskyttelsesniveau. Artikel 130f-130q vedrører forskning, herunder forskning på sundhedsområdet. I henhold til artikel 130r og 130s i EØF-Traktaten, som ændret ved Fællesakten, har foranstaltninger på miljøområdet endvidere hovedsagelig til formål at beskytte menneskers sundhed. Endelig anvendes artikel 155 bl.a. til at fremsætte henstillinger også om spørgsmål vedrørende sundhedsbeskyttelse, og den pågældende artikel har tidligere været anvendt til at fremsætte henstillinger om en europæisk liste over erhvervssygdomme, mens artikel 235 har været anvendt til at fremsætte forslag til afgørelser og forordninger vedrørende forskellige sundhedsrelaterede spørgsmål, som f.eks. oplysninger til offentligheden og uddannelse af ansatte inden for sundhedssektoren inden for rammerne af programmet "Europa mod Kræft", oprettelse af et arbejdsmiljøagentur og oprettelse af Det Europæiske Center for Overvågning af Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA).

30. Den politik, de programmer og de redskaber (jf. Bilag II og III), der er taget i anvendelse for at gennemføre de pågældende artikler, har spillet en afgørende rolle i forbindelse med omlægningen af sundhedssektoren i Fællesskabet og for højnelsen af EF-borgernes livskvalitet. Traktaten om Den Europæiske Union bibeholder de pågældende bestemmelser og udvidede dem. Artikel 129A om forbrugerbeskyttelse er et klart mandat til beskyttelse af forbrugernes sundhed og sikkerhed. I artikel 130 om miljø pålægges det Fællesskabet at bidrage til forfølgelse af målet beskyttelse af menneskers sundhed. Endvidere har Fællesskabet i medfør af artikel 126 fået pålagt at bidrage til udviklingen af et højt uddannelsesniveau, hvilket spiller en vigtig rolle for beskyttelse og fremme af sundheden. I henhold til artikel K.9 i Traktaten om Den Europæiske Union kan Rådet endvidere på initiativ af Kommissionen eller en medlemsstat med enstemmighed beslutte at iværksætte foranstaltninger til bekæmpelse af narkotikamisbrug.

31. Frem for alt omtales folkesundheden nu udtrykkeligt i artikel 3(0) og 129 i Traktaten om Den Europæiske Union. Fællesskabet har fået pålagt at bidrage til at nå et højt sundhedsbeskyttelsesniveau, under behørig hensyntagen til de principper, Det Europæiske Råd opstillede i Edinburgh (subsidiaritet, åbenhed, gennemsækelighed og proportionalitet), og har fået tillagt beføjelser til at varetage denne opgave på en måde, som sikrer respekt for og fremme af medlemsstaternes politik og aktiviteter, forhindrer uberettiget indblanding og muliggør tilpasning og valg af midler til gennemførelse heraf. I den forbindelse tjener Fællesskabets erfaringer fra tidligere foranstaltninger til fremme af folkesundheden både som rettesnor og grundlag. Programmet "Europa mod kræft", som Det Europæiske Råd iværksatte i 1986, har i særlig høj grad vist, hvor værdifuldt det er at identificere fælles mål. Det pågældende program har banet vej for andre programmer og initiativer, som Rådet har vedtaget, og som vedrører AIDS, narkotikaefterspørgsel, alkoholmisbrug og sundhedslære på skoler, og programmet har vist, hvad der kan opnås gennem partnerskaber, samarbejde og anvendelse af instrumenter i andre fællesskabspolitikker. I forbindelse med gennemførelsen af programmerne "Europa mod kræft" og "Europa mod AIDS" har Fællesskabet anvendt en metode, der ligger forud for subsidiaritetsprincippet, og indebærer systematiske bestræbelser for at skabe merværdi som følge af Fællesskabets indsats, ved at fremme samarbejdet mellem medlemsstater i forbindelse med undersøgelser og forskning og at formidle oplysning i hele Fællesskabet om de mest vellykkede nationale fremgangsmåder, særlig ved at sætte de ansvarlige parter i medlemsstaterne i forbindelse med hinanden. Rådet foretog fornylig en evaluering af programmernes effektivitet, og i den forbindelse fremhævede man resultaterne og understregede, at det er nødvendigt at videreføre programmerne.

32. Når Fællesskabet iværksætter foranstaltninger i henhold til artikel 129, skal det være med henblik på at forebygge sygdom. Forebyggelse i alle dets former er derfor det centrale i hele Fællesskabets indsats, uanset om det drejer sig om at sikre et godt helbred og i videst muligt omfang forhindre, at personer udsættes for faktorer, som risikerer at forårsage sygdom, eller at forhindre, at sygdom opstår hos dem, der således er udsat for risici, ved f.eks. at foretage screening, vaccination eller forebyggende behandling, eller endelig at forhindre, at sygdom forværres eller optræder igen. Det er muligt at skelne mellem forebyggelse og behandling, for sidstnævnte kan betragtes som et indgreb med henblik på at korrigere medfødte mangler eller forbedre den enkeltes sundhedstilstand. Behandling er derfor i modsætning til forebyggelse et samarbejdsområde for medlemsstaterne og ikke et område, hvor Kommissionen kan eller bør tage initiativer på Fællesskabets vegne.

33. Fællesskabets forebyggende indsats skal nødvendigvis vedrøre alvorlige sundhedsproblemer. Alvorlige sundhedsproblemer eller trusler mod sundheden kan bestemmes i forhold til en lang række faktorer, både objektive (data og indikatorer på sundhedsområdet) og subjektive (fornemmelser, etiske, kulturelle og politiske spørgsmål). Betragtninger vedrørende disse spørgsmål findes i kapitel IV. Her skal det imidlertid fremhæves: i artikel 129 anføres det udtrykkeligt, at indsatsen for folkesundheden skal omfatte narkotikamisbrug.

34. I artikel 129 anerkendes det indirekte, at der er tale om en skarp deling mellem på den ene side foranstaltninger, som tager sigte på den enkelte og skal fremme hans/hendes muligheder et bedre helbred, en sundere livsstil og risikofri eller risikobegrænset adfærd, dvs. f.eks.

information om sundhed og uddannelse, og på den anden side samfundsforanstaltninger, herunder forskning i årsager til og overførsel af sygdom. Forskningen kan ud over de grundlæggende aspekter også vedrøre adfærd, samfund og omgivelser, samt det umiddelbare, det lokale og selv det fjerne miljø, som den enkelte kun har ringe indflydelse på, hvis nogen overhovedet.

35. I henhold til artikel 129 skal krav om sundhedsbeskyttelse indgå som et led i Fællesskabets politik på andre områder, hvilket er af afgørende betydning. Når der fremover udarbejdes politikker og foranstaltninger med indvirkning på sundheden, skal der allerede fra begyndelsen tages hensyn til og sikres overensstemmelse med den politik, der føres på det sundhedspolitiske område. Det indebærer, at andre politikker også fremmer det mål at beskytte sundheden, selvom retsgrundlaget er anderledes.

36. Med hensyn til Kommissionens rolle i forbindelse med gennemførelsen af artikel 129 er det vigtigt, at Kommissionen er forpligtet til at stå i forbindelse med medlemsstaterne, når de koordinerer deres politik og programmer vedrørende forebyggelse, herunder forebyggelse af narkotikamisbrug, undersøgelse og analyse af årsager og veje til overførsel af alvorlige sundhedsproblemer, information og uddannelse på sundhedsområdet. Kommissionen træffer i nært samarbejde med medlemsstaterne hensigtsmæssige foranstaltninger med henblik på at fremme en sådan koordinering, særlig på områder, hvor medlemsstaterne allerede har vist, at de har behov for at samarbejde, særlig i forbindelse med tilsyn og kontrol med sygdom, data og indikatorer på sundhedsområdet, information og uddannelse på sundhedsområdet og bekæmpelse af narkotika og alvorlige sygdomme som cancer og AIDS.

c) **Fællesskabsinstitutionernes hidtidige behandling af sundhedsspørgsmål**

i) **Det Europæiske Råd**

37. I 1986 vedtog medlemsstaternes regeringsrepræsentanter, forsamlet i Rådet, en resolution om et EF-handlingsprogram mod kræft (86/C184/05)², som indeholder en beskrivelse af det pågældende programs målsætninger samt en oversigt over prioriterede aktioner. Man enedes endvidere om at erklære 1989 for et oplysningsår for kræft. Derudover opfordrede man medlemsstaterne til at benytte sig af deres erfaringer med hensyn til behandling og rehabilitering af narkotikamisbrugere med henblik på at medvirke til at informere lærere, forældre og unge om de risici, der er forbundet med narkotikamisbrug, og udarbejde en rapport og henstillinger om foranstaltninger, der kan iværksættes på EF-plan. De alvorlige betænkeligheder med hensyn til narkotika blev genspejlet i erklæringerne fra Det Europæiske Råds møder, særlig i London i 1986, i Dublin og Rom i 1990, i Luxembourg og Maastricht i 1991 og i Lissabon i 1992. På mødet i London i 1986 fremhævedes det endvidere, hvor vigtigt det er at koordinere nationale kampagner mod AIDS med henblik på at øge bevidstheden hos og give bedre information til offentligheden om denne sygdom. Det Europæiske Råds resolutioner og erklæringer har banet vej for Fællesskabets foranstaltninger mod alvorlige sundhedsproblemer, som cancer, narkotika og AIDS.

ii) Rådet

38. I 1977 begyndte Rådet og sundhedsministrene at interesse sig for og dermed at drøfte spørgsmål vedrørende folkesundheden, og denne udvikling har i stigende grad gjort sig gældende siden begyndelsen af 1980'erne. I 1982 begyndte man på ny at gøre sig visse bestræbelser for at få fastlagt EF-retningslinjer på dette område. Europa-Parlamentet anmodede da nemlig om en redegørelse for, hvad der helt nøjagtig var blevet gjort med hensyn til folkesundheden siden 1978, da Rådet vedtog det andet forskningsprogram på området medicinsk forskning og offentligt sundhedsvæsen. Endelig gav Kommissionens meddelelse om samarbejde på fællesskabsplan om sundhedsmæssige problemer anledning til, at der blev iværksat aktiviteter i 1984.

39. På sundhedsministrenes uformelle møde i november 1984 drøftede man stigningen i udgifterne til sundhedssektoren, bekæmpelse af narkotika- og tobakmisbrug samt uddannelse for unge på sundhedsområdet. Rådets (sundhedsministrenes) næste (formelle) møde blev afholdt i maj 1986. Der er vedtaget resolutioner og afgørelser vedrørende handlingsprogrammet for bekæmpelse af cancer, indførelse af et europæisk helbredskort til brug i nødstilfælde, foranstaltninger til bekæmpelse af AIDS og metoder til begrænsning af tobak- og alkoholforbruget. Dette møde og sundhedsministrenes senere møder, hvor man har drøftet forskellige sundhedsspørgsmål og iværksat vigtige initiativer, har givet håb om en sundhedspolitik på fællesskabsplan.

40. Undertegnelsen af Traktaten om Den Europæiske Union den 7. februar 1992 skabte større forventninger med hensyn til mulighederne for at forbedre sundhedsbeskyttelsen i et Fællesskab, hvor man nu vil kunne realisere det, som få længe har drømt om, dvs. samarbejde og koordinering af politikker og programmer. Forventningerne kulminerede i den anden halvdel af 1992, da Rådet (sundhedsministrene) gennemgik grundlæggende spørgsmål vedrørende Fællesskabets fremtidige indsats for folkesundheden. Man drøftede behovet for at bryde med fortiden og for fremover at koncentrere sig om større kontinuitet, sammenhæng og prioritering i forbindelse med arbejdet for folkesundheden samt for at skabe hensigtsmæssige rammer, som bl.a. skulle omfatte Fællesskabets vellykkede programmer vedrørende cancer og AIDS og aktioner inden for specifikke områder, som f.eks. oplysningsvirksomhed på skoler om narkotika og sundhed. Rådet benyttede sig i den forbindelse bl.a. af et arbejdsdokument fra Kommissionen med titlen "Folkesundhed", som indeholder en oversigt over og en gennemgang af Fællesskabets hidtidige indsats, og hvor det anerkendes, at der er behov for en samlet indsats baseret på forebyggelse, fremme af sundhed og sundhedsbeskyttelse gennem andre fællesskabspolitikker, koordinering mellem medlemsstater og samarbejde med tredjelande og internationale organisationer.

41. Den 27. maj 1993 vedtog Rådet (sundhedsministrene) en vigtig resolution om den fremtidige indsats for folkesundheden, og den omhandler alle de vigtigste aspekter ved rammerne for Fællesskabets fremtidige arbejde. I resolutionen fremhæves det på ny, at det er nødvendigt med et snævert samarbejde og behørig hensyntagen til sundhedskrav i andre politikker; resolutionen indeholder retningslinjer med hensyn til de vigtigste mål, dvs.

at give mere liv til år og flere år til liv, til behovet for flerårig planlægning for at sikre sammenhæng og kontinuitet, til kriterierne for valg af aktivitetsområder i betragtning af mulighederne for forebyggelse og sammenhængen med andre politikker med et sundhedselement samt af samarbejds- og samrådsprocedurer og endelig til forbindelser med tredjelande og internationale organisationer. Kommissionen har gennemgået retningslinjerne nøje og taget hensyn til dem i nærværende meddelelse.

iii) Europa-Parlamentet

42. Europa-Parlamentet har været positivt indstillet over for en sundhedspolitik på fællesskabsplan siden begyndelsen af 1980'erne og har fremsat flere forslag til beslutninger på sundhedsområdet vedrørende f.eks.:

- Det Europæiske Fællesskabs sundhedspolitik (EFT C 128 af 16.5.1983, s. 86)
- et europæisk charter om patienters rettigheder (EFT C 46 af 20.2.1984)
- fælles program til udforskning af AIDS (EFT C 46 af 20.2.1984)
- børn indlagt på hospital (EFT C 148 af 16.6.1986, s. 37)
- fødende kvinder (EFT C 235 af 12.9.1988, s. 183).

43. Parlamentsmedlemmerne har altid vist stor interesse for sundhedsspørgsmål, hvilket fremgår af de talrige spørgsmål om dette emne. Parlamentets forskellige udvalg, især Udvalget for Miljø, Folkesundhed og Forbrugerbeskyttelse, det særlige Narkotikaudvalg og Udvalget for Ungdom, Kultur, Uddannelse, Medier og Sport, har udarbejdet flere rapporter om sundhedsrelaterede emner, herunder rapporter om AIDS, uddannelse på sundhedsområdet og narkotikamisbrug, bioetik, organtransplantation og selvforsyning med blod.

44. En af de seneste rapporter fra Udvalget for Miljø, Folkesundhed og Forbrugerbeskyttelse, som vedrører folkesundhedspolitikken efter Maastricht (1993 - PE205.804), blev udarbejdet efter en offentlig høring den 3. juni 1993. I rapporten lægges der særlig vægt på henstillingen i artikel 129 om koordinering af medlemsstaternes politikker og programmer og på integration af sundhedskrav på andre områder, og der giver en samlet oversigt over aktuelle emner vedrørende folkesundheden, herunder demografi og behov på sundhedsområdet, sammenlignelige/kompatible data og indikatorer på sundhedsområdet, udgifter til sundhedstjenesteydelser samt forskning og politikken på sundhedsområdet. Udvalget fremsatte adskillige forslag til foranstaltninger på EF-plan og henstillede i den forbindelse til Kommissionen at tilvejebringe omfattende samrådsprocedurer, oprette en tjeneste, der foretager epidemiologiske undersøgelser, indsamle, analysere og formidle oplysninger om anmeldelsespligtige sygdomme, fremme udvekslingsordninger for fagfolk inden for sundhedssektoren, iværksætte udveksling af informationer mellem nationale sundhedssystemer, udfærdige rapporter om sundhedstilstanden i Fællesskabet, undersøge, om det er muligt at fremme større anvendelse af generiske medicinalvarer og samordne anvendelsen af samtlige medicinalvarer, anføre minimumsniveauer for sundhedstjenesteydelser, planlægge og gennemføre aktiviteter til fremme af sundhed og uddannelse på sundhedsområdet, herunder vaccinationer

og screening, samt øge indsatsen mod cancer og AIDS og med hensyn til ældres problemer. Rapporten og en tilknyttet beslutning vil sætte ekstra skub i de fortsatte bestræbelser for at give Fællesskabet en yderst tiltrængt folkesundhedsdimension.

45. Der skal endvidere henvises til det vigtige arbejde, som Europa-Parlamentets "Fællesudvalg for Sundhed" udfører, og til Parlamentets STOA-gruppe (Vurdering af Videnskabelige og Tekniske Projekter).

iv) Det Økonomiske og Sociale Udvalg

46. I de seneste ti år har Det Økonomiske og Sociale Udvalg regelmæssigt fremsat udtalelser om sundhedsspørgsmål, som f.eks.: arbejdsmedicin, farlige stoffer og præparater, fællesskabssystemet for oplysninger om ulykker i forbindelse med forbrugsvarer, erhvervsbetinget cancer, et handlingsprogram vedrørende toksikologi i forbindelse med sundhedsbeskyttelse; forebyggelse af asbestforurening, et handlingsprogram vedrørende forebyggelse af cancer og medicinalvareprisers gennemskuelighed. På det seneste har Udvalget godkendt fællesskabsinitiativer på det sociale område, som f.eks.: Det Europæiske År for Ældre, programmet "Europa mod Kræft" og programmet "Europa mod AIDS", samt oprettelsen af EMCDDA.

47. I betragtning af den vilje, de nævnte fællesskabsinstitutioner har givet udtryk for, men også som følge af et ønske blandt mange fagfolk i sundhedssektoren, blandt læge- og patientsammenslutninger, interessegrupper og almindelige EF-borgere, forsøger Kommissionen derfor nu med nærværende meddelelse at skabe en samlet ramme for den EF-indsats for folkesundheden, som hjemles i Traktaterne. Kommissionen har i den forbindelse taget hensyn til dels tid og muligheder, dels de foreliggende midler.

DEL B

DET EUROPÆISKE FÆLLESSKABS METODE

IV. UDVÆLGELSE AF AKTIVITETER

a) Omfanget af mulige aktiviteter

48. Rådet og medlemsstaterne har identificeret en lang række områder, hvor der kan gøres en indsats på fællesskabsplan, hvilket viser omfanget af de forskellige forventninger og understreger behovet for at opstille prioriteter for at skabe balance mellem midler og krav:

- fortsættelse af Fællesskabets nuværende programmer vedrørende cancer og AIDS
- kardio-vaskulære sygdomme
- smitsomme sygdomme
- mentale sygdomme
- arvelige sygdomme
- astma og allergier
- indvandring og sundhed
- sundhed og miljø
- forebyggelse af ulykker og vold
- forebyggelse af narkotikamisbrug
- forbedrede data og sammenlignelighed
- fødevarer
- tobak
- alkohol
- udveksling af oplysninger om medlemsstaternes politikker
- pilot-projekter vedrørende forebyggelse og tidlig diagnose
- oprettelse af ekspertcentre
- udveklingsbesøg for ansatte inden for sundhedssektoren
- forskning i folkesundhed
- omkostningsbegrænsning
- grundlæggende valg på sundhedsområdet
- selvforsyning med blod
- toksikologi
- sundhed og unge
- anvendelse af medicinalvarer
- dialyse
- helbredskort til anvendelse i nødstilfælde.

49. I kapital II identificeres på grundlag af oplysninger om dødelighed og sygdomsfrekvens de sygdomsgrupper, som udgør eller vil kunne udgøre en alvorlig trussel mod Fællesskabet. I nærværende kapitel gennemgås disse sygdomme hver for sig med henblik på at fastlægge, om de er egnede til at blive gjort til genstand for en indsats fra Fællesskabets side. I den forbindelse er det nødvendigt at opstille generelle mål for Fællesskabets indsats og fastlægge kriterier på grundlag af de pågældende mål for udvælgelse af sygdomme.

50. Der er stort set fire indbyrdes forbundne mål for Fællesskabets indsats:

- i) at forhindre præmature dødsfald, hvilket særlig gælder for unge erhvervsaktive;
- ii) at øge den forventede levealder uden handicaps eller sygdom;
- iii) at fremme livskvaliteten ved at forbedre den generelle sundhedstilstand og undgå kroniske sygdomme og handicaps;
- iv) at fremme befolkningens generelle velvære særlig ved at minimere de økonomiske og sociale følger af sygdom.

51. For at nå disse mål og maksimere indsatsens virkning må Fællesskabet nødvendigvis identificere de sygdomme, som skal prioriteres. Man starter således med at gennemgå de oplysninger, som kan medvirke til identificere de alvorligste trusler mod sundheden, herunder data om dødelighed, sygdomsfrekvens, eventuelle skader ved manglende intervention, mulighed for forebyggende foranstaltninger, offentlighedens opfattelse samt omkostninger, både sociale og økonomiske. Under hensyntagen til subsidiaritetsprincippet og kriteriet om merværdi vælger man så de alvorlige trusler mod sundheden, som det viser sig at være rentabelt, umiddelbar muligt og hensigtsmæssigt at bekæmpe med en fællesskabsforanstaltning. Det er endvidere muligt at vælge andre sygdomme, som ikke kan betegnes som alvorlige, hvis foranstaltninger på EF-plan kan bevises at være til gavn for bekæmpelsen af de pågældende sygdomme.

52. Fællesskabets aktioner og foranstaltninger skal være relevante, gennemskuelige, og de skal forklares således, at de kan forstås af EF-borgerne; de bør imidlertid kun henvende sig til beslutningstagere og praktiserende i flere medlemsstater. I modsat fald er der risiko for, at jo mere synlig Fællesskabets aktion bliver, jo større bliver risikoen for opsplitning af indsats og ressourcer, og jo mindre bliver den dermed forbundne virkning og tilfredsheden.

b) Fællesskabets aktionsmidler

53. Fællesskabets indsats mod sygdomme vil blive koncentreret om at fremme samarbejde mellem medlemsstater, yde støtte til deres foranstaltninger, i tæt samarbejde med medlemsstaterne fremme koordinering af deres politikker og programmer og gøre bedre anvendelse af fællesskabspolitikker, som vedrører folkesundheden. Der vil blive lagt særlig vægt på følgende aktiviteter: oplysning om sundhed, fremme af sundhed, uddannelse på sundhedsområdet, samarbejde med internationale organisationer og tredjelande samt forskning. Fællesskabets foranstaltninger kan særlig tage følgende former:

- 1) Oprettelse af generelle rammer til støtte af medlemsstaternes politikker og programmer (netværk, fælles foranstaltninger, systemer til udveksling af informationer). Flere medlemsstater samarbejder ganske vist allerede på visse områder, men nu kan dette samarbejde udvides. Øget samarbejde kunne f.eks. omfatte:

- *opstilling af fælles målsætninger på bestemte områder med henblik på nye trusler mod sundheden og problemer;

- *programmer for udveksling af erfaringer og af fagfolk inden for sundhedssektoren samt formidling af oplysninger om de mest effektive fremgangsmåder;

- *standardisering og indsamling af sammenlignelige/kompatible data om sundhed samt fremme af systemer for tilsyn/overvågning på sundhedsområdet;

- *oprettelse af informationsnetværk til evaluering af forskellige behandlinger og nye teknologier på sundhedsområdet;

- *udarbejdelse af årlige rapporter om sundhedstilstanden i Fællesskabet, hovedsagelig på grundlag af rapporter fra de enkelte medlemsstater, med henblik på at evaluere iværksatte aktiviteter og træffe beslutninger for fremtiden;

*finansiel støtte til programmer og pilotprojekter;

*bistand i forbindelse med medlemsstaters bestræbelser for at reducere omkostningerne på sundhedsområdet ved at mindske hindringer for patienters frie bevægelighed mellem medlemsstater og ved at fokusere på sundhedsaspekterne ved anvendelse af medicinalvarer under hensyntagen til medlemsstaternes kompetence på de pågældende områder.

2) Bedre anvendelse af Fællesskabets politikker og instrumenter, som vedrører folkesundheden. I den forbindelse vil opmærksomheden i højere grad blive henledt på følgerne for sundhedsbeskyttelse og forebyggelse af sygdomme, når der iværksættes nye EF foranstaltninger på andre områder end sundhedsområdet.

c) Udvalgelse af aktivitetsområder

(i) Udvalgelseskriterier

54. På grundlag heraf er det muligt at opstille følgende kriterier for fastlæggelse af sygdomme (eller trusler mod sundheden), som med fordel kan gøres til genstand for en indsats fra Fællesskabets side:

1. Sygdomme, som forårsager eller - i mangel af intervention - i væsentligt omfang kan forårsage præmature dødsfald (år af fortabt liv) og/eller generelt er forbundet med høje dødsquotienter;
2. Sygdomme, som forårsager eller - i mangel af intervention - i væsentligt omfang kan forårsage lidelser, fordi de er forbundet med høj sygdomsfrekvens eller kan give anledning til høj sygdomsfrekvens og/eller alvorlige handicaps (år af fortabt liv uden handicaps);
3. Sygdomme, som har væsentlige følger for livskvaliteten samt alvorlige sociale og økonomiske konsekvenser, som f.eks. store udgifter til behandling eller et betydeligt fravær samt manglende arbejdsdygtighed;
4. Sygdomme, som det rent praktisk er muligt at forebygge;
5. Sygdomme, i forbindelse med hvilke fællesskabsforanstaltninger kan medføre merværdi, særlig ved stordriftsfordele.

55. Det er ret enkelt at anvende de første to kriterier. Det skal imidlertid fremhæves, hvor vigtigt og vanskeligt det er at anvende det tredje kriterium. "Livskvalitet" er faktisk et ret subjektivt kriterium, som anvendes til at beskrive grader af handicaps, lidelse eller smerte eller evne til at udføre almindelige aktiviteter. Ifølge visse undersøgelser anser nogle mennesker visse helbredstilstande for at være "en skæbne, der er værre end døden", og der er taget hensyn til sådanne forhold i forbindelse med vurderingen af sygdommes samlede byrde, hvilket sker ved at anvende begreber som f.eks. kvalitetsjusterede leveår.

56. Udvalgelsen sker i to trin. Først identificeres de sygdomme, som er af størst betydning for hele Fællesskabet, og det sker ved at anvende de fire første kriterier. De pågældende sygdomme er ikke nødvendigvis de sygdomme, som Fællesskabet skal beskæftige sig med. Dette forhold kan kun bestemmes ved det andet trin i udvalgelsesproceduren, der vedrører merværdi som følge af Fællesskabets indsats. Endelig foretages der en prioritering blandt de sygdomme, der er identificeret ved to-trinsproceduren, idet man søger at maksimere den merværdi i form af fremskridt på sundhedsområdet, som opnås ved at skabe den nødvendige

sammenhæng og kontinuitet i forhold til de aktiviteter, Fællesskabet allerede har iværksat mod visse sygdomme, og ved at forsøge at få en given aktion til at omfatte så mange sygdomme som muligt.

57. Det første trin i proceduren omfatter en gennemgang og analyse af de data, der foreligger om en række vigtige sygdomme, som står opført i den Internationale Klassificering af Sygdomme. Tabellen i bilag IV indeholder en fortegnelse over sygdomme, som er evalueret på grundlag af ovennævnte kriterier. Bilag V indeholder statistiske oplysninger, som har været anvendt i følgende analyser og beskrivelser af udviklingstendenser. I de følgende afsnit anføres de sygdomme, som i henhold til kriterierne bør gøres til genstand for en indsats fra Fællesskabets side, og forskellige udviklingstendenser beskrives nærmere. Endvidere beskrives de fællesskabsforanstaltninger vedrørende bekæmpelse af narkotikamisbrug, som allerede er udvalgt som prioritetsområde i artikel 129 i Traktaten om Den Europæiske Union.

(ii) Alvorlige sundhedsproblemer, narkotikamisbrug undtaget

Kræft

58. Kræft i luftveje og lunger er den form for kræft, som i størst omfang er betinget af livsstil. Epidemiologisk materiale viser, at det især skyldes rygning. I de senere år er der sket en stigning i antallet af kræfttilfælde i forbindelse med tobak og alkohol (hovedsagelig det øvre respiratoriske system, det øvre fordøjelsessystem og lungerne).

59. Figur 2 i bilag V viser tydeligt tendenserne i retning af en europæisk gennemsnitsforekomst af livsstilsbetingede trusler mod sundheden og en udjævning af forekomsten hos mænd og kvinder (på grund af øget rygning blandt kvinder). Udviklingen går hurtigst i Danmark og Nederlandene, men tendensen gør sig gældende i samtlige lande med undtagelse af Spanien, hvor der tværtimod er tale om et fald i forekomsten blandt kvinder. Tendenserne er ikke helt så tydelige i forbindelse med andre former for kræft, og i nogle tilfælde følger de ikke det samme mønster. Det hænger sammen med for det første ændret livsstil og for det andet bedre muligheder for at stille en diagnose på et tidligt tidspunkt og dermed for at foretage en tidlig intervention. Bedre muligheder for at stille en diagnose på et tidligt tidspunkt medfører (sammen med bedre seksuel hygiejne) en faldende tendens i forbindelse med livmoderhalskræft. Det modsatte gør sig imidlertid gældende i forbindelse med brystkræft, hvor der i næsten alle medlemsstater er tale om et stigende antal tilfælde. Det er vanskeligt at give en enkel forklaring på denne udvikling, for det er ikke let at skabe en forbindelse mellem brystkræft og livsstilsbetingede risikofaktorer, selvom kosten formodes at spille en rolle. Der er tale om en lignende stigning i det samlede antal tilfælde af kræft i fordøjelsesorganerne. Her anses forbindelsen med ernæring og ændrede spisevaner dog i høj grad for at være en stor del af forklaringen. Dette forhold og forbindelsen mellem brystkræft og kost undersøges nærmere i programmet "Europa mod kræft" ved hjælp af en omfattende gennemgang af spisevaner i syv medlemsstater.

Kardio-vaskulære sygdomme

60. Der er en generel tendens til faldende dødsquotienter i forbindelse med kardio-vaskulære sygdomme, selvom tallene for Grækenland og Spanien ikke er så entydige som for de øvrige medlemsstater, hvilket muligvis hænger sammen med ændret kost. Der foreligger endnu ikke en entydig

forklaring på denne udvikling, men der lader til at være en vis forbindelse mellem lavere forekomst og ændret livsstil. Dødskvotienten er generelt reduceret mest i de lande, hvor antallet af rygere er faldet mest, og hvor man har den bedste kontrol med blodtrykket, et fald i kolesteroltallet og den største stigning med hensyn til fysisk aktivitet. Mere effektive behandlingsmetoder har også haft en indvirkning på dødskvotienten.

Ulykker

61. Siden 1970 har der i Fællesskabet generelt været tale om en faldende dødskvotient for samtlige former for ulykker (herunder forgiftning). Antallet af trafikulykker med skader eller død til følge er faldet betydeligt i de fleste medlemsstater. Eksempelvis faldt dødskvotienten i Frankrig med en tredjedel fra 1970-1990, i Italien med halvdelen og i Nederlandene med to tredjedele. På den anden side steg antallet af skader i Portugal betydeligt efter 1985, og i Spanien steg både antallet af dødsfald og skader i den pågældende periode, selvom der fortsat er tale om ret lave kvotienter. Endvidere skal det fremhæves, at trafikulykker, som det fremgår af tabel 5 (bilag V), fortsat er den vigtigste årsag til dødsfald blandt unge i Fællesskabet.

Selv mord

62. Det samlede antal selvmord i Fællesskabet har vist en tendens til stigning i de seneste 20 år. Sammenholder man det første og det sidste år, der foreligger oplysninger om (1970 og 1989), viser det sig, at der i Tyskland som det eneste land er tale om et betydeligt fald i antallet af selvmord. De andre medlemsstater udviser enten et stabilt mønster eller en stigning. Der kan ikke gives nogen entydig forklaring på denne udvikling, selvom ændringer i samfundet naturligvis spiller en rolle. Men forskellige politiske, kulturelle og historiske traditioner plejer at være vigtige, hvilket fremgår af det forhold, at selvmord generelt set forekommer sjældnere i det sydlige Europa end i visse lande i Nordeuropa.

AIDS og andre smitsomme sygdomme

63. Smitsomme sygdomme er stort ikke længere vigtige årsager til dødsfald i Fællesskabet, selvom de stadig er forbundet med en betydelig sygdomsfrekvens. Forekomsten af AIDS i begyndelsen af 1980'erne har imidlertid ændret dette billede noget. I det seneste tiår er der sket en kraftig stigning i antallet af AIDS-tilfælde i Fællesskabet. I 1982 var der kun indberettet 86 AIDS-tilfælde. I 1990 var antallet steget til lidt under 14.000. Antallet af AIDS-tilfælde stiger fortsat, selvom stigningsgraden er aftaget. Pr. 30 juni 1992 var der indberettet over 69.000 tilfælde, og pr. 30. juni 1993 var antallet steget til næsten 89.000. Under forbehold af forsinkelser i forbindelse med indberetning af konstaterede tilfælde skønnes det, at det samlede antal pr. udgangen af juni 1993 var på over 95.000. Selvom samtlige medlemsstater er berørt, tegner tre, dvs. Frankrig, Spanien og Italien, sig for 71% af samtlige tilfælde i Fællesskabet. I de nordlige medlemsstater findes det største antal AIDS-tilfælde blandt homoseksuelle mænd og i de sydlige lande blandt sprøjtenarkommaner. Men AIDS-tilfælde blandt heteroseksuelle udgør en stadig større andel af samtlige tilfælde i hele Fællesskabet. Der foreligger ikke præcise oplysninger om antallet af HIV-smittede i Fællesskabet. HIV er den virus, som fører til AIDS. WHO har imidlertid skønnet, at der er tale om ca. 500.000 smittede.

64. Den seneste stigning i antallet af tuberkulose-tilfælde, ofte i forbindelse med AIDS, viser, at det også er nødvendigt fortsat at træffe foranstaltninger med henblik på at bekæmpe smitsomme sygdomme.

Andre vigtige sygdomme

65. Som anført i ovenstående tabel 1 medfører mange andre sygdomme, særlig mentale sygdomme, muskel- og skeletsygdomme samt luftvejssygdomme en høj sygdomsfrekvens i Fællesskabet. Befolkningens aldring vil sandsynligvis øge forekomsten af disse sygdomme. Man vil fremover skulle overveje at gøre en indsats mod de pågældende sygdomme fra Fællesskabets side, selvom de ikke prioriteres højt.

(iii) Narkotikamisbrug

66. Narkotikamisbrug er den eneste trussel mod sundheden, som nævnes udtrykkeligt i artikel 129, hvorved narkotikamisbrug automatisk prioriteres i forbindelse med Fællesskabets indsats til fremme af folkesundheden. Foranstaltninger til bekæmpelse af narkotikamisbrug samordnes allerede på EF-plan; dette komplicerede problems omfang og forbindelsen mellem narkotikamisbrug og alvorlige samfundsproblemer, som f.eks. social udstødelse og arbejdsløshed, samt medlemsstaternes vanskeligheder med at bekæmpe de alvorlige følger for samfundet har i de seneste par år ført til en række initiativer på fællesskabsniveau. De mange forskellige foranstaltninger, som Rådet og Europa-Parlamentet har truffet, viser, at de lægger stor vægt på dette problem, og at de mener, at der er behov for aktioner på fællesskabsplan for at løse problemet. Dette forhold blev på ny fremhævet ved at anføre narkotika i artikel 129 som et alvorligt sundhedsproblem, der skal prioriteres i forbindelse med Fællesskabets indsats til fremme af folkesundheden.

67. Blandt vigtige initiativer i forbindelse med narkotika skal anføres Rådets resolution fra oktober 1986 samt den første og den anden europæiske plan til bekæmpelse af narkotika, udfærdiget af Det Europæiske Udvalg for Narkotika (CELAD) og vedtaget af Europarådet i december 1990 samt forlænget i december 1992. De pågældende dokumenter vedrører en lang række aktiviteter, som skal iværksættes. Endvidere vedtog Rådet i februar 1993 en forordning om oprettelse af et europæisk overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug (EMCDDA), som har til opgave at indsamle data og foretage analyser, sammenligninger og evaluering på narkotikaområdet med særlig vægt på det indledende 3-års arbejdsprogram vedrørende efterspørgsel og reduktion af efterspørgslen efter narkotika. Fællesskabet vil fremover være i stand til at konsolidere resultaterne med hensyn til forebyggelse af narkotikamisbrug, bygge videre på det arbejde, der allerede er udført, og fremsætte forslag om et fremadrettet program for en indsats i folkesundhedsregi mod narkotika og narkotikamisbrug.

(iv) Sjældne sygdomme

68. Sjældne sygdomme har pr. definition færre konsekvenser for samfundet og tegner sig for en relativ beskeden dødelighed og sygdomsfrekvens. Erfaringerne viser imidlertid, at den sjældne forekomst og den deraf følgende mangel på oplysninger kan skabe alvorlige problemer for de enkelte lande. Legionærsyge, Creutzfeld-Jacobs sygdom og genetiske problemer, som f.eks. blødersygdom, er indlysende eksempler. Det kan således være til fordel med fællesskabsinitiativer rettet mod sådanne sygdomme som supplement til medlemsstaternes bestræbelser, og man kunne på den måde maksimere udvekslingen af informationer og erfaringer, således at samtlige

medlemsstater modtager bistand, når der skal træffes hensigtsmæssige aktioner i forbindelse med uvante trusler. Andre sygdomme forekommer sjældent i nogle medlemsstater, men ikke i andre. Et typisk eksempel er thalassaemi, som optræder i den sydlige del af Fællesskabet. I forbindelse med sjældne sygdomme skal Fællesskabet derfor i nært samarbejde med medlemsstaterne udarbejde foranstaltninger, som indebærer stordriftsfordele og skaber solidaritet mellem medlemsstaterne.

V. SYGDOMSÅRSAGER

69. Den gruppe sygdomme, der er omtalt i kapital IV, er de sygdomme, som Fællesskabet bør rette sine foranstaltninger mod. Men for at forebyggende foranstaltninger skal være så effektive som muligt, er det ikke nok kun at rette dem mod bestemte sygdomme og grupper af sygdomme; det er endnu vigtigere, at de rettes mod årsagerne. Når man skal fastlægge, hvilken form for foranstaltninger, det er hensigtsmæssigt at træffe, og hvordan foranstaltningerne skal prioriteres, er det derfor nødvendigt at se på de vigtigste af de faktorer, der er forbundet med årsagerne til de pågældende sygdomme.

70. De væsentlige forskelle mellem forskellige samfundsgrupper i medlemsstaterne med hensyn til sygdomsfrekvens og dødsquotienter antyder naturligvis, at dårlige samfundsforhold (f.eks. dårlig bolig, ringe adgang til sundhedstjenesteydelser, langtidsledighed) udgør en trussel mod folkesundheden. Denne forbindelse anerkendes i det program vedrørende social udstødelse (KOM(93)435, endelig udg.), som blev iværksat for nylig, og som har til formål gennem udvalgte projekter at fastlægge en række samfundsforholds betydning for social udstødelse og at fremme solidaritet. Afhjælpning af sådanne forhold indgår som et centralt led i andre fællesskabspolitikker, men er også af stor betydning i forbindelse med Fællesskabets bestræbelser for at medvirke til at forhindre, at visse grupper udsættes for risici, og i forbindelse med udarbejdelsen af en effektiv strategi for sundhedsbeskyttelse.

71. Tabel 3 indeholder en oversigt over de vigtigste af de faktorer, der er forbundet med årsagerne til de trusler mod sundheden, som er identificeret tidligere. Tabellen er ikke udtømmende.

Tabel 3	
FAKTORER FORBUNDET MED ÅRSAGERNE TIL SYGDOMME	
SYGDOM	FAKTORER
Ulykker	Spirituskørsel, usikker adfærd, mangelfulde eller dårligt designede produkter og tjenesteydelser, miljøproblemer
Kræft	Rygning, alkoholmisbrug, ernæring, genetiske faktorer, stråling og kræftfremkaldende stoffer
Kardio-vaskulære sygdomme	Rygning, alkoholmisbrug, ernæring, genetiske faktorer, stress, manglende motion
Smitsomme sygdomme, herunder AIDS	Dårlig hygiejne, vand af tvivlsom karakter, usikker seksuel adfærd, narkotikamisbrug, ernæring, smitteinficeret blod
Narkotikamisbrug	Sociale og økonomiske problemer, psykologiske problemer, stress
Mentale sygdomme, herunder selvmord	Sociale og økonomiske problemer, genetiske faktorer, stress
Muskel- og skeletsygdomme	Dårlige arbejdsforhold, fysisk stress, ernæring, manglende motion
Luftvejssygdomme, herunder astma	Miljøproblemer, herunder forurenende stoffer, rygning, genetiske faktorer

72. Tabellen viser tydeligt, at, når man ser bort fra genetisk arv, er de pågældende sygdomme forbundet med andre fælles, både specifikke og mere generelle faktorer. Blandt de specifikke faktorer er rygning og alkohol direkte involveret, og ernæring spiller også en rolle. Generelt set er miljøproblemer direkte involveret eller i et vist omfang forbundet med dem alle. Flere faktorer er endvidere forbundet med andre alvorlige sygdomme; ernæringsproblemer spiller f.eks. en afgørende betydning i forbindelse med diabetes, rakitis, osteoporose; alkohol forårsager cirrose, og ryger gravide kvinder, øger det risikoen for spædbørnsdød.

73. Når man skal udarbejde en effektiv strategi til forebyggelse af sygdomme og beskyttelse af sundheden, er det af stor betydning, at flere afgørende faktorer er fælles for en række sygdomme. Det betyder f.eks., at foranstaltninger, som sigter mod at forebygge rygning, har stor virkning på dødeligheden og sygdomsfrekvensen i forbindelse med forskellige sygdomme, hvorved foranstaltningernes virkning øges betydeligt.

74. Foranstaltninger, der tager sigte på at fjerne eller reducere virkningen af bestemte årsager til flere sygdomme gennem eksempelvis oplysning om sundhedsspørgsmål, uddannelse og fremme af sundhed inden for områder som ernæring, tobak og alkohol, og som tager sigte på offentligheden eller bestemte grupper, som f.eks. børn eller ældre, kan spille en afgørende rolle i den samlede strategi og medvirke til at få anvendt begrænsede ressourcer mest effektivt. Sådanne "horisontale" foranstaltninger udgør en vigtig del af den strategi, der er beskrevet i kapitel VI. Når man træffer foranstaltninger rettet mod de faktorer, der er involveret i flere sygdomme, må man imidlertid ikke overse de træk, der er kendetegnende for de enkelte sygdomme. Generelt set er det vanskeligt at fastlægge årsagerne til mange sygdomme helt præcist. Med udviklingen inden for mikro-biologien er det efterhånden blevet muligt at identificere de mikro-organismer, der er ansvarlige for de fleste smitsomme sygdomme, men det humane genom skal først kortlægges, inden det kan fastlægges, hvilke gener, der er ansvarlige for bestemte kliniske sygdomme. Endvidere vil midlerne til bekæmpelse af de pågældende sygdomme med sikkerhed blive justeret fremover, når de præcise årsager findes.

75. Der foreligger kun spredte oplysninger om sygdommenes forekomst og virkninger i Fællesskabet, hvilket også gælder for de vigtigste årsager til sygdommene. Tal fra WHO om de tre vigtigste årsager, dvs. ernæring, rygning og alkohol, giver dog et billede af tendenserne i Fællesskabet.

76. Med hensyn til ernæring findes der tal for kostens fedt- og proteinindhold. I 1989 lå fedtmængden som en procent af den samlede energimængde på fra 34% i Portugal til 47% i Belgien, og proteinprocenten på fra 10% i Grækenland til 14% i Frankrig. Det er dog vigtigere at konstatere, at mens kostens proteinindhold stort set er uændret siden 1970, er fedtforbruget steget kraftigt i flere lande, særlig Frankrig, Italien, Portugal og Spanien.

77. Med hensyn til rygning foreligger der tal, som viser det samlede forbrug af cigaretter pr. capita i medlemsstaterne på årsbasis. Som det fremgår, er der betydelig forskel på tendenserne i de nordlige og de sydlige medlemsstater. I perioden 1976-1990 faldt det samlede forbrug i seks nordlige lande med fra 13,4% i Danmark (fra 1801 til 1560 enheder pr. år) til 25,5% i Nederlandene (fra 2086 til 1555 enheder pr. år); til gengæld var der tale om kraftige stigninger i de sydlige medlemsstater, hvor Spanien f.eks. tegnede sig for en stigning på 87,8% (fra 1122 til 2109 enheder pr. år). Denne opdeling i nord og syd bekræftes stort set af Eurostats data om den andel udgifterne til tobak udgør af de samlede husholdningsudgifter.

78. Tendensen med hensyn til forbrug af alkohol er faktisk et spejlbillede af tendensen for cigaretrygning. I perioden 1970-1988 skete der en kraftig stigning i alkoholforbruget pr. capita i de nordlige lande; i Danmark udgjorde stigningen f.eks. 45,6% (fra 6,8 til 9,9 liter ren alkohol pr. capita pr. år), i Nederlandene 46,4% (fra 5,6 til 8,2) og i Det Forenede Kongerige 43,4% (fra 5,3 til 7,6). Samtidig faldt forbruget i de sydlige medlemsstater; i Italien faldt det 36,5% (13,7 til 8,7) og i Frankrig 21,6% (fra 16,2 til 12,7).

79. Det skal fremhæves, at sådanne data skal tolkes med meget stor varsomhed, eftersom der er betydelig forskel på medlemsstaternes grundlag. WHO-tallene for alkohol som en procent af det samlede energiforbrug viser f.eks., at der var stor forskel på medlemsstaterne i 1989 med 3% i Grækenland og 8% i Tyskland. Tallenes største værdi ligger deri, at de angiver tendenser, som så igen kan afsløre givne eller potentielle problemer og fremhæve interventionsområder.

VI. FÆLLESSKABETS INDSATS - ART OG OMFANG

a) Generel fremgangsmåde

80. Sundhedssektoren er et vidtfavnende område med organiseret aktivitet, og hvis funktion og resultater har en direkte, gennemgribende indflydelse på den egendel, som den enkelte sætter størst pris på, dvs. helbredet. Der er så stor forskel på traditioner, praksis og den juridiske og administrative opbygning af de offentlige sundhedstjenester og -systemer, at det er meningsløst at tale om at ensrette eller harmonisere politikker på dette område.

81. Fællesskabet har til opgave at støtte de bestræbelser, medlemsstaterne gør sig med hensyn til folkesundheden, at medvirke til at udarbejde og virkeliggøre mål og strategier og at bidrage til at sikre kontinuitet i sundhedsbeskyttelsen i hele Fællesskabet, idet målet er at opnå de bedste resultater inden for et givet område i hele Fællesskabet.

82. Der er virkelig mange behov på folkesundhedsområdet i Fællesskabet, men der kan ikke blive tale om, at Fællesskabet søger at dække dem alle. Fællesskabet vil snarere gennemføre aktioner, som giver den størst mulige merværdi for de begrænsede forhåndenværende ressourcer, ved at anvende instrumenter og foranstaltninger, som anses for at have størst virkning. Kommissionen vil søge at sikre, at aktioner i forbindelse med politikker og strategier, der tager sigte på så mange udvalgte sygdomme som muligt, gives førsteprioritet, at der afsættes tilstrækkelige midler hertil og opstilles klare målsætninger. Kommissionen vil prioritere omfattende projekter med stor virkning, som omfatter flest mulige anerkendte statslige og ikke-statslige organisationer. Kommissionen vil endvidere sikre, at instrumenter i forbindelse med andre politikker anvendes til eller medvirker til sundhedsbeskyttelse, og at negative virkninger af andre politikker fjernes ved at føre "sundhedstilsyn" på alle stadier i forbindelse med udarbejdelse af relaterede instrumenter og programmer. Endelig vil Kommissionen være rede til at imødekomme medlemsstaters anmodninger om bidrag til deres indbyrdes samarbejde og vil hver gang, det er hensigtsmæssigt, hente hjælp fra internationale organisationer med kompetence i sundhedsspørgsmål.

83. Tabel 4 viser i matriksform, hvilke former for aktioner, der kan iværksættes på fællesskabsplan i forbindelse med en række identificerede trusler mod sundheden udtrykt enten i form af en sygdom eller en gruppe forbundne sygdomme eller som en medvirkende årsag. De vigtigste aktiviteter er støtte til medlemsstaternes aktioner og fremme af koordinering af deres politikker og programmer, samarbejde med internationale organisationer og tredjelande, information, uddannelse, fremme af sundhed og forskning, som alle beskrives nærmere i det følgende.

TABEL 4

FÆLLESSKABETS AKTIONSMULIGHEDER

AKTIONSTYPE	Sundheds-indikatorer	Overvågning/ tilsyn	Sundhed Offenligheden	Oplysninger særlige grupper	Uddannelse/ Fremme af sundhed	Uddannelse af fagfolk inden for sundheds- området	Samarbejde mellem medlemsstater	Koordinering af politik	Udarbejde og gennemførelse af strategier	Anvendelse af instrumenter i andre politikker	Finansiel støtte	Undersøgelser	Samarbejde med internationale organisationer og tredjelande	Andre specifikke forebyggende aktioner
Tobaksforbrug	****	*	***	**	***	*	****	****	****	****	***	*	**	*
Narkotikamisbrug	****	***	**	***	****	****	****	****	****	****	****	***	****	***
Alkoholmisbrug	****	*	***	**	***	**	***	**	**	****	***	***	**	*
Manglende motion	**	*	**	**	**	*	*	*	*	*	**	**	**	*
Ringe kost	****	*	***	***	***	**	***	**	**	****	***	****	**	*
Kræft	****	**	***	****	****	***	***	***	****	****	****	****	****	****
Kredsløbs sygdomme	****	**	***	****	****	***	***	**	***	***	**	***	***	***
Luftevejssygdomme	***	***	**	***	**	***	****	****	****	****	***	***	***	**
Medfødte sygdomme	***	**	**	***	**	**	***	*	*	*	**	**	**	**
Perinatale sygdomme	***	**	**	***	**	**	**	**	*	*	**	**	***	*
Ulykker	****	***	****	***	****	***	***	***	***	****	**	****	**	*

**** = STORE *** = MELLEMSTORE ** = RINGE * = INGEN

FÆLLESSKABETS AKTIONSMULIGHEDER

TABEL 4

AKTIONSTYPER	Sundhedsindikatorer	Overvågning/tilsyn	Sundhed	Oplysninger særlige grupper	Uddannelse/Fremme af sundhed	Uddannelse af fagfolk inden for sundhedsområdet	Samarbejde mellem medlemsstater	Koordinering af politik	Udarbejde og gennemførelse af strategier	Anvendelse af instrumenter i andre politikker	Finansiel støtte	Undersøgelser	Samarbejde med internationale organisationer og tredjelande	Andre specifikke forebyggende aktioner
TRUSLER MOD SUNDHEDEN OG SYGDOMME														
Muskel- og skeletproblemer	**	*	***	***	**	**	**	*	*	**	**	**	**	**
Visuelle problemer	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Auditive problemer	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Mentale sygdomme Selvmord	****	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	**
Ernæringsbestemte sygdomme	**	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	*
AIDS	****	****	**	****	****	****	****	****	****	***	****	****	****	****
Andre smitsomme sygdomme	****	****	**	****	**	****	****	****	****	**	****	****	****	***
Sjældne sygdomme	***	***	*	***	*	***	****	***	**	*	**	***	***	**
Sygdomme overført via levnedsmidler	***	***	**	**	**	***	***	***	**	***	**	***	**	**

**** = STORE *** = MELLEMSTORE ** = RINGE * = INGEN

b) Hørings- og deltagelsesmekanismer

84. I artikel 129 i Traktaten om Den Europæiske Union bestemmes det, at Det Økonomiske og Sociale Udvalg samt regionaludvalgene skal høres. Endvidere fastsættes der ved fællesskabsinstrumenter af bindende karakter mekanismer for høring og deltagelse i forbindelse med de programmer og foranstaltninger, som Fællesskabet vedtager inden for folkesundhed. Ud over disse mekanismer agter Kommissionen at benytte yderligere ekspertbistand for at sikre, at man råder over de bedst mulige hørings- og deltagelsesprocedurer med henblik på vejledning og feedback i forbindelse med Fællesskabets indsats inden for sundhedsbeskyttelse, samtidig med at de eksisterende strukturer for udvalg og arbejdsgrupper gøres ensartede og konsolideres.

85. Kommissionen vil sørge for at oprette hensigtsmæssige hørings- og deltagelsesmekanismer i forbindelse med gennemførelsen af rammerne for fremme af folkesundheden. I denne forbindelse anerkendes den rolle, som fagfolk inden for sundhedssektoren og ikke-statlige organisationer spiller.

c) Støtte til medlemsstaters foranstaltninger og fremme af koordinering

86. Kommissionen har til hensigt at basere sin støtte til medlemsstater på bestemte aktioner, som kun Fællesskabet kan gennemføre, særlig ved at fremme udveksling af erfaringer og synspunkter, og på forberedelse af aktioner, som kan gennemføres ved hjælp af en række instrumenter inden for forskellige sektorer.

87. I forbindelse med i aktivitetsområder, hvor Kommissionen mener, man med fordel kan iværksætte nye og nyskabende koordineringsaktioner, skal der tages hensyn til følgende:

(i) Det er vanskeligt at sammenligne og evaluere politikker til forebyggelse af trusler mod sundheden, med det er vigtigt for at undgå en ukoordineret indsats, som kan få negative følger for de offentlige sundhedsmyndigheders valg og beslutninger. Kommissionen kan spille en afgørende rolle i den forbindelse ved at gennemføre omfattende cost-benefit analyser, særlig baseret på modeller og redskaber, som stilles til rådighed for Fællesskabet af den epidemiologiske videnskab, og ved af fremsætte forslag om foranstaltninger og programmer, der tager sigte på at styrke forsvaret mod sygdomme.

Det drejer sig derfor om et område, hvor Kommissionen let kan gøre en indsats, og det er udelukkende til fordel for medlemsstaterne.

(ii) Kommissionen vil søge at hjælpe medlemsstater med at forbedre standarder på områderne fremme af sundhed og forebyggelse af sygdomme. Nogle medlemsstater er utvivlsomt nået op på et højt beskyttelsesniveau på visse områder, og da målet er at nå op på de bedste beskyttelsesniveauer i Fællesskabet, bør Kommissionen forsøge at formidle de oplysninger, der er nødvendige for at udbedre mangler, idet man tager udgangspunkt i politikker og programmer i de medlemsstater, som er mest avanceret i denne henseende. Et af de vigtigste mål på dette område vil blive at oprette indbyrdes forbundne netværk bestående af kompetente centre til overvågning af og kontrol med sygdomme ved anvendelse af hensigtsmæssige data, kriterier og metoder. Der gøres allerede visse bestræbelser for at nå dette mål i forbindelse med smitsomme sygdomme, og der vil blive truffet hensigtsmæssige foranstaltninger i forbindelse med andre sygdomme, idet der bygges videre på eksisterende systemer og foranstaltninger, f.eks. i forbindelse med kræft.

(iii) Medlemsstaternes holdning til personer fra tredjelande er meget forskellig med hensyn til krav om sundhedsbeskyttelse og den sundhedsbeskyttelse, de pågældende tilbydes. Det er nødvendigt at koordinere politikker på dette område, og Kommissionen har til hensigt at iværksætte hensigtsmæssige initiativer i den forbindelse. For at nå disse mål er det nødvendigt med størst mulig gennemsækelighed, og Kommissionen vil få behov for hensigtsmæssig rådgivning og omfattende konsultation for at planlægge effektivt, at formidle budskaber og fremme dialogen om emnet indvandrere og sundhed.

d) Information, undervisning og fremme af sundhed

88. Foranstaltninger, der er rettet mod den brede offentlighed og særlige undergrupper, kan kategoriseres som sundhedsoplysning, sundhedsundervisning eller fremme af sundhed. Det er i årenes løb blevet klart, at den præcise betydning af hvert enkelt af disse begreber er forskellig alt efter den særlige kulturelle og sproglige kontekst.

89. Sundhedsoplysning indebærer formidling ofte til den brede offentlighed, men også til særlige grupper, af oplysninger om sundhedsrelaterede spørgsmål. Disse oplysningers indhold vil normalt snarere være af generel karakter end af personlig karakter, da det næppe er muligt præcist at identificere modtagerne af disse oplysninger. Det anvendte medium kan være tryksager (pjecer, osv.), tidsskrifter (annoncer og artikler), audiovisuelle medier (tv og radio) eller, mindre hyppigt, personlig kontakt (f.eks. drøftelser og foredrag afholdt af sundhedseksperter).

90. Sundhedsundervisning indebærer formidling af oplysninger om sundhed til en på forhånd fastlagt målgruppe med anvendelse af undervisningsmateriel. Denne proces vil omfatte interaktion med og feed back fra modtagerne af oplysningerne, og processen kan ikke betragtes som afsluttet, før målgruppen udviser ændringer i sin holdning, som bør omfatte og gå videre end til blot kendskab til en række faktiske forhold. Det afgørende punkt er, at underviseren formidler en række oplysninger og kundskaber under anvendelse af forskellige fremgangsmåder til at sikre, at dette mål nås. Det skal fremhæves, at selv om denne proces typisk sættes i forbindelse med skoleundervisning af børn, er den ikke i dette tilfælde begrænset til kun at omfatte denne ene gruppe. Hvem der er ansvarlige på dette område er afhængig af de administrative strukturer i den enkelte medlemsstat: både sundheds- og undervisningsministerierne kan være inddraget, andre ministerier kan ligeledes spille en rolle.

91. Fremme af sundhed er blevet beskrevet som anvendt sundhedsoplysning. Med andre ord søger sundhedsoplysning og sundhedsundervisning at give målgruppen de oplysninger og redskaber, som er nødvendige for en sund levevis, mens fremme af sundhed indebærer et aktivt forsøg på at ændre holdning, adfærd og miljø, for at man således kan nå frem til en sund levevis. Teknisk set kan dette omfatte lovgivning, økonomisk incitament, forskellige ændringer af målgruppens omgivende miljø for således at fremme en sund levevis. Foranstaltninger til fremme af sundhed og foranstaltninger, der medfører en langsigtet forbedring af de sociale og økonomiske forhold, skal forløbe parallelt, da fremme af sundhed er en kompleks opgave, der er afhængig af den samlede sociale og politiske situation. Ensidede aktioner er ikke tilstrækkelige, når der er tale om sundhedsrelaterede problemer, ej heller er det tilstrækkeligt at begrænse indsatsen til at omfatte

højrisikogrupper; derimod er det nødvendigt at inddrage hele samfundet i en fælles indsats, der giver alle en følelse af samarbejde og deltagelse, og som medfører en langsigtet forbedring af de generelle levevilkår.

92. Fremme af sundhed og sundhedsundervisning kan betragtes som generelle elementer i en større og forskelligartet sammenhæng (familie, skole, arbejdsplads, det omgivende fællesskab), omfatter mange levevisrelaterede sygdomme eller ulykker (kræft, AIDS, narkotika, hjerte-kar-sygdomme, ulykker, osv.), og sigter imod at ændre risiko-præget adfærd (rygning, alkohol, ernæring, narkotikamisbrug, manglende motion, osv.). Der skal foretages en omhyggelig vurdering af de sociale og kulturelle forskelle mellem medlemsstaterne, også inden for den enkelte medlemsstat, især med hensyn til ernæring og narkotikamisbrug ved gennemførelsen af fællesskabsaktioner til fremme af sundhed og sundhedsundervisning.

93. De forskellige fremgangsmåder, der nødvendige i et forskelligartet og komplekst samfund som Det Europæiske Fællesskab, må imidlertid aldrig føre til isolerede aktioner. Tværtimod skal de forskellige aktioner gensidigt styrke hinanden for således at sikre en maksimal effektivitet af alle aktioner inden for fremme af sundhed og sundhedsundervisning. Dette mål kan opfyldes ved at sammenkæde de forskellige aktioner på forskellige niveauer (europæisk, nationalt, regionalt og lokalt niveau). En effektiv tilrettelæggelse og koordinering af aktionerne inden for fremme af sundhed og sundhedsundervisning på alle niveauer, samt en omhyggelig planlægning og evaluering af aktionerne inden for rammerne af en overordnet plan, er en forudsætning for optimale resultater af den indsats, der ydes til fremme af sundhed. Kommissionen foretager følgelig en fornyet gennemgang af eksisterende programmer for at sikre, at når der er tale om aktioner af lignende karakter som fremme af sundhed og sundhedsundervisning, grupperes disse aktioner for at undgå overlappning og for at forbedre effektiviteten.

94. I forbindelse med fremme af sundhed og sundhedsundervisning skal Kommissionen:

- fremme udveksling af informationer og eksempler på relevant praksis ved oprettelse af netværk, forberedelse af "informationspakker", håndbøger og workshops;
- yde støtte ved at tilvejebringe relevante incitamenter;
- indlede, udvikle og om nødvendigt koordinere aktiviteter på fællesskabsplan.

95. Kommissionen vil i passende omfang gøre brug af de ressourcer og den ekspertise, der findes i medlemsstaterne, for således at øge effektiviteten af aktioner inden for fremme af sundhed og sundhedsundervisning.

e) Forskning

96. Ud over artikel 130f til 130q om "forskning og teknologisk udvikling", der omfatter alle forskningsaktiviteter, tildeles der i henhold til artikel 129 i TEU (Traktaten om Den Europæiske Union) Fællesskabet et klart mandat til at foretage forskning inden for sygdomsårsager og smitte. Aktioner, der gennemføres inden for disse rammer for indsatsen for folkesundhed, bør gøre fuld brug af de resultater, som indhøstes i forbindelse med Fællesskabets rammeprogrammer for forskning.

97. Forskningen vedrørende biomedicin og sundhed (BIOMED) inden for rammerne af det nuværende EF-program for forskning og teknologisk udvikling fortsætter indtil 1994 med et budget på over 130 mio. ECU.

98. Den igangværende forskning omfatter fire hovedområder:

- koordinering af forskningen vedrørende forebyggelse, behandling og ordninger på sundhedsområdet,
- alvorlige sundhedsproblemer og sygdomme med betydelig socio-økonomisk virkning,
- analyse af menneskelige kromosomer,
- lægelig etik.

99. AIDS spiller en afgørende rolle blandt de alvorligste sundhedsproblemer. Andre alvorlige sundhedsproblemer, der er omfattet af dette program, er kræft, hjerte-kar-sygdomme, psykisk sygdom, neurologiske sygdomme, processen med stigende levealder og alderrelaterede sundhedsproblemer. På alle disse områder styrkes forbindelsen til handlingsorienterede aktiviteter.

100. Der finder for øjeblikket drøftelser sted vedrørende et fjerde rammeprogram for forskning på grundlag af et formelt forslag fra Kommissionen (KOM(93) 276). Kommissionen offentliggjorde den 6.10.1993 et arbejdsdokument (KOM(93) 459 endelig udg.) om det videnskabelige og teknologiske indhold i de særlige programmer til gennemførelse af det fjerde rammeprogram. Dette dokument behandles nu i Europa-Parlamentet og i Rådet. I dette dokument foreslås følgende hovedpunkter for forskning inden for biomedicin og sundhed i perioden 1994-1998:

- AIDS, tuberkulose og andre infektionssygdomme;
- kræft;
- farmaceutisk forskning;
- neurologi og hjerneforskning;
- forebyggelse, sundhed på arbejdspladsen, risikofaktorer og forskning inden for folkesundhed;
- epidemiologi for sygdomme med betydelig socio-økonomisk virkning;
- hjerte-kar-sygdomme;
- analyse af menneskelige kromosomer;
- forskning vedrørende sundhedstjenester;
- biomedicinsk teknologi og teknik;
- biomedicinsk etik.

101. Et andet område, hvor man forventer betydelige udviklinger i Fællesskabets forskning i de nærmeste år, er telematikprogrammet i sundhedssektoren (tidligere AIM). Aktionerne under AIM med et budget på næsten 100 mio. ECU for perioden 1991-1994 sigter mod at forbedre kvalitet og cost-benefit inden for sundhedssektorerne ved anvendelse af "telematik", dvs. en kombination af informatik og telekommunikation.

102. Med henblik på at sikre dels en koordineret indsats og dels at de eksisterende og fremtidige fællesskabsforskningsprogrammer i tilstrækkelig grad dækker fremme af sundhed og sygdomsforebyggelse bør følgende betingelser opfyldes:

- identifikation på grundlag af klare prioriteter fastsat på fællesskabsplan af de aspekter ved folkesundhed, som kræver stimulering og fremme via forskning;
- sammenhæng mellem offentlige sundhedsaktioner og forskningsaktiviteter;

- gradvis opbygning af en klar strategi, der omfatter spørgsmål, som er relevante for folkesundhed;
- gradvis opbygning af passende strukturer, f.eks. netværk;
- udbredelse af forskningsresultater og disses indvirkning på beslutningsprocessen på fællesskabsplan og i medlemsstaterne.

f) Uddannelse af ansatte i sundhedssektoren

103. Ansatte i sundhedssektoren spiller i forskellige rammer (almen praksis, hospitaler, skoler, beskæftigelse, fritid) en afgørende rolle i formidlingen af sundhedsundervisning og sundhedsoplysning i Fællesskabet. Dette er allerede blevet dokumenteret i forbindelse med bekæmpelsen af kræft og AIDS, hvor omfattende aktiviteter gennemføres som led i de relevante fællesskabsprogrammer. Kommissionen agter at fortsætte arbejdet på dette område med henblik på:

(i) At øge bevidstheden hos de ansatte i sundhedssektoren om hvilken vigtig rolle de kan spille, og om hvorledes de kan bidrage til forebyggelse af alvorlige sygdomme.

(ii) At øge disse personers indsigt i forhold, der er relevante for forebyggelse af sygdomme, med en multikulturel dimension, f.eks. den rolle ernæring spiller, indvandring (f.eks. i forbindelse med thalassaemia og HIV), samt deres kendskab til sygdomme, der vinder større udbredelse (f.eks. tuberkulose).

104. Med henblik herpå agter Kommissionen under hensyntagen både til Fællesskabets retningslinjer for undervisning og uddannelse som fastlagt af Kommissionen i maj 1993 (KOM(93) 183) og til de erfaringer, der er indhøstet i forbindelse med fællesskabshandlingsprogrammerne, som f.eks. ERASMUS, FORCE og COMET, at udføre følgende opgaver, idet disse opgaver vil blive gennemført inden for rammerne af nævnte fællesskabsprogrammer, hvor dette er passende:

- i. Fremme af udvekslingen af informationer mellem medlemsstaterne om igangværende uddannelseskurser og ordninger, især vedrørende afhængighed af giftstoffer, herunder også alkohol og medicin, ernæring samt sygdomme overført ved seksuelt samkvem.
- ii. Koordinering og henstillinger om uddannelsesprogrammer for ansatte i sundhedssektoren i et snævert samarbejde med de kompetente myndigheder, videnskabelige institutioner samt berørte udvalg og sammenslutninger.
- iii. Fremme af udvekslingen af erfaringer vedrørende undervisningsmetoder og undervisningsmaterialer i forbindelse med forebyggelse af alvorlige sygdomme og evaluering af effektiviteten af disse undervisningsmetoder og undervisningsmaterialer.
- iv. Fortegnelse over og evaluering af eksisterende metoder samt praktisk anvendelse med henblik på at gøre informationer og materialer bestemt for ansatte i sundhedssektoren mere tilgængelige i forbindelse med forebyggelsen af alvorlige sygdomme.

- v. Information og fremme af bevidstgørelsen af læger, sygeplejersker samt socialrådgivere med henblik på særlige forhold, der er usædvanlige i deres pågældende medlemsstat, men som på grund af voksende indvandring og et voksende antal rejser kommer til at spille en stadig større rolle i Fællesskabet, som f.eks. tuberkulose hos indvandrere, AIDS/sekstelt overførte sygdomme hos turister og hægogthallassæmi hos personer stammende fra Middelhavsområderne.

g) Samarbejde med internationale organisationer og tredjelænde

105. Samarbejde med tredjelænde og internationale organisationer anføres udtrykkeligt i forbindelse med folkesundhed i artikel 129 i Traktaten om Den Europæiske Union, men der eksisterer allerede et generelt samarbejde i medfør af artikel 228 i EØF-Traktaten, som omhandler indgåelse af aftaler mellem Fællesskabet og en eller flere stater eller en international organisation. I Traktaten hedder det endvidere, at Kommissionen skal opretholde alle formålstjenlige forbindelser med organerne for De Forenede Nationer og for disses særorganisationer, og den skal også opretholde passende forbindelser med alle internationale organisationer (Art. 229). I EØF-Traktatens artikel 230 hedder det endvidere, at Fællesskabet indleder ethvert formålstjenligt samarbejde med Europarådet, og artikel 231 omhandler samarbejde med Organisationen for Europæisk Økonomisk Samarbejde (OECD).

106. Kommissionen har allerede længe samarbejdet med tredjelænde og flere internationale organisationer i forbindelse med folkesundhed. Fremover skal der hovedsagelig lægges vægt på at øge dette samarbejde, således at samtlige involverede parter kan drage størst mulig fordel heraf.

For at fremme samarbejdet mellem Fællesskabet og tredjelænde samt internationale organisationer i forbindelse med folkesundhed er det nødvendigt at have et godt kendskab til igangværende og planlagt samarbejde mellem medlemsstater og tredjelænde samt internationale organisationer. Det vil medvirke til at undgå overlapning mellem foranstaltninger og vil støtte aktioner, som medlemsstaterne iværksætter.

(i) Internationale organisationer

107. Et forholdsvis stort antal organisationer, både statslige og ikke-statslige, har sundhed på dagsordenen. De vigtigste organisationer er: WHO, Europarådet, Den Internationale Organisation for Ind- og Udvandrere (IOM), UNESCO, Den Internationale Atomenergiorganisation (IAEA), OECD, ILO, FAO, De Forenede Nationers Program for International Narkotikakontrol (UNDCP), Røde Kors- og Røde Halvmåne- Organisationerne og Det Internationale Råd for Bekæmpelse af Alkoholisme og Stofmisbrug.

108. Der er indgået forskellige former for aftaler med de fleste internationale organisationer, og i et enkelt tilfælde er Fællesskabet blevet fuldgældigt medlem af en international organisation (FAO, 1991). Med undtagelse af WHO, hvis aktiviteter omfatter samtlige sundhedsspørgsmål, beskæftiger andre internationale organisationer sig kun med de sundhedsspørgsmål, som relaterer til deres målsætninger. Med hensyn til Europarådet, som har forbindelser til Fællesskabet på mange områder, er der tale om en udvidelse af dette råds rolle inden for folkesundhed, særlig efter at en række lænde fra Central- og Østeuropa er blevet medlemmer af organisationen.

109. Formålet med at fremme samarbejdet er:
- at styrke aktioner for folkesundheden i Fællesskabet, men også dem der iværksættes uden for Fællesskabet, og som har betydning herfor;
 - at sikre, at Fællesskabet kommer til at spille en større rolle i forbindelse med folkesundheden på internationalt plan.

WHO

110. Samarbejdet med WHO er baseret på to brevvekslinger med Kommissionen (1972 og 1982). Samarbejdet omfatter organisationen som helhed, samt de regionale kontorer, og særlig det europæiske kontor, samt Det Internationale Kræftforskningscenter (IARC). På operationelt plan har Kommissionen og WHO etableret et tæt samarbejde på mange områder. Det omfatter tilrettelæggelse af fælles aktiviteter på bestemte områder. Særlig vigtig er den tekniske ekspertbistand, som WHO yder Kommissionens afdelinger, for at de kan imødekomme specifikke krav, som f.eks. udviklingsbistand og humanitær nødhjælp. Fællesskabet arbejder allerede i vidt omfang sammen med IARC i forbindelse med kræftspørgsmål. Rådet har fået tilsendt en oversigt over det igangværende samarbejde mellem WHO og KEF (KOM(93) 224, endelig, udg.). Kommissionen har til hensigt at arrangere endnu en brevveksling med WHO for at ajourføre, forbedre og udvide samarbejdet i forbindelse med bestemte anliggender.

Europarådet

111. Samarbejdet med Europarådet er baseret på EØF-Traktaten og blev udvidet ved en aftale i 1987. I forbindelse med folkesundhed dækker samarbejdet f.eks. blod, organtransplantation, uddannelse på sundhedsområdet, unge og fremme af sundhedsspørgsmål og sundhed og sport, særlig doping. Der er også tale om et tæt samarbejde i forbindelse med Det Europæiske Udvalg for den Offentlige Sundhed og Den Europæiske Farmakopé, særlig i forbindelse med foranstaltninger til bekæmpelse af narkotika, hvor Kommissionen arbejder tæt sammen med Pompidou-Gruppen, og dette samarbejde vil blive udvidet yderligere med oprettelsen af EMCDDA. Øget samarbejde med Europarådet på sundhedsområdet vil endvidere, hvis det styres hensigtsmæssigt, kunne fremme samarbejdet med Central- og Østeuropa og således medvirke til at virkeliggøre målsætningerne i artikel 129, stk. 3, i Traktaten om Den Europæiske Union.

112. Kommissionen er ved at gennemføre en undersøgelse af samarbejdet med Europarådet i forbindelse med folkesundhed og offentliggør resultaterne heraf til sin tid. Man vil overveje at foreslå, at der i udkast til Europarådets konventioner om sundhed indgår bestemmelser, som gør det muligt for Det Europæiske Fællesskab at være med til at vedtage disse konventioner direkte, uden at det er nødvendigt at forhandle og ratificere særlige protokoller.

Andre Internationale Organisationer

113. IOM: Igangværende samarbejde om ind- og udvandring og sundhed.
UNESCO: Samarbejdet omfatter AIDS og uddannelse vedrørende narkotika, og samarbejdet vil blive udvidet.

ILO: Fælles aktiviteter i forbindelse med narkotika og alkohol på arbejdspladsen. Man er ved at forberede initiativer vedrørende rygning, uddannelse på sundhedsområdet og fremme af sundhed, som også omfatter arbejdstagernes familier.

FAO: Tilrettelæggelse af en fælles konference om ernæring og sundhed, og der er planlagt flere fælles aktiviteter med henblik på at implementere resultaterne.

UNDCP: Samarbejdet om begrænsning af narkotikaefterspørgslen er under udvidelse.

RØDE KORS: Der er ydet humanitær bistand på sundhedsområdet gennem Røde Kors- og Røde Halvmåne-Organisationerne, og der vil fortsat blive ydet bistand i forbindelse med blodforsyning og kvaliteten af blod, forebyggelse af AIDS, etc.

OECD: Igangværende samarbejde i forbindelse med sundhedsaspekterne ved miljø (særlig kemisk sikkerhed), og det vil blive udvidet i forbindelse med statistikker på sundhedsområdet.

IAEA: Tæt samarbejde i forbindelse med beskyttelse mod stråling.

Øget samarbejde - form

114. Samarbejdet med internationale og ikke-statslige internationale organisationer kan udvides ved:

- at Kommissionen, i forbindelse med spørgsmål, hvor Fællesskabet har kompetence, anmoder internationale organisationer om at varetage bestemte opgaver for Kommissionen på områder, hvor de pågældende organisationer har et mandat og erfaring (fælles projekter);
- at Kommissionen, på områder der er reserveret for samarbejde mellem medlemsstater, henter hjælp fra sådanne organisationer ved at gennemføre fælles programmer og aktioner, som er til fordel for nogle eller samtlige medlemsstater;
- at Kommissionen, på områder, hvor internationale organisationer gennemfører egne programmer eller aktioner, som ikke er prioritetsspørgsmål for Kommissionen eller medlemsstaterne, yder bistand, hvis sådanne programmer og aktioner er i Fællesskabets interesse.

(ii) Samarbejde med tredjelande

115. I samarbejdet med tredjelande vil der blive taget hensyn til de nuværende og de fremtidige forbindelser mellem disse lande og Det Europæiske Fællesskab. En række lande har officielle aftaler med Fællesskabet; nogle af disse aftaler omfatter også sundhedsbeskyttelse. Fællesskabet agter i samarbejde med disse lande at drøfte, hvilken vægt sundhedsspørgsmål skal have i disse aftaler.

116. I henhold til konklusionerne fra mødet i Det Europæiske Råd i København i 1993 skal fællesskabsprogrammer åbnes for deltagelse af lande fra Central- og Østeuropa, der har indgået samarbejdsaftaler med Fællesskabet. Dette vil medføre udvikling af et praktisk samarbejde med disse lande som et supplement til den bistand, der allerede ydes af Fællesskabet. Muligheden for deltagelse i handlingsprogrammerne vil blive drøftet i samarbejde med disse lande. Et tilsvarende samarbejde med de lande, der har ansøgt om medlemskab af Fællesskabet, skal gøre det muligt at identificere spørgsmål af fælles interesse, samt gradvis at inddrage disse lande i en række allerede igangværende aktiviteter.

117. Som led i Fællesskabets forbindelser til udviklingslandene deltager Fællesskabet i en række samarbejdsprogrammer inden for folkesundhed. Hovedvægten er lagt på støtte ved hjælp af forskellige finansielle instrumenter til reformer inden for sundhedssektoren og til aktioner, der tjener til at tilfredsstille befolkningens grundlæggende behov, især hos de mest udsatte befolkningsgrupper. Støtten er endvidere udvidet til også at omfatte bekæmpelse af alvorlige epidemiske sygdomme, især sygdomme, der overføres via seksuelt samkvem, herunder også AIDS. Det nuværende og fremtidige samarbejde som led i programmer vedrørende folkesundhed vil blive styrket for således at udveksle erfaringer og vedtage indbyrdes sammenhængende strategier for sundhedsspørgsmål, der er vigtige både for Fællesskabet og for udviklingslandene, som f.eks. AIDS og narkotikaafhængighed.

VII. FREMTIDIG INDSATS PÅ OMRÅDET FOLKESUNDHED

118. Den strategi, man har fastlagt for at udvælge sundhedsrisici, der skal omfattes af aktioner på fællesskabsplan, ud over de foranstaltninger, der gennemføres på forskningsområdet, indebærer, at Fællesskabet gennemfører en blanding af (i) aktioner af generel karakter, som er relevante for bekæmpelse af en række sygdomme hos personer i forskellige aldersklasser, forskellige socio-økonomiske grupper og af forskelligt køn, som f.eks. sundhedsdata og sundhedskontrol, sundhedsoplysning, undervisning og sundhedsfremme, og (ii) sygdomsspecifikke aktioner, der med henblik på en maksimal effektivitet skal være koncentreret om den pågældende sygdom, og samtidig sikre en fortsættelse af de vigtigste løbende programmer, som har bevist deres værdi, og som har ført til et samarbejde mellem offentlige myndigheder, mange interessegrupper og enkeltpersoner overalt i Fællesskabet, som det bedste udtryk for subsidiaritetsprincippet.

119. Den ovenfor nævnte kategori (i) er affødt af nødvendigheden af at indlede aktioner mod alle de hidtil identificerede alvorlige sygdomme på en måde, hvor man vil kunne opnå en maksimal sundhedsgevinst via Fællesskabets deltagelse, og som forekommer relevante både for dem, der udformer og træffer beslutninger, og for Fællesskabets borgere. Kategori (ii) vil medvirke til at fremme interessegruppers og eksperters arbejde på input-siden og til bedre at involvere og inddrage disse i bekæmpelsen af specifikke sygdomme.

120. Det fremgår af bilag IV for hver enkelt identificeret sundhedsrisiko og sygdom, hvad man kvalitativt set forventer som virkning af Fællesskabets deltagelse. Fællesskabsaktioner af generel karakter, der bl.a. er opført i tabel 4, vil ikke kun medføre en værditilvækst i bekæmpelsen af disse sundhedsrisici og sygdomme, men også i bekæmpelsen af andre risici og sygdomme. Dette er f.eks. tilfældet for sundhedsinformation vedrørende ernæring og rygning i forbindelse med kræft og hjerte-kar-sygdomme. Endelig vil de særlige aktioner som led i programmerne for særlige risici og sygdomme supplere og styrke de forudgående aktioner og endvidere sikre, at enhver mulighed for at bekæmpe udvalgte sygdomme ved omfattende og sammenhængende aktioner, udnyttes. Både sygdomsspecifikke og generelle handlingsprogrammer vil blive indledt ved anvendelse af de retlige instrumenter, der er fastsat i artikel 129 i TEU, programmernes målsætningerne vil blive fremmet via foranstaltninger, der bygger på artikel 129, eller på andre relevante artikler i Traktaten.

121. For så vidt angår alvorlige sygdomme har Kommissionen på baggrund af ovenstående overvejelser kunnet konkludere, at et antal af disse sygdomme i dag kan bekæmpes effektivt via eksisterende programmer og instrumenter, og via fremtidige aktioner af generel karakter. Der er her tale om hjerte- og cerebro-vaskulære sygdomme, psykisk sygdom, medfødte mangler, perinatale sygdomme og muskel-ledsygdomme. Kommissionen agter at følge situationen med hensyn til disse sygdomme, således at den kan træffe særlige foranstaltninger, hvis dette forekommer hensigtsmæssigt. Endvidere agter Kommissionen at indføre mere systematiske evalueringsmekanismer, der både omfatter vurdering af indhold og styring af de udvalgte programmer og foranstaltninger. Førstnævnte mekanisme vil omfatte vurdering af fald i tilstedeværelsen af risikofaktorer og ændringer i risikobetonet adfærd og vaner; sidstnævnte mekanisme vil gøre det muligt at afgøre, hvorvidt de fastsatte mål er blevet nået, hvilke ændringer der er nødvendige, at identificere årsagerne til succes eller fiasko samt at fastlægge metoder til opfyldelse af de fastsatte mål med et minimum af omkostninger og maksimale resultater i forhold til de givne ressourcer.

122. De aktionsområder, der er blevet udvalgt som prioriterede områder for fremtidige fællesskabsaktioner på området folkesundhed, kan nu fastlægges. Disse områder kan gøres gjort til genstand for kommissionsforslag om omfattende flerårige programmer, som indeholder klare målsætninger og som overholder de principper, der allerede er nævnt ovenfor, herunder også subsidiaritetsprincippet. Disse programmer vil blive iværksat inden for en periode på tre år og vil på grundlag af de indhøstede erfaringer løbe over fem år. Programmerne vil omfatte følgende spørgsmål:

- Fremme af sundhed, undervisning og uddannelse
- Sundhedsdata og -indikatorer samt kontrol med og overvågning af sygdomme
- Kræft
- Narkotika
- Aids og andre smitsomme sygdomme
- Forsætlige og vilkårlige ulykker og kvæstelser
- Forureningsrelaterede sygdomme
- Sjældne sygdomme.

Kommissionen kan i lyset af de indhøstede erfaringer og udviklingen i forekomsten af sygdomme i Fællesskabet foreslå programmer vedrørende andre sundhedsfarer.

BILAG I

OVERSIGT OVER DE FOREBYGGENDE POLITIKKER I MEDLEMSSTATERNE

1. BELGIEN

(Fransksprogede del).

Følgende områder har prioritet: AIDS, narkotika, ældre, indvandrere og udsatte grupper. De forebyggende aktioner omfatter sundhedsundervisning, skolelægeordninger, aktioner mod narkotika, AIDS og psykiske problemer. Endvidere fortsætter man de hidtidige løbende programmer med vaccination, hygiejne og vedrørende sportsskader.

(Flamsksprogede del)

Der er blevet udarbejdet en omfattende strategi for sundhedsfremme og forebyggelse med følgende hovedpunkter:

- fastsættelse af prioriteter på mellemlang sigt;
- koordinering af lokale og regionale initiativer, der er i overensstemmelse med den omgivende ramme på generelt, nationalt og EF-plan;
- integration af sektormæssige initiativer i en generel ramme for sundhedsfremme; f.eks. sundhed i skolen, psykisk sundhed, forebyggelse af narkotikamisbrug samt spørgsmål vedrørende børn og familie;
- gennemførelse af lovbestemmelser (f.eks. anmeldelse på et tidligt tidspunkt af sygdomme, vaccinationer);
- tilvejebringelse af relevante ressourcer med henblik på specifikke præventive foranstaltninger, især vedrørende AIDS, kræft, hjerte-kar-sygdomme, perinatal dødelighed, ulykker, smitsomme sygdomme og psykisk sundhed;
- aktioner fra myndighedernes side bistået af samarbejdspartnere som f.eks. "Det Flamske Institut til Helbredsforbedring", der siden 1991 har været et vigtigt forum for alle organisationer, der beskæftiger sig med fremme af sundhed og sundhedsundervisning;
- andre koordineringsmekanismer er blevet oprettet på særlige områder som f.eks. AIDS, forebyggelse af rygning, alkoholmisbrug, narkotikamisbrug, kræft, osv.;
- overvågning og kontrol samt kvalitetskontrol inden for folkesundhed, herunder indsamling af data og analyse af udviklingstendenser.

2. DANMARK

Ud over en række præventive aktioner, der gennemføres af den offentlige sundhedssektor, bygger den danske forebyggende politik på dokumentet "Den Danske Regerings Program til Fremme af Sundhed". I dette program, der blev offentliggjort i 1989, fik programmerne om kræft, cardio-vaskulære sygdomme, ulykker, psykiske problemer og muskel-led-sygdomme prioritet. Ud over disse prioriterede områder har Danmark særlige programmer vedrørende narkotika og AIDS samt astma og allergisygdomme.

Sundhedsministeriet er ansvarlig for koordineringen af samtlige aktioner på dette område, der gennemføres af regeringsorganer; man søger at integrere forebyggende arbejde i andre politikker, som gennemføres i Danmark. Med henblik på dette er der blevet oprettet en række koordinationsorganer, alle under forsæde af Sundhedsministeriet.

Med hensyn til finansiering implementeres de forebyggende foranstaltninger via skatteindtægter.

3. FORBUNDSREPUBLIKKEN TYSKLAND

Ansvar for sundhedsspørgsmål påhviler næsten udelukkende delstaterne, og bortset fra fælles programmer om kræft, AIDS og narkotika gennemfører delstaterne alle andre former for forebyggende aktioner og alle andre sundhedsrelaterede aktiviteter på et decentraliseret grundlag. Som støtte til de ovenfor nævnte aktiviteter vedtog Forbundsregeringen i 1993 et program om sundhedsforskning med titlen "Sundhedsforskning indtil år 2000". I dette program behandles spørgsmål vedrørende levevis, ernæring og miljø samt spørgsmål vedrørende risikogrupper som børn, unge, kvinder og ældre.

Der er blevet oprettet en række rådgivende organer på forbundsplan, der skal behandle spørgsmål vedrørende sundhed og forebyggelse. Det mest fremtrædende af disse er Forbundssundhedsrådet (Bundesgesundheitsrat). Rådet af eksperter fra sundhedssektoren rådgiver om samordnede aktioner, mens Forbundsrådet om sundhedsforskning rådgiver om forskningsmæssige spørgsmål. Der findes endvidere en række andre rådgivende grupper og ekspertgrupper for bestemte sygdomme.

Det forebyggende arbejde finansieres af skatteindtægter fra forbundsstaten, delstaterne samt kommunerne, af bidrag til sygesikringer, bidrag fra firmaer og af forskellige andre kilder.

4. GRÆKENLAND

Forebyggelsespolitikken i Grækenland følger retningslinjerne i WHO's "Sundhed for alle i år 2000", idet der lægges vægt på udvælgelse af prioriterede områder og inddragelse af og samarbejde med offentlige og private organer. De prioriterede områder på nuværende tidspunkt omfatter kræft, AIDS, cardiovaskulære sygdomme, forsyning med blod og blodprodukter, blodrelaterede arvelige sygdomme, ulykker, narkotika, psykiske sygdomme og infektiøse sygdomme.

Indsatsen mod kræft, der støttes af Fællesskabet, fokuserer på ernæring, tobak og screeningprogrammer samt på udvikling af et nationalt cancerregister. Bekæmpelsen af AIDS sker navnlig via særlige programmer for informationsøgning og social bistand. Der er gjort en særlig indsats for at fremme frivillig blodafgivelse, idet det afgivne blod obligatorisk kontrolleres for hepatitis B og C samt for HIV, og der lægges ligeledes vægt på forebyggelse af thalassæmi og hæmofili. Der lægges øget vægt på samarbejde og anvendelse af information om trafikulykker, ulykker i hjemmet og i fritiden med henblik på forebyggelse, og programmer om sundhedsundervisning er blevet lanceret ved hjælp af den såkaldte "Health Promoting School" (den sundhedsfremmende skole). Indsatsen mod infektiøse sygdomme omfatter systematisk vaccination og obligatorisk notifikation samt ad hoc-foranstaltninger f.eks. i forbindelse med tuberkulose og malaria. Der findes en række sundhedsoplysnings- og uddannelsesaktioner samt foranstaltninger vedrørende hjælp i hjemmet for ældre. Endelig tillægges uddannelse af ansatte i sundhedssektoren i forebyggelse og i problemerne i forbindelse med migranter større betydning.

Sundhedspolitikken fastlægges af ministeriet for sundhed og social sikring efter konsultation af det centrale sundhedsråd, der består af eksperter fra alle professioner inden for sundhedssektoren. Der findes specialiserede halvstatslige agenturer og organer, som gennemfører foranstaltninger og programmer i forbindelse med visse sygdomme og sundhedsrisici.

Finansieringen af handlingsprogrammerne og forskningen sker hovedsageligt over sundhedsministeriets budget, men der ydes ligeledes bidrag fra beskattningen af tobaksprodukter og fra nationale kampagner.

5. SPANIEN

Målsætningerne for den generelle sundhedspolitik er opdelt i tre kategorier: fremme af sund levevis, forebyggelse af miljømæssige sundhedsrisici samt forbedringer inden for sundhedssektoren.

Med hensyn til fremme af en sund levevis sigter de offentlige foranstaltninger på sundhedsområdet mod at begrænse rygning og dennes sundhedsskadelige virkninger, at tilskynde til motion, at begrænse de skadelige virkninger af alkohol, at begrænse narkotikamisbrug og afhængighed af skadelige stoffer, samt udarbejdelse af individuelt tilpassede kostplaner. Foranstaltningerne til forebyggelse af miljømæssige risici sigter mod at begrænse biologiske, fysiske og kemiske risici samt mod at forebygge risici under arbejdet og ulykker. Endelig omfatter forbedringerne af den medicinske behandling en udvidelse af den offentlig sundhedssektor, udvikling af den grundlæggende sundhedspleje, særlig pleje, pleje af mor og barn, udvikling af mundhygiejne, psykisk sundhedspleje, genoptræning og ældreplejeordninger. Særlige programmer til forebyggelse af bestemte sygdomme omfatter programmer om kardiovaskulære sygdomme, kræft, AIDS, ulykker og zoonose. Ud over disse programmer gennemføres der to horisontale programmer vedrørende fremme af sundhed og sundhedsundervisning.

Ansvar for gennemførelsen af de forebyggende politikker ligger på samtlige administrative planer: nationalt, regionalt og lokalt plan; endvidere bistår et antal rådgivende organer ved udformningen og gennemførelsen af de forskellige politikker. Der er fastsat lovbestemmelser for områder som vaccination, anmeldelsespligtige sygdomme, levnedsmiddelhygiejne, beskyttelse mod skadelige stoffer i luften, beskyttelse mod fysiske agenser og mod risici under arbejdet. Endvidere er der via en omfattende række lovbestemmelser fastsat regler for tobak, et forbud mod reklamer for tobak, advarsler om sundhedsskadelige virkninger, nikotin- og tjæreindhold, forbud mod salg til børn og begrænsninger eller forbud mod forbrug af tobak.

6. FRANKRIG

Den nationale politik for forebyggelse består af tre elementer: i) aktioner omfattende alle afgørende spørgsmål i forbindelse med sundhed; ii) medicinsk forebyggelse (vaccination, screening og profylakse); iii) aktioner rettet direkte mod særlige målgrupper (skoleelever, ældre, gravide, handicappede og unge med tilpasningsvanskeligheder).

I 1991 nedsatte sundhedsministeren et udvalg på højt niveau for folkesundhed, der har til opgave at rådgive om spørgsmål vedrørende folkesundhed og politikken på dette område. Dette udvalg er nu i færd med at omforme politikken for folkesundhed på grundlag af WHO's sundhed for alle-strategi. Ud over dette udvalgs arbejde udføres aktioner vedrørende forebyggelse og sundhed af særlige rådgivningsorganer og af lokale myndigheder.

Lovbestemte forpligtelser omfatter følgende områder: vaccination, lægeundersøgelser: før indgåelse af ægteskab, under graviditet og post-natale undersøgelser for mor og barn, narkotikamisbrug, reklamer for tobak og alkohol samt anmeldelse af smitsomme sygdomme.

Forebyggende programmer vedrørende specifikke sygdomme og sundhedsrisici omfatter AIDS, narkotika og narkotikamisbrug, tobak og alkohol, anvendelse af farmaceutiske produkter, STD's, forebyggende screening mod kræft samt tandpleje. Generelle forebyggende programmer henvender sig til ældre, kvinder, unge, handicappede og omfatter endvidere integration af sundhedsaspekter i byplanlægning og i skoler.

Med hensyn til finansiering implementeres de forebyggende aktioner ved en kombination af skatteindtægter og bidrag fra sygesikringsordninger.

7. IRLAND

Målene for den nationale forebyggende politik omfatter forebyggelse af smitsomme sygdomme, tidlig opdagelse af sundhedsskader hos børn, en betydelig forbedring af niveauet for tandpleje, begrænsning af forekomsten af sygdomme, der skyldes rygning, alkoholmisbrug og andre levevis relaterede faktorer.

Den irske regering vedtog i 1988 en politik, der sigter mod fremme af sundhed og indførte nye strukturer til sundhedsfremme, herunder et underudvalg under regeringen om sundhedsfremme for således at skabe en effektiv mekanisme, der gør det muligt, at politiske beslutninger, der får konsekvenser for folkesundheden, kan blive truffet på grundlag af et sundhedsaspekt. Forebyggende aktioner omfatter i Irland vaccinationsprogrammer, anmeldelsespligt, diagnose og hospitalsbehandling af smitsomme sygdomme, overvågning af tuberkulose, cervikal screening, maternitet, sundhedspleje hos børn og børns sundhedstilstand, tandpleje, AIDS, narkotika- og tobaksmisbrug.

Ved udgangen af 1993 vil sundhedsministeriet forelægge en national sundhedsstrategi, der især vil omfatte en strategi for fremme af sundhed, en oversigt over sundhedssituationen i Irland i dag, fastlæggelse af nationale mål og mål for specifikke forbedringer samt en strategi til opnåelse af disse mål.

8. ITALIEN

De forebyggende aktioner i Italien er især koncentreret om fire emnegrupper. Miljø og sundhed, levevisrelaterede problemer, sundhedsbeskyttelse under arbejdet samt forebyggelse af smitsomme sygdomme.

Med hensyn til miljø og sundhed udføres arbejdet i stadig større omfang af det europæiske center for miljø og sundhed, der blev oprettet ved en gensidig aftale mellem WHO's regionalcenter for Europa og den italienske regering. Med hensyn til levevisrelaterede sygdomme er den italienske politik koncentreret om ernæring, rygning, narkotika og AIDS. Med hensyn til sundhedsbeskyttelse under arbejdet fastsættes der i den grundlæggende lov (nr. 46 af 5. marts 1990) bestemmelser for sundhed og sikkerhed i forbindelse med tekniske installationer, udstyr, substanser samt bygninger. Denne lov er blevet suppleret med dekret om omsættelse af EF-direktiver byggende på artikel 118A i EØF-Traktaten. Med hensyn til forebyggelsen af smitsomme sygdomme har Italien i løbet af de seneste to år indført et nyt system med forebyggelse og anmeldelse af sådanne sygdomme. Dette nye system indebærer, at sådanne sygdomme bedre kan identificeres, samtidig med at der på et tidligere tidspunkt sikres en hurtig udveksling af informationer til og fra sundhedsministeriet, således at der om nødvendigt kan træffe øjeblikkelige foranstaltninger og udveksles informationer med internationale sundhedsorganisationer.

Ansvar for de forebyggende aktioner påhviler en række institutioner, navnlig sundhedsministeriet, den nationale sundhedstjeneste, lokale sundhedsmyndigheder og narkotikabekæmpelsesinstitutionerne.

9. LUXEMBOURG

Siden 1970'erne har forebyggende aktioner været integrerede elementer i den generelle sundhedssektor i Luxembourg. Dette blev tydeligt ved reorganiseringen af regeringens sundhedstjeneste i 1980, hvor der blev oprettet særlige afdelinger med henblik på forebyggende arbejde. De vigtigste programmer er programmerne vedrørende narkotika, tobak, alkohol og hjerte-kar-sygdomme samt kræft. Ud over dette har man iværksat et særligt program til fremme af sund ernæring og sund levevis.

De forebyggende aktioner koordineres af sundhedsministeriet, de øvrige ministerier deltager ligeledes i den generelle indsats på sundhedsområdet. Forebyggende aktioner har siden juni 1992 været omfattet af en ændret lov om forsikring ved sygdom og sundhedssektoren. Bortset fra bestemmelserne i denne lov har Luxembourg endnu ikke udarbejdet et særligt og omfattende program for forebyggelse.

10. NEDERLANDENE

Den forebyggende politik bygger i Nederlandene på en række forskellige programmer. Sygdomsforebyggelsen består i nationale vaccinationsprogrammer, screeningprogrammer for livmoderhalskræft og brystkræft samt rådgivningstjenester for mødre og børn. Systematisk uddannelse i forebyggende arbejde er i dag ved at blive indført, især for alment praktiserende læger. Aktioner inden for helbredsfrømme omfatter en lang række aktiviteter som nationale sundhedsundervisningskampagner, konferencer vedrørende undervisning i sundhedsspørgsmål i skoler og på arbejdspladsen, psykisk sundhed især for risikogrupper som ældre, fraskilte, børn, osv. Sundhedsundervisningen er endvidere koncentreret om alkohol, tobak og narkotika. Tværsektoriale aktioner gennemføres inden for arbejdsmiljø, især vedrørende sikkerhed og sundhed under arbejdet, osv.

De forebyggende aktioner gennemføres af nationale specialiserede institutioner, kommunernes sundhedstjenester, regionale tjenester for psykisk sundhed, regionale afvænningsprogrammer og af ansatte inden for den grundlæggende sundhedspleje.

Sygdomsforebyggelse finansieres via forsikringsordninger.

11. PORTUGAL

Målet på mellemlang sigt for forebyggelsesstrategien i Portugal er at forbedre niveauet for folkesundhed ved hjælp af kampagner mod kræft, narkotika, AIDS og ved forebyggelse af slagtilfælde samt hjerte-kar-sygdomme, forebyggelse af ulykker i almindelighed, forebyggelse af selvmord og forbedret hjælp til ældre, børn og unge. Endvidere forsøger man i den generelle planlægning af forbedre vilkårene inden for sundhedssektoren samt dennes funktion ved at øge antallet af senge til kronisk syge, ved at forbedre eller udskifte institutioner inden for sundhedssektoren, ved at tage skridt til en rationalisering på området menneskelige ressourcer og ved fremme en bedre fordeling af personalet inden for sundhedssektoren. Sundhedsministeriet gennemføre specifikke programmer vedrørende: kontrol med diabetes mellitus og hypertension, vaccination, sundhedspleje hos børn og unge, maternal pleje, oralsundhed, sundhed i skolen, sundhedsundervisning, et nationalt projekt vedrørende kræft, forebyggelse af narkotikamisbrug og AIDS.

Forebyggelsespolitikken koordineres i Portugal af sundhedsministeriet og er nedfældet i den portugisiske lov om den nationale sundhedstjeneste. Sundhedsministeriet bistås af det nationale sundhedsråd, der er sammensat af repræsentanter fra alle grupper, der beskæftiger sig med sundhedsbeskyttelse. Det nationale sundhedsråd udarbejder henstillinger vedrørende den generelle sundhedsstrategi og bistås af en lang række rådgivende organer.

12. DET FORENEDE KONGERIGE

Forebyggelsespolitikken i Det Forenede Kongerige består af følgende fire dele:

- screening og vaccinationsprogrammer omfattende screening for bryst- og cervicalkræft samt vaccination af børn mod difteri, tetanus, kighoste, polio, mæslinger, fåresyge, røde hunde, BCG (calmette) og HIB;
- særlige sundhedsinitiativer som f.eks. "Sundhed i Det Forenede Kongerige"-initiativet, der blev iværksat i juli 1992, og som vedrører fem nationale prioriteter og 27 målområder. De prioriterede områder omfatter coronare hjertesygdomme og slagtilfælde, kræft, psykiske sygdomme, ulykker og HIV-AIDS samt seksuel sundhed (herunder familieplanlægning). Gennemførelsen af dette initiativ skal bygge på et engagement fra alle regeringsinstitutioner, på opbyggelse af sundhedsalliancer på nationalt og lokalt plan, på foranstaltninger inden for passende rammer og på en forbedret sundhedsovervågning samt evaluering af virkningerne heraf;
- sundhedsfremme og sundhedsaktiviteter. Som led i den nationale sundhedsstrategi opstillede man de prioriteter, der gælder for det arbejde, der udføres af myndigheden med ansvar for sundhedsundervisning både på nationalt og på lokalt plan, for sundhedsfremme som et særligt element i lægers ansættelseskontrakter og for omfattende sundhedsfremmende arbejder, der udføres af den enkelte sundhedstjeneste. Andre forebyggende foranstaltninger vedrører især rygning, alkohol, narkotikamisbrug, ernæring, familieplanlægning samt tandpleje;
- foranstaltninger med henblik på et sundt miljø og folkesundhed omfatter aktioner vedrørende lægemidlers sikkerhed, forbrugsvarer og miljø, fremme af levnedsmiddelhygiejne på nationalt og lokalt plan samt kontrol med og overvågning af smitsomme sygdomme.

BILAG II

FÆLLESSKABSPOLITIKKER OG INSTRUMENTER MED DIREKTE RELEVANS FOR SUNDHEDSBESKYTTELSE

1. OVERSIGT OVER AKTIONERNE PÅ DETTE OMRÅDE

Sundhed og miljø

Den snævre forbindelse mellem de miljømæssige aspekter i forbindelse med folkesundhed og nødvendigheden af regeringsindgreb var allerede en fastslået kendsgerning i Europa ved udgangen af det forrige århundrede, hvor der allerede blev indledt aktioner på internationalt plan. Fællesskabets indsats for at "bevare, beskytte og forbedre kvaliteten af miljøet" og således "at bidrage til beskyttelse af menneskets sundhed" er en fortsættelse af denne internationale indsats, der på grund af EF's lovgivningsbeføjelser og økonomiske midler til at bistå ved gennemførelsen har fået større virkning og større effektivitet. Det sidste omfattende udtryk for Fællesskabets aktiviteter på miljøområdet er "Mod En Bæredygtig Udvikling", Det Europæiske Fællesskabs Program for Politik og Handling i Forbindelse med Miljøet og Bæredygtig Udvikling (KOM(92) 23 endelig udg., bind II), der blev vedtaget af Rådet den 1. februar 1993. Dette program indeholder en række yderligere forslag til forbedring af kvaliteten af vand, luft og jord, til kontrol med farlige stoffer og industriaktiviteter samt til overvågning af stråling og kontrol med forurening og bortskaffelse af affald.

Sikkerhed og sundhed under arbejdet

Vedtagelsen af Fællesakten (1986) og indsættelsen af artikel 118a medførte et stort opsving for Fællesskabets indsats med henblik på forbedring af arbejdstagernes sikkerhed og sundhed og begrænsning af risici for under arbejdet at være udsat for kræftfremkaldende stoffer og andre farlige stoffer. Fællesskabets indsats på dette område har sin oprindelse i ønsket om at forbedre arbejdsvilkårene, som det blev fastsat i Traktaten om Oprettelse af Det Europæiske Kul- og Stålfællesskab (april 1951), og som styrket ved de sociale bestemmelser (afsnit III) i EØF-Traktaten og bestemmelserne om foranstaltninger til sundhedsbeskyttelse i EURATOM-Traktaten. Fra 1977 og fremefter, især i 1980, blev der vedtaget vigtige foranstaltninger. Det afgørende skridt for Fællesskabets indsats blev imidlertid taget i 1989, da man vedtog et rammedirektiv (89/391/EØF) om forbedring af arbejdstagernes sikkerhed og sundhed under arbejdet. Et stort antal efterfølgende fællesskabsforanstaltninger er blevet vedtaget inden for rammerne af dette direktiv, der gjorde Fællesskabet til den drivende kraft inden for spørgsmål vedrørende sikkerhed og sundhed på arbejdspladsen. Nogle af disse foranstaltninger er snævert tilknyttet Fællesskabets folkesundhedsforanstaltninger inden for toksikologi og centre til behandling af forgiftninger⁽¹⁾.

(1) Resolution vedtaget af Rådet og medlemsstaternes sundhedsministre forsamlet i Rådet om forbedret forebyggelse og behandling af akutte forgiftninger hos mennesker (90/C 329) af 3. december

Sund ernæring er forudsætningen for en sund befolkning

Behovet for, at fødevarer skal være sikre, ikke forgiftede og sunde førte til fytosanitær kontrol samt veterinærkontrol og medførte endvidere krav vedrørende levnedsmidlers sammensætning, anvendelsen af konserveringsstoffer, tilsætningsstoffer, osv. og et krav om informativ etikettering. Disse spørgsmål har allerede siden 1962 været genstand for en række foranstaltninger på Fællesskabets indre marked. Senere (fra midten af 1980'erne og fremefter) har man i forbindelse med fremme af sundhed vist voksende interesse for levnedsmidlernes næringsværdi og for tilsætningsstoffer. Den nuværende politik for folkesundhed sigter mod at undgå levnedsmidler, som kan have tilknytning til alvorlige sygdomme som f.eks. kræft og hjerte-kar-sygdomme og mod at hjælpe borgerne, via sundhedsundervisning og etikettering med klare oplysninger om sammensætningen af levnedsmidler, til at vælge deres ernæring med omhu. Med henblik på dette har Kommissionen iværksat en omfattende ernæringsundersøgelse som led i programmet "Europa mod Kræft" (2).

Forbrugerbeskyttelse

Befolkningen har også behov for beskyttelse mod andre produkter og mod mulige skadevirkninger af en række tjenesteydelser. Disse produkter omfatter ikke kun medicinske produkter som lægemidler⁽³⁾ og lægeudstyr⁽⁴⁾, men også den store mængde af potentielt farlige varer, der findes på markedet. Fællesskabets foranstaltninger på det indre marked til sikring af et højt niveau for sundhedsbeskyttelse på disse punkter rækker fra generelle direktiver baseret på den "nye metode" om medicinske anordninger, personlige værnemidler, maskiner, legetøj⁽⁵⁾ samt direktiver og foranstaltninger vedrørende forbrugeroplysning, produktsikkerhed i almindelighed og overvågning i forbindelse med ulykker⁽⁶⁾.

Forskning og informationsteknologi

Forskningsresultater vedrørende årsagerne til og overførsel af sygdomme samt metoder til at forebygge disse, herunder anvendelse af moderne informationsteknologi, er grundlaget for udviklingerne i politikken for folkesundhed. Fællesskabets fortsatte forskningsprogrammer inden for lægevidenskab og sundhed har siden begyndelsen i 1978 som et væsentligt aspekt også omfattet forebyggelse af sygdomme. Det igangværende bionet-program indeholder lignende bestemmelser. Fællesskabets informations-teknologi, telematikprogrammer og pilotprojekter, der ofte gennemføres i samarbejde med WHO og Europa-Rådet, har omfattet overvågning af medfødte sygdomme, anvendelsen af informatik i lægevidenskab (AIM), beskyttelsesforanstaltninger (statistikker, alarm på et tidligt tidspunkt, fødevarer-sikkerhed og overvågning af farmaceutiske produkter) samt epidemiologi.

Social beskyttelse

I henhold til forordning 1408/71/EØF giver ligestillingen af de sociale sikringsordninger forsikrede adgang til medicinsk behandling i alle Fællesskabets medlemsstater under visse betingelser (E 111-blanket).

- (2) Europæisk sonderende undersøgelse vedrørende cancer, ernæring og sundhed (EPIC) 1998/9 - 1998
- (3) Rådet direktiver 65/65, 75/318 og efterfølgende lovgivning.
- (4) Rådets direktiv 90/385/EØF af 20.6.1990 (EFT L 189 af 20.7.1990) og Rådets direktiv 93/42/EØF af 14.6.1993 (EFT L 169 af 12.7.1993).
- (5) Rådets direktiv 92/59/EØF.

Anerkendelsen af retten til at få del i ordningerne til beskyttelse af den menneskelige sundhed uanset personlige midler er fastsat i Rådets henstilling 92/443/EØF om overensstemmelse mellem målene og politikken for social beskyttelse. Adgang til ordningerne til beskyttelse af menneskets sundhed udanset den enkelte borgers egne ressourcer kan sikres enten via forsikringsordninger, som er åbne for personer på alle indkomstniveauer uanset den individuelle risikoprofil, eller via gratis ydelse af behandling og forebyggelse inden for rammerne af en offentlig sundhedssektor.

Erhvervene inden for sundhedssektoren

Sundhedserhvervene og de ansatte ved statslige og ikke-statslige organisationer inden for sundhedssektoren spiller en afgørende rolle i forbindelse med rådgivning og information om fremme af folkesundheden og forebyggelse af sygdomme. Fællesskabets foranstaltninger med henblik på gensidig anerkendelse af erhvervskvalifikationer mellem medlemsstaterne og for udviklingen af samarbejde og uddannelse inden for den videregående undervisning og i uddannelsesinstitutioner har i denne forbindelse ydet et betydeligt bidrag. Dele af Fællesskabets programmer til bekæmpelse af kræft og AIDS er udformet således, at de vil fremme en forbedret uddannelse af det medicinske personale, der deltager i bekæmpelsen af disse sygdomme.

Sygdomsforebyggelse og fremme af sundhed

Fællesskabets aktiviteter inden for folkesundhed har siden midten af 1980'erne gået videre end til blot kontrol med, og beskyttelse mod risici i miljø og på arbejdspladsen, til nu at omfatte fremme og koordinering af foranstaltninger til bekæmpelse af alvorlige sygdomme og til fremme af sundhed.

Fællesskabets program til bekæmpelse af kræft (1987-1989) var det første program til forebyggelse af en alvorlig sygdom. "Europa mod Kræft"-programmet var koncentreret om aktioner på særlige områder som rygning, indtagelse af alkohol, spisevaner, udsættelse for kræftfremkaldende stoffer og sol. Programmet fremmede relevante screeningprogrammer og oplysningsarbejdet i forbindelse med konstatering af kræft på et tidligt stadium, og fremmede endvidere en 10 punkts europæisk kodeks mod kræft bestemt til den brede offentlighed. Fællesskabet vedtog under anvendelse af bestemmelser vedrørende det indre marked lovgivningsforanstaltninger om tobak for at forbedre og kontrollere etikettering af tobaksvarer samt om tjæreindholdet i cigaretter. Man vedtog en henstilling om rygning på offentlige steder og for øjeblikket drøftes et direktiv om forbud mod reklamer for tobaksvarer. Et yderligere program til bekæmpelse af kræft blev vedtaget som fortsættelse af det første program for perioden 1990-1994, og som halvvejs i programmets gennemførelse har vist sin værdi og effektivitet, sin programskabende karakter og muligheden for via partnere på alle niveauer at fremkalde en øget bevidstgørelse.

Andre omfattende programmer inden for folkesundhed fulgte hurtigt i takt med, at politisk pres og udviklingen inden for sundhedssektoren nødvendiggjorde fællesskabsaktioner. Programmet "Europa mod AIDS"

(1991-1993) omfatter 10 hovedaktionsområder. Ligesom det var tilfældet med "Europa mod Kræft" var sigtet med en række aktioner en øget bevidstgørelse af offentligheden, forbedret sundhedsundervisning og sammenkædning med Fællesskabets forskningsprogrammer. Nye elementer blev tilføjet i relation til denne sygdoms særlige karakter, herunder social støtte og rådgivning, skøn over omkostningerne i forbindelse med HIV-infektion samt en indsats til bekæmpelse af diskriminering af HIV-smittede personer. Som følge af Rådets evaluering af aktionerne under dette program, og i forventning om ikrafttrædelse af Traktaten om Den Europæiske Union, har Rådet og sundhedsministrene ønsket at forlænge programmet til udgangen af 1994.

Den europæiske plan til bekæmpelse af narkotikamisbrug indeholder et særligt element, der står i forbindelse med aktionerne inden for folkesundhed til begrænsning af efterspørgslen efter narkotika. Udveksling af informationer, en øget bevidstgørelse af offentligheden og støtte til pilotprojekter inden for forebyggelse indgår som elementer i denne plan. En europæisk uge til forebyggelse af narkotikamisbrug er et vigtigt middel til at fremme samarbejde og bevidstgørelse.

For at offentligheden skal have kendskab til og kunne reagere på retningslinjer som Det Europæiske Kodeks mod Kræft er et støtteprogram om fremme af sundhed og undervisning samt relevant information nødvendig. I WHO's program "Sundhed for alle i år 2000" blev dette fremhævet, og i Fællesskabets initiativer om sundhedsundervisning, der er iværksat af både undervisnings- og sundhedsministrene, indgår dette spørgsmål. Oplysningskampagner med henblik på at få befolkningen til at ændre adfærd er ligeledes blevet iværksat inden for rammerne af Fællesskabets programmer til bekæmpelse af kræft og AIDS samt som led i aktionerne vedrørende narkotikamisbrug.

Andre aspekter

Fællesskabets aktiviteter vedrørende folkesundhed indeholder naturligvis også andre aspekter. Aktioner med henblik på at fremme graden af selvforsyning med menneskeblod eller plasma på grundlag af frivillige og vederlagsfrie blodafgivelser med henblik på at udvikle fremstillingen af blodprodukter af det afgivne blod er gode eksempler herpå. Ligeledes er der blevet gennemført aktioner inden for toksikologi med henblik på sundhedsbeskyttelse, aktioner til at forbedre forebyggelse og behandling af akutte forgiftninger hos mennesker, aktioner med henblik på at udvikle et europæisk sygesikringskort samt på en række andre områder, der ikke kun vedrører folkesundhed, men som indgår som elementer i andre fællesskabspolitikker.

2. FORTEGNELSE OVER FÆLLESSKABSINSTRUMENTER, DER ER AF DIREKTE BETYDNING FOR SUNDHEDSBESKYTTELSEN

> EØF-Traktaten:

(1951-1957): implicit anerkendes planer for folkesundhed, idet der refereres til "en hurtigere højnelse af levestandarden" - mange artikler er indirekte af relevans for sundhedsbeskyttelse.

> **EURATOM-Traktaten:**

(1957): følgende bestemmes i Traktaten:

- i Fællesskabet indføres grundlæggende normer til beskyttelse af befolkningens og arbejdstagernes sundhed mod de farer, som er forbundet med ioniserende stråling (kap. III);
- sikkerhedskontrol og uddannelse af inspektører (kap. VII);
- indgåelse af aftaler eller overenskomster med en international organisation eller tredjelande (kap. X).

> **Ved vedtagelsen af Fællesakten:**

(1986): blev der skabt et juridisk grundlag for sundhed, sikkerhed og miljøbeskyttelse samt forbrugerbeskyttelse: artikel 100a, stk. 3, artikel 118a (beskyttelse af arbejdstagernes sikkerhed og sundhed); miljø (artikel 130r, 130s, 130t).

> **Sikkerhed og sundhed under arbejdet:**

(1977-1978): vedtagelse af Rådets første direktiv om sikkerhedsskiltning og direktivet om vinylchloridmonomer (byggende på artikel 100 i EØF-Traktaten).

1980: Rådets direktiv om beskyttelse af arbejdstagerne mod farerne ved at være udsat for kemiske, fysiske og biologiske agenser (artikel 100).

1989: Vedtagelse af rammedirektiv 89/391/EØF om de væsentligste aspekter i forbindelse med sikkerhed og sundhed under arbejdet (artikel 118a) samt 12 andre direktiver om særlige aspekter i forbindelse med sikkerhed og sundhed under arbejdet.

> **Miljø:**

EØF-Traktaten: artikel 100r, artikel 100s, artikel 100t.

1) **Farlige stoffer, risiko i forbindelse med industrielle aktiviteter, bioteknologi osv.:**

1967: Rådets direktiv 67/548/EØF om klassificering, emballering og etikettering af farlige stoffer (EFT L 196 af 16.8.1967, s. 1).

1976: Rådets direktiv om begrænsning af markedsføring og anvendelse af visse farlige stoffer og præparater (EFT L 252 af 27.9.1976, s. 201).

1982: Rådets direktiv om risikoen for større uheld i forbindelse med en række industrielle aktiviteter (EFT L 230 af 5.8.1982, s. 1).

1993: Rådets direktiv om principper for vurdering af risiko for menneske og miljø udgående fra farlige stoffer.

2) **Luft:**

1970: Rådets direktiv om luftforening forårsaget af udstødningsgas fra motorkøretøjer (EFT L 76 af 6.4.1970, s. 1).

1982: Rådets direktiv om grænseværdi for bly i luften (EFT L 378 af 31.12.1982, s. 15).

1985: Rådets direktiv om luftkvalitetsnormer for så vidt angår nitrogendioxid (EFT L 87 af 27.3.1985, s. 1).

3) Direktiver om affald (EFT L 194 af 25.7.1975, s. 39), spildevandsrensning (EFT L 135 af 30.5.1991, s. 40), forebyggelse af luftforurening fra kommunale affaldsforbrændingsanlæg (EFT L 163 af 14.6.1989, s. 32; EFT L 203 af 15.7.1989, s. 50).

4) Støj (motorkøretøjer, fly, byggepladser, husholdningsudstyr, osv.) (EFT L 43 af 23.2.1970, s. 16).

5) Vand (kvaliteten af drikkevand, badevand) (EFT L 347 af 17.12.1973, s. 1).

> **Forbrugerbeskyttelse**

Levnedsmidler

Lige siden 1962 har Rådet vedtaget direktiver om tilsætningsstoffer i levnedsmidler beregnet til menneskeføde (baseret på EØF-Traktatens artikel 100). I 1969 blev Den Stående Levnedsmiddelkomité oprettet. I 1974 blev Den Videnskabelige Komité for Levnedsmidler, der udarbejder fortegnelser over tilsætningsstoffer og betingelserne for disses anvendelsesområde, oprettet.

1985: Rådets direktiv om visse stoffer med hormonal virkning.

1989: Rådets direktiv om offentlig kontrol med levnedsmidler samt Rådets direktiv om indbyrdes tilnærmelse af medlemsstaternes lovgivning om levnedsmidler bestemt til særlig ernæring (byggende på artikel 100a, stk. 3, i EØF-Traktaten).

1990: Rådets direktiv om indbyrdes tilnærmelse af medlemsstaternes lovgivning om dybfrosne levnedsmidler.

Rådets direktiv om næringsdeklaration af levnedsmidler.

Rådets direktiv om plastmaterialer og plastgenstande bestemt til at komme i berøring med levnedsmidler.

Andre direktiver:

1988: Rådets direktiv om sikkerhedskrav til legetøj.

1989: Rådets direktiv om et fællesskabssystem for hurtig udveksling af oplysninger om farer i forbindelse med anvendelse af forbrugsgoder (artikel 235).

1991: Rådets direktiv om erhvervelse og besiddelse af våben.

1992: Rådets direktiv om produktsikkerhed i almindelighed.

> **Farmaceutiske produkter**

I 1965 vedtog Rådet det første direktiv om tilnærmelse af lovgivningen om medicinske specialiteter på grundlag af artikel 100 i EØF-Traktaten.

1975: Oprettelse af Udvalget for Farmaceutiske Specialiteter; Rådets direktiv vedrørende normer og foreskrifter vedrørende de kliniske undersøgelser af medicinske specialiteter.

1987: Rådets direktiv om indbyrdes tilnærmelse af medlemsstaternes foranstaltninger vedrørende markedsføring af højteknologiske lægemidler og Rådets direktiv om kliniske undersøgelser vedrørende markedsføring af medicinske specialiteter.

1989: Rådets direktiv 89/342/EØF om vacciner, Rådets direktiv 89/343/EØF om radioaktive lægemidler, Rådets direktiv 89/381/EØF om lægemidler fremstillet på basis af blod og Rådets direktiv 89/105/EØF om gennemsigtighed i prisbestemmelserne for lægemidler til mennesker (artikel 100a).

1991: Kommissionens direktiver om god fremstillingspraksis for lægemidler til mennesker og om kravene til testning af medicinalprodukter.

1992: Rådets direktiver om engrossalg, juridiske retningslinjer for levering og mærkning af samt reklame for lægemidler til mennesker (artikel 100a).

1993: Rådets forordning (EØF) nr. 2309/93 (artikel 235 i EØF-Traktaten) og Rådets direktiv 93/39/EØF og 93/40/EØF (artikel 100a) om oprettelse af et europæisk lægemiddelagentur og fastlæggelse af nye fællesskabsprocedurer for registrering af lægemidler til mennesker og dyr.

> **Fri bevægelighed for personer**

1964: Rådets direktiv 64/221/EØF om samordning af særlige foranstaltninger, som gælder for udlændinge med hensyn til rejse og ophold, og som er begrundet i hensynet til den offentlige orden, sikkerhed og sundhed (EØF-Traktatens artikel 56, stk. 2).

> **Medicinske og paramedicinske aktiviteter**

1975: - Oprettelse af Udvalget af Højtstående Embedsmænd inden for Sundhedsvæsenet.

- Direktiv om gensidig anerkendelse af eksamensbeviser for læger (EØF-Traktatens artikel 49, 57 og 66).

- Direktiv om samordning af bestemmelserne om virksomhed som læge (EØF-Traktatens artikel 49, 57, 66 samt 235)..

Fulgt af:

- Rådets direktiv om gensidig anerkendelse af eksamensbeviser for sygeplejersker (1977); for tandlæger (1978); for jordmødre (1980); for farmaceuter (1985) og for alment praktiserende læger (1986).

> **Medicinske anordninger**

Rådet har vedtaget adskillige direktiver om beskyttelse af personers sikkerhed og sundhed i forbindelse med markedsføring af medicinske anordninger:

- direktiv 84/539/EØF om elektriske apparater, der anvendes i læge- og dyrlægepraksis;
- direktiv 90/385/EØF om aktive, implantable medicinske anordninger;
- direktiv 93/42/EØF om medicinske anordninger.

BILAG III

KRAV OM SUNDHEDSBESKYTTELSE, DER INDGÅR SOM BÆRENDE ELEMENTER I ANDRE FÆLLESSKABSPOLITIKKER

* Samarbejde inden for lovgivning og indre anliggender:

Personkontrol ved Fællesskabets ydre grænser, indvandring, narkotika og Det Europæiske Narkotikaovervågningscenter og narkotikamisbrug.

* Borgernes rettigheder:

Tiltrædelse af Europa-Rådets konvention om menneskerettighederne. Beskyttelse af personlige data.

* Internationale anliggender:

- PHARE (handlingsplan for en samordnet bistand til Polen og Ungarn) samt TACIS (EF-Kommissionens program for faglig bistand til de nye uafhængige stater i det tidligere Sovjetunionen); afdelingen for narkotika - FN.

- Forbindelser til internationale organisationer: Europa-Rådet, WHO, FAO, OECD, IOM (den internationale organisation for indvandring), UNESCO, UNDCP (De Forenede Nationers program til international bekæmpelse af narkotikamisbrug), IAEA, FN.

- Godkendelse af Den Europæiske Farmakopé.

- Samarbejde med tredjelande: EFTA, landene i Central- og Østeuropa, Middelhavslandene, Latinamerika, Nordamerika, osv.

- Forhandlinger med ASEAN vedrørende illegal fremstilling af narkotika og psykotroper.
Overvågning af handel med narkotika og psykotroper i Fællesskabet og internationalt.

* Det indre marked:

Kvalitet, sikkerhed og hygiejne i forbindelse med levnedsmidler, alarmsystemer, etikettering, tilsætningsstoffer, farvestoffer, forurenende stoffer, interaktion mellem føde og sundhed, emballering.

Medicinsk udstyr, standardisering, f.eks. in vitro-diagnose, farmaceutiske produkter, kosmetiske produkter, narkotika og udgangsstoffer for narkotika.

Farlige stoffer og præparater, klassificering og etikettering, gødningsmidler, biocider.

Bestemmelser om kvalifikationer for de ansatte i sundhedssektoren.

* Konkurrence:

Lægemedelpriser, sociale sikringsordninger.

* Sociale anliggender:

Kvinder og sundhed, social beskyttelse, handicappede, ældre, indvandrere, fattigdom, beskyttelse af arbejdstagernes sundhed, Den Europæiske Socialfond.

* Undervisning og videreuddannelse:

ERASMUS, foranstaltninger for unge og ansatte i sundhedssektoren.

* Landbrug:

Planters kvalitet og sundhedstilstand, dyr og særlige afgrøder (frugt og grønsager, vin, alkohol, tobak, osv.); hygiejne i forbindelse med fisk, skaldyr, mælk, mejeriprodukter.

Fremme af forbruget af olivenolie, mejeriprodukter, frugt og grønsager.

Veterinær- og fytosanitær kontrol inden for og uden for Fællesskabet.

* Fiskeri:

Kvaliteten af produkter fra fiskeri og akvakulturer.

Fremme af forbruget af produkter fra fiskeri og akvakulturer.

Fremme af de sanitære forhold i forbindelse med produktion, forbrug og markedsføring af produkter fra fiskeri og akvakulturer.

* Transport:

Transportsikkerhed: forebyggelse af ulykker, især trafikulykker, der skyldes alkohol, database over ulykker.

* Udvikling:

Samarbejdsaktioner vedrørende reform af sundhedssektorerne samt programmer og støtteprojekter til udvikling på sundhedsområdet.

Kampagne mod AIDS.

Forsknings- og udviklingsprogrammer inden for videnskab og teknologi med henblik på udvikling, underprogrammer vedrørende lægevidenskab, sundhed og ernæring i tropiske og subtropiske områder.

* Kultur, kommunikation og information:

Borgernes Europa: foranstaltninger rettet mod unge, f.eks. narkotika, AIDS, sport.

* Miljø:

Nuklear sikkerhed og sundhedsbeskyttelse (EURATOM); beskyttelse mod andre fysiske agenser: støj, lavfrekvens elektromagnetiske bølger.

Kontrol med farlige kemiske stoffer og præparater; risici i forbindelse med bioteknologi og genetisk ændrede organismer.

Kontrol med udledning fra industrianlæg; håndtering af affald.

Kvaliteten af luft, jord, vand, drikkevand.

Beskyttelse af civilbefolkningen.

* Forskning:

Fællesskabets Referencebureau.

Nuklear sikkerhed; stråling, biologiske og sundhedsmæssige virkninger; vurdering af risici i forbindelse med naturlig og medicinsk stråling.

Bioteknologi "neurosciences".

BIOMED 1: analyse af menneskelige kromosomer; biomedicinsk etik; forskning vedrørende sundhedstjenester og teknologi og sygdomme betinget af levevis: AIDS, kræft, narkotika, høj levealder, kvalitetskontrol, det fjerde FTU-program: forebyggende og epidemiologisk forskning vedrørende sygdomme med en betydelig socio-økonomisk virkning samt genetiske sygdomme. Forskning vedrørende sundhedssektoren, evaluering af behov, undervisning og oplysning om sundhedsspørgsmål. Europæisk hjerneforskning.

* Telekommunikation og telematikprogram:

Telematikprogram anvendt i sundhedssektoren (AIM), forbedret sikring af kvalitet og effektivitet af terapeutiske og sociale foranstaltninger samt af de grundlæggende sundhedstjenester, ressourceforvaltning, røntgen/scanning, sundhedsjournaler, datakort over patienter under genoptræning osv. via resultaterne fra adskillige specifikke projekter, samordnet aktion og ledsagende foranstaltninger: RACE, ESPRIT, IMPACT, TIDE.

Telematikprogrammer for forvaltningen (ENS), CARE-projektet: hurtig og effektiv adgang til sundhedsstatistikker; overvågning af farmaceutiske produkter osv.

Retlig beskyttelse af data (Europa-Rådets henstillinger).

* Indirekte beskatning:

Destillerede og gærede drikkevarer, tobak.

* Turisme.

* Forbrugerbeskyttelse:

Sikkerhed i almindelighed i forbindelse med produkter og tjenesteydelser samt ansvar; EHLASS-projektet; fællesskabssystemet for hurtig udveksling af oplysninger; forbrugerinformation og undervisning.

* ECHO (Det Europæiske Kontor for Humanitær Nødbestand):

Humanitær nødbistand til ikke-medlemsstater.

* Social- og sundhedsstatistikker.

BILAG IV

BILAGE IV IDENTIFIKATION AF DE VÆSENTLIGSTE SUNDHEDSPROBLEMER I DET EUROPÆISKE FÆLLESSKAB

Sygdom / Sundhedsproblem	Standarddødelighed pr. 100.000 eller incidens pr. 100 000 (skøn)	Omkostninger for sundhedssektoren (samt andre omkostninger, f.eks. i forbindelse med fravær)	Praktiske muligheder for forebyggelse	Merværdi på fællesskabsplan (diverse muligheder for indgriben)	Alvorlige sygdomme (væsentligste sundhedsproblemer)	Tidligere fællesskabsaktion inden for folkesundhed
KRÆFT	337	***	***	****	****	****
Tyktarmskræft	29					
Lungekræft	42					
Mave- og tarmkræft	62					
Brystkræft	33					
Prostatakræft	19					
KREDSLØBSSYGDOMME	338	****	***	****	****	**
Hypertension	16					
Akut hjerteinfarkt	90					
Cerebrovaskulære sygdomme	90					
Iskæmisk hjertesygdom	137					
LUFTVEJSSYGDOMME		***	***	***	***	**
Bronkitis, emfysem, astma	17					
MEDFØDTE MISDANNELSER	5	***	****	***	*	**
Perinatale forhold	5	***	****	***	*	**
ULYKKER (herunder forgiftning)	51	****	****	****	****	**
Motorkøretøjsulykker	15					
Narkotika- og alkoholmisbrug		***	****	****	****	***
Muskel- Ledproblemer		****	***	***	***	**

**** = HØJ *** = GENNEMSITLIG ** = LAV * = INGEN

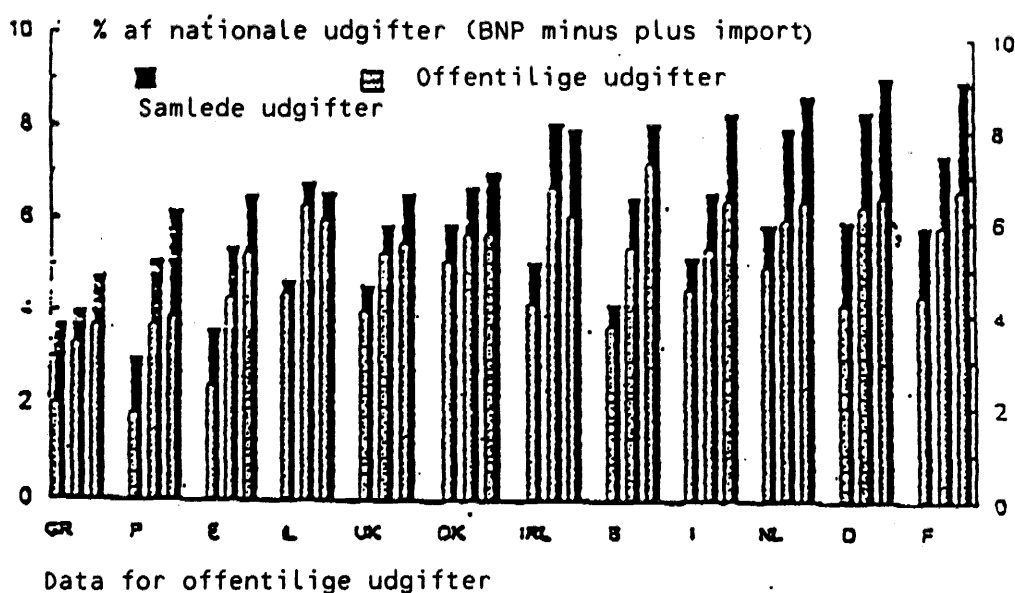
Sygdom / Sundhedsproblem	Standarddødelighed pr. 100.000 eller incidens pr. 100 000 (skøn)	Omkostninger for sundhedssektoren (samt andre omkostninger, f.eks. i forbindelse med fravær)	Praktiske muligheder for forebyggelse	Merværdi på fællesskabsplan (diverse muligheder for indgriben)	Alvorlige sygdomme (væsentligste sundhedsproblemer)	Tidligere fællesskabsaktion inden for folkesundhed
Visuelle problemer		**	**	*	*	*
Auditive problemer		*	**	*	*	*
Psyriske forstyrrelser		****	**	*	***	*
Selv mord	13					
Ernæringsbestemte sygdomme og tuberkulose		***	***	***	**	***
AIDS	2,41 (incidens)	***	****	****	***	***
Andre smitsomme sygdomme, f. eks. seksuelt overførte sygdomme og tuberkulose		***	****	****	***	***
BØRNESYGDOMME, f.eks. mæslinger	51 (incidens)	**	****	****	*	*
røde hunde	26 (incidens)					
andre børnesygdomme						
SJÆLDNE SYGDOMME, f. eks. thalassæmi, segl-cell anæmi, engelsk syge		*	***	***	**	*
SYGDOMME OVERFØRT VIA LEVNEDSMIDLER, f. eks. salmonellaforgiftning		**	****	****	***	*

**** = HØJ *** = GENNEMSNTLIG ** = LAV * = INGEN

BILAG V

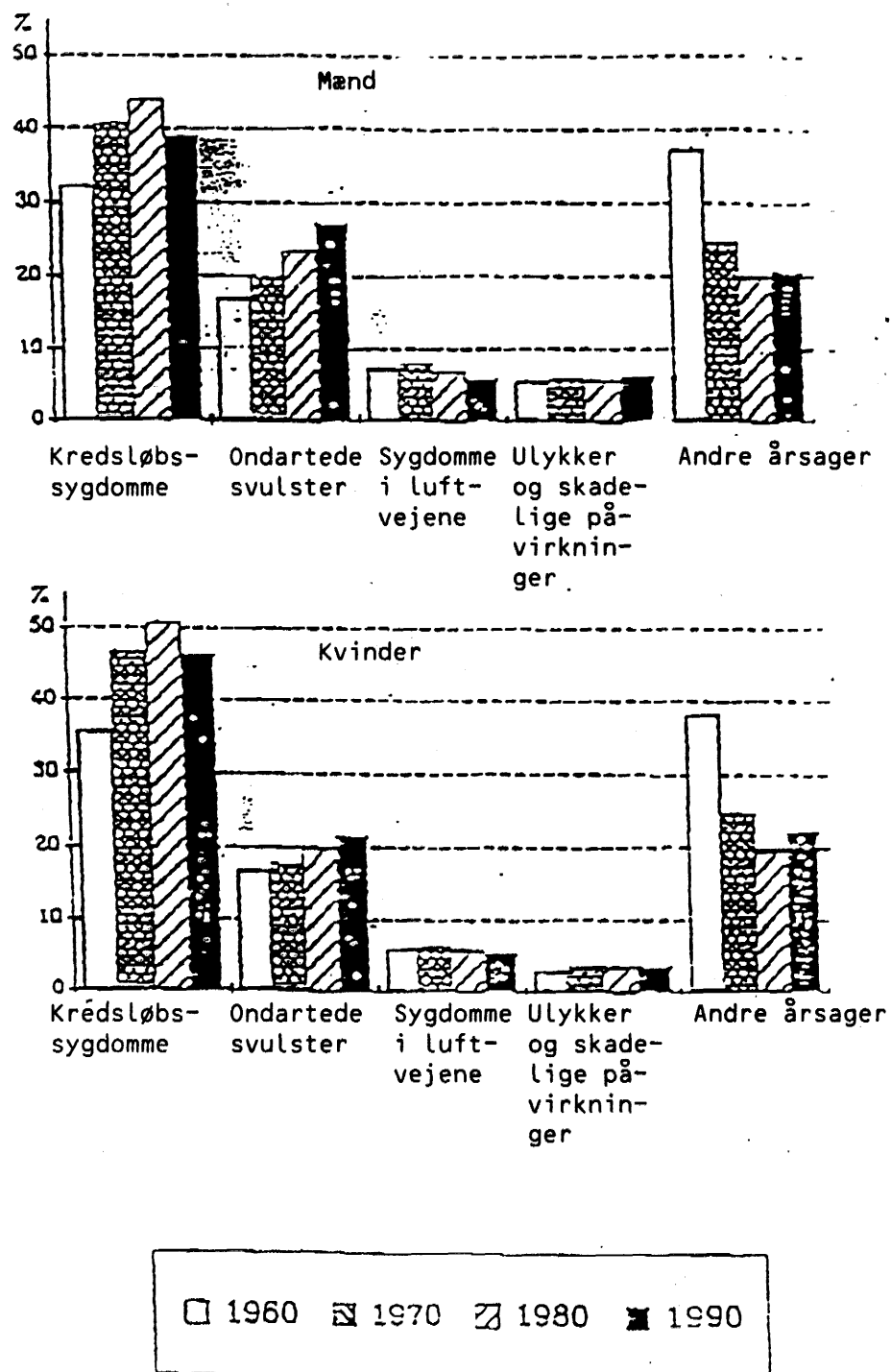
Statistiske data

SAMLEDE OG OFFENTLIGE UDGIFTER TIL SUNDHEDSVÆSENET I FORHOLD TIL DE
NATIONALE UDGIFTER I FÆLLESSKABET I 1970, 1980 OG 1991



FIGUR 1

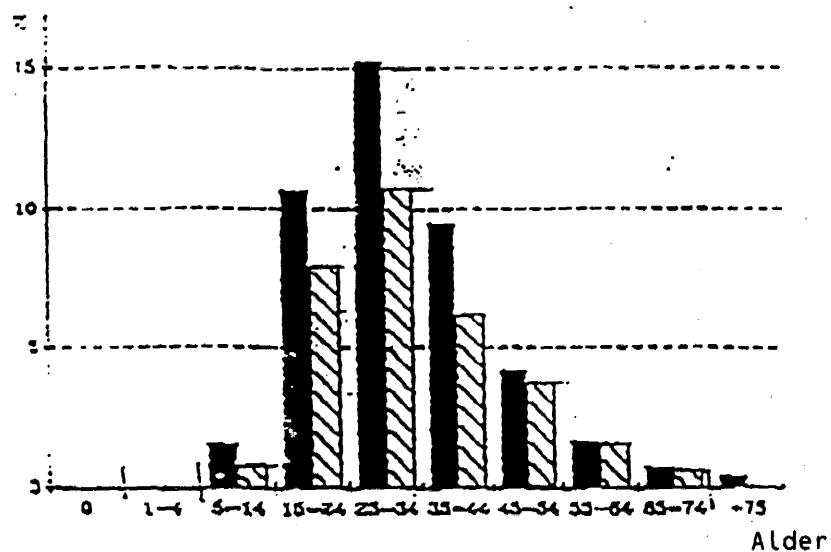
Tidsmæssig opsplitning af dødsårsager i EUR 12



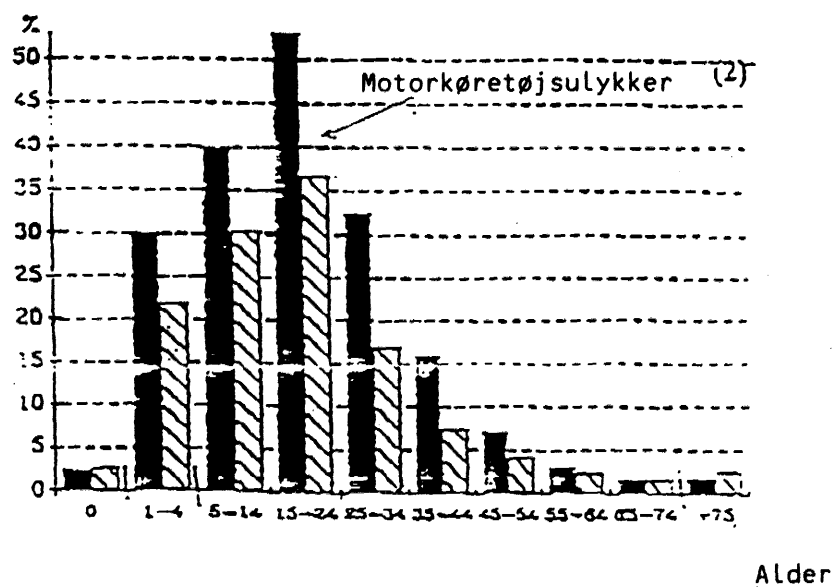
Figur 2

Dødsårsager opdelt efter alder - EUR 12 - 1989 (1)

Selv mord

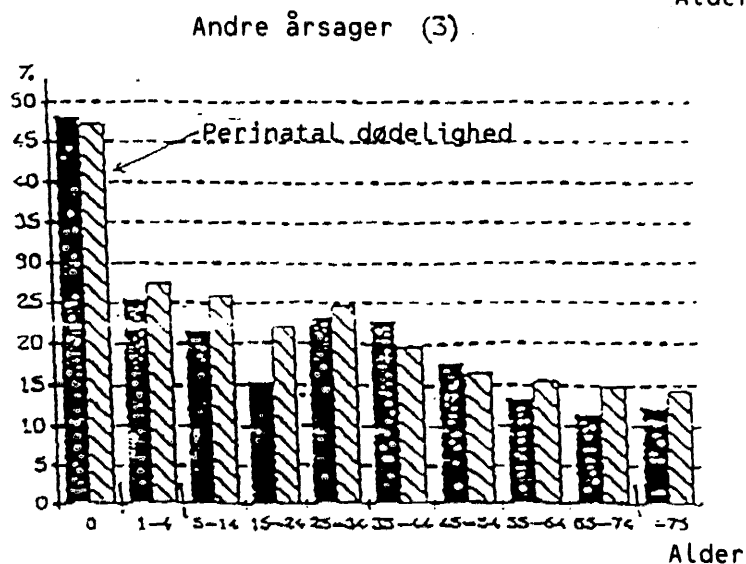
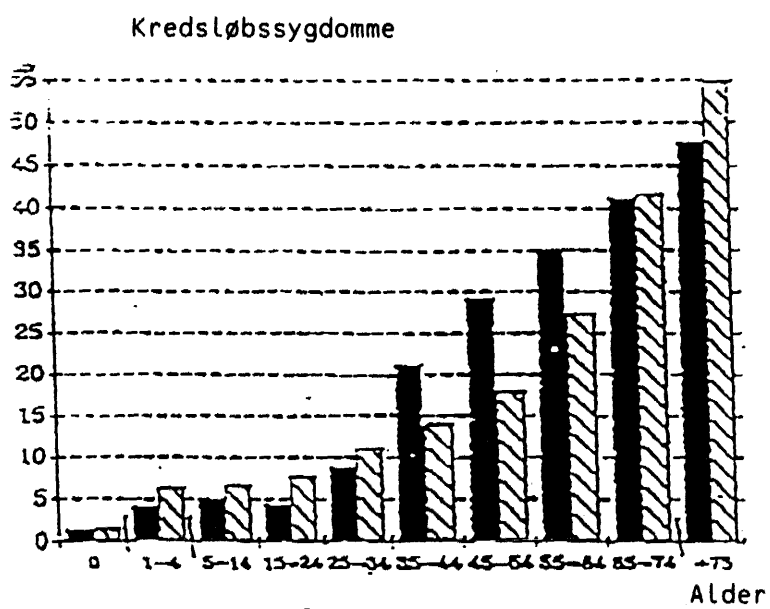
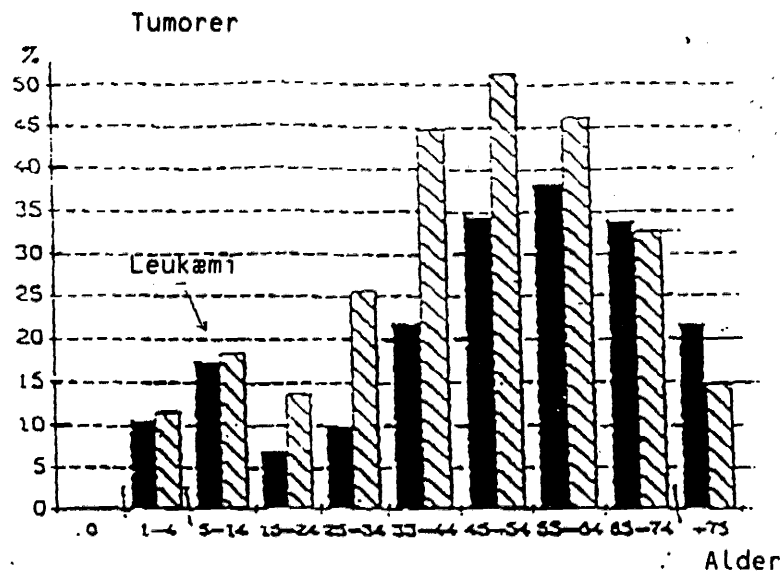


Ulykker



Mænd

Kvinder



- (1) Belgien 1986, Spanien 1987, Italien 1988.
- (2) I denne aldersgruppe er næsten samtlige ulykker trafikulykker.
- (3) Infektionssygdomme og parasitiske sygdomme, sygdomme i fordøjelsessystemet i det genital-urinale system, i nervesystemet, blodsygdomme, hudsygdomme, osv.

TABEL 5

VIGTIGSTE DØDSÅRSAGER OPDELT EFTER ALDER OG KØNI DET EUROPEISKE FÆLLESSKAB

Alder	Mænd	Kvinder
under 1 år	Hypoxi, asfyksi ved fødslen eller andre åndedrætsproblemer	Hypoxi, asfyksi ved fødslen eller andre åndedrætsproblemer
1-4 år	Motorkøretøjsulykke	Medførte anormaliteter i hjerte og kredsløb
5-9 år	Motorkøretøjsulykke	Motorkøretøjsulykke
10-14 år	Motorkøretøjsulykke	Motorkøretøjsulykke
20-24 år	Motorkøretøjsulykke	Motorkøretøjsulykke
28-29 år	Motorkøretøjsulykke	Motorkøretøjsulykke
30-34 år	Motorkøretøjsulykke	Selv mord
35-39 år	Selv mord	Brystkræft
40-44 år	Akut myocardi-infarkt	Brystkræft
45-49 år	Akut myocardi-infarkt	Brystkræft
50-54 år	Akut myocardi-infarkt	Brystkræft
55-59 år	Akut myocardi-infarkt	Brystkræft
60-64 år	Akut myocardi-infarkt	Brystkræft
65-69 år	Akut myocardi-infarkt	Akut myocardi-infarkt
70-74 år	Akut myocardi-infarkt	Akut myocardi-infarkt
74-79 år	Akut myocardi-infarkt	Akut myocardi-infarkt
80-84 år	Akut myocardi-infarkt	Akut cerebro-vaskulær sygdom
Over 85 år	Sygdomme i lungekredsløbet og andre cardiopatier	Sygdomme i lungekredsløbet og andre cardiopatier

Kilde: WHO

ISSN 0254-1459

KOM(93) 559 endelig udg.

DOKUMENTER

DA

05

Katalognummer : CB-CO-93-600-DA-C

ISBN 92-77-61140-5

Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer

L-2005 Luxembourg