

COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

COM(93) 559 def.

Brussel, 24 november 1993

Mededeling van de Commissie betreffende
het actiekader op het gebied van de volksgezondheid

**Mededeling van de Commissie betreffende
het actiekader op het gebied van de volksgezondheid**

INHOUD

SAMENVATTING

DEEL A

Achtergronden van het beleid ter zake van de volksgezondheid

I.	Inleiding	p.6
	a) De huidige uitdagingen op gezondheidsgebied in de Lid-Staten van de Europese Gemeenschap	p.6
	b) De omvang van het beleid ten aanzien van de volksgezondheid	p.8
II.	Gezondheidstoestand en trends in de Lid-Staten	p.9
	a) Sterfte	p.9
	b) Morbiditeit	p.10
III.	De basis voor communautaire actie	p.12
	a) Subsidiariteit	p.12
	b) Juridische grondslagen	p.13
	c) Behandeling in het verleden van gezondheidskwesties door de communautaire Instellingen	p.16

DEEL B

De aanpak van de Europese Gemeenschap

IV.	Selectie van de activiteiten	p.20
	a) Omvang van de mogelijke activiteit	p.21
	b) De middelen voor communautaire actie	p.22
	c) Selectie van de gebieden voor activiteiten	p.22
	(i) Selectiecriteria	p.22
	(ii) Ernstige bedreigingen voor de gezondheid, uitgezonderd drugs	p.23
	(iii) Drugverslaving	p.25
	(iv) Zeldzame ziekten	p.26
V.	Veroorzaking van ziekten	p.26
VI.	De aard en omvang van de betrokkenheid van de Gemeenschap	p.29
	a) Algemene aanpak	p.29
	b) Mechanismen voor overleg en participatie	p.32
	c) Ondersteuning van de acties van de Lid-Statens en bevordering van de coördinatie	p.32
	d) Voorlichting, educatie en gezondheidsbevordering	p.33
	e) Onderzoek	p.35
	f) Opleiding van gezondheidswerkers	p.36
	g) Samenwerking met internationale organisaties en derde landen	p.37
	(i) Internationale organisaties	
	(ii) Samenwerking met derde landen	
VII.	Toekomstige actie op het gebied van de volksgezondheid	p.40
Bijlage I	OVERZICHT VAN HET PREVENTIEBELEID VAN DE LID-STATEN	p.42
Bijlage II	COMUNAUTAIRE BELEIDSVORMEN EN INSTRUMENTEN DIE VAN DIRECT BELANG ZIJN VOOR DE GEZONDHEIDSBESCHERMING	p.49
Bijlage III	EISEN VOOR DE BESCHERMING VAN DE GEZONDHEID ALS INTEGREREND DEEL VAN VORMEN VAN COMMUNAUTAIR BELEID	p.56
Bijlage IV	IDENTIFICATIE VAN DE VOORNAAMSTE BEDREIGINGEN VOOR DE GEZONDHEID IN DE GEMEENSCHAP	p.59
BIJLAGE V	STATISTISCHE GEGEVENS	p.61

SAMENVATTING

In deze Mededeling wordt een uiteenzetting gegeven van de voorstellen van de Commissie ter bevordering van het werk van de Gemeenschap op het gebied van de volksgezondheid ten einde het doel te bereiken dat in het Verdrag betreffende de Europese Unie wordt genoemd, te weten: "de Gemeenschap draagt bij tot een hoog niveau van bescherming van de gezondheid" (artikel 129). Zij definieert een kader voor communautaire actie en beschrijft de rol van de Instellingen van de Gemeenschap en van de Lid-Staten. Zij stippelt een strategie uit voor actie, stelt vast over welke middelen de Gemeenschap beschikt om haar doel te bereiken en vermeldt de procedures voor evaluatie, herziening en overleg. Ten slotte worden er belangrijke actiegebieden voor de komende vijf jaar in geselecteerd.

De mededeling heeft twee delen. Het eerste deel beschrijft de achtergrond van het volksgezondheidsbeleid en het tweede de aanpak van de Europese Gemeenschap.

A. Achtergronden van het beleid ter zake van de volksgezondheid

Hoofdstuk I van het document verstrekt een overzicht van de voornaamste met de gezondheid samenhangende problemen en uitdagingen waarmee de Lid-Staten thans geconfronteerd. Deze problemen hebben betrekking op:

- de vergrijzing van de bevolking;
- de toenemende mobiliteit van de bevolking;
- wijzigingen in het milieu en in de arbeidsomstandigheden;
- de hoger gespannen verwachtingen ten aanzien van de gezondheid;
- de sociaal-economische problemen, in het bijzonder het maatschappelijk isolement.

Als gevolg van deze problemen wordt de druk op de Lid-Staten voor het verlenen van gezondheidsdiensten steeds groter en waarschijnlijk zal die druk in de toekomst verder toenemen.

Vervolgens wordt de omvang van het volksgezondheidsbeleid geschetst; tevens wordt uiteengezet hoe de activiteiten gericht op de onmiddellijke omgeving van de mensen hierbij betrokken worden. Daarnaast wordt de algemene context beschreven waarin zij leven. In bijlage I van de Mededeling wordt het beleid van de Lid-Staten op het gebied van de preventie en van de gezondheidsbevordering samengevat.

Hoofdstuk II geeft een beschrijving van de belangrijkste trends in de gezondheidstoestand in de Lid-Staten op basis van de beschikbare sterfte- en morbiditeitsgegevens. Uit de cijfers blijkt dat de laatste tientallen jaren de totale gezondheidstoestand aanzienlijk verbeterd is: de mensen leven langer; kanker en hart- en vaatziekten en voor jongeren ongevallen, zijn de voornaamste doodsoorzaken in de Gemeenschap. Er worden nog andere omstandigheden opgesomd die significante morbiditeit en sterfte produceren. In bijlage V worden uitgebreidere statistische gegevens verstrekt.

In hoofdstuk III wordt de basis uiteengezet voor communautaire actie inzake de volksgezondheid. Het beschrijft de toepassing op dit gebied van de principes voor subsidiariteit, doorzichtigheid en proportionaliteit; hierbij wordt er de nadruk op gelegd dat de kwesties van de financiering en de verstrekking van zorg en behandeling per Lid-Staat moeten worden opgelost.

De juridische grondslagen van de communautaire activiteiten op gezondheidsgebied worden geschetst (beleid, programma's en rechtsinstrumenten om deze uit te voeren staan in bijlage II en III genoemd). Vervolgens worden de bepalingen en de betekenis van artikel 129 uitgebreid behandeld. De voornaamste elementen van dit artikel zijn het accent op de preventie van ziekten, in het bijzonder de voornaamste bedreigingen van de gezondheid, waaronder de drugverslaving, het feit dat de gezondheidseisen in acht moeten worden genomen wanneer communautair beleid op andere gebieden wordt ontwikkeld en de plicht die op de Commissie rust om tezamen met de Lid-Staten hun beleid en hun programma's te coördineren.

Tenslotte schetst dit hoofdstuk nog het werk dat de Europese Raad, de Raad, het Europees Parlement en het Economisch en Sociaal Comité hebben verricht voor de ontwikkeling van het communautair volksgezondheidsbeleid.

B. De aanpak van de Europese Gemeenschap

In hoofdstuk IV wordt eerst uiteengezet welke omvang de eventuele communautaire actie op volksgezondheidsgebied heeft en wat de doelstellingen van een dergelijke communautaire actie zijn. Vervolgens wordt beschreven welke middelen aanwezig zijn voor het ondernemen van communautaire actie op dit terrein, inclusief de vaststelling van gemeenschappelijk doelstellingen en de oprichting van netwerken, de uitwisseling van gegevens en personeel, de verbetering van de gegevenssystemen, de financiële steun voor de programma's en projecten, de opstelling van een jaarverslag van de Gemeenschap over de gezondheid en de bijstand voor de inspanningen om de kosten te verlagen.

Er wordt vermeld welke principes gelden voor het identificeren van ziekten of bedreigingen voor de gezondheid. Bij de selectie moet worden nagegaan welke effecten de ziekten hebben op de gezondheidstoestand van de bevolking van de Gemeenschap en of op communautair niveau preventieve actie kan worden ondernomen (bijlage IV somt ernstige bedreigingen voor de gezondheid en de impact ervan op).

Op deze basis worden kanker, hart- en vaatziekten, ongevallen, AIDS en besmettelijke ziekten, drugverslaving en zeldzame ziekten geschikt bevonden als actiedoelen.

In hoofdstuk V over de veroorzaking van ziekten wordt opgemerkt dat het voor een effectieve profylaxe van essentieel belang is dat de oorzaken met een combinatie van maatregelen worden aangepakt. Belangrijke causale factoren, zoals roken en alcohol, worden vermeld, tezamen met gegevens over de trends in de Gemeenschap.

In hoofdstuk VI betreffende de aard en de omvang van de betrokkenheid van de Gemeenschap worden de algemene mechanismen toegelicht die de Commissie zal gebruiken om de beleidsdoelstellingen te bereiken. Voorrang zal worden verleend aan grootschalige projecten met grote impact en er zal gezondheidstoezicht worden uitgeoefend op andere communautaire programma's en vormen van beleid terwijl deze vaste vorm krijgen.

De soorten algemene mechanismen die zullen worden gebruikt worden in detail beschreven:

- Overleg en participatie. Er wordt gezorgd voor passende mechanismen om de Commissie van advies te dienen bij het uitstippelen en uitvoeren van activiteiten.

- Bevordering van programma- en beleidscoördinatie. Er zullen vergelijkingen, evaluaties en kosten-batenanalyses worden verricht en er zullen netwerken worden opgericht voor controle op de ziekten.
- Samenwerking met internationale organisaties en derde landen. De bestaande samenwerking met relevante internationale organisaties zoals de WGO zal worden uitgebreid, bij voorbeeld door hen specifiek werk te laten verrichten, door gezamenlijke programma's uit te voeren of door hun programma's te ondersteunen. Ten aanzien van derde landen zullen de bestaande bijstandsprogramma's worden opgevoerd en er zal worden nagedacht over verdere samenwerking met bepaalde landen, met name in Midden- en Oost-Europa.
- Voorlichting, educatie en gezondheidsbevordering. Een gecoördineerd programma voor gezondheidseducatie en bevorderingsmaatregelen zal worden opgesteld, dat zowel op causale factoren als op specifieke ziekten is gericht. Hierdoor wordt het werk dat al op bepaalde gebieden, bij voorbeeld die van AIDS en kanker wordt verricht, voortzetting.
- Onderzoek. Er zullen maatregelen worden getroffen om de banden met de communautaire onderzoekprogramma's zoals vastgesteld in het vierde kaderprogramma voor onderzoek en ontwikkeling nauwer aan te halen om ervoor te zorgen dat de behoefte aan onderzoek op gezondheidsgebied wordt bevredigd, om een strategie uit te stippelen voor onderzoek op volksgezondheidsgebied en om er zeker van te zijn dat de resultaten naar behoren worden verspreid.
- Opleiding van gezondheidswerkers. Om de doeltreffendheid van de rol van gezondheidswerkers bij de volksgezondheid te vergroten, zullen de bestaande cursussen worden geëvalueerd, zal de samenwerking bij andere worden bevorderd en zullen uitwisselingen van ervaringen en gegevens over onderwijs en opleiding worden gestimuleerd.

In hoofdstuk VII, betreffende de toekomstige actie op het gebied van de volksgezondheid, worden op basis van de argumenten in de voorafgaande hoofdstukken, de prioritaire gebieden voor communautaire actie op volksgezondheidsgebied genoemd. De voorgestelde gebieden bestrijken "horizontale" en ziekte-gerichte. Het zijn:

- Gezondheidsbevordering, -educatie, -voorlichting en -opleiding
- Gezondheidsgegevens en -indiatoren en controle en toezicht op ziekten
- Kanker
- Drugs
- AIDS en andere besmettelijke ziekten
- Ongevallen en letsel
- Met de verontreiniging samenhangende ziekten
- Zeldzame ziekten
- Andere bedreigingen voor de gezondheid (wanneer de onstandigheden dat vereisen).

Deze Mededeling is slechts een eerste stap in de richting van een voortdurende inspanning voor het ontwikkelen van beleid, programma's en individuele acties die bedoeld zijn om artikel 129 en andere artikelen in de Verdragen die op de gezondheidsbescherming betrekking hebben volledig ten uitvoer te leggen. Zij wordt gevolgd door een reeks programma's over elk van de hierboven genoemde onderwerpen. De Commissie hoopt dat zij discussies zal uitlokken, de aandacht zal helpen vestigen op de profylaxe en de gezondheidsbevordering, zoals dat het geval geweest is in de Lid-Staten over de gezondheidszorg en de behandeling en blijvende partnerships en netwerken zal doen ontstaan in een gemeenschappelijke inspanning om in de Gemeenschap een hoog niveau van bescherming van de gezondheid tot stand te brengen.

DEEL A

ACHTERGRONDEN VAN HET BELEID TER ZAKE VAN DE VOLKSGEZONDHEID

I. INLEIDING

1. In deze mededeling worden de voorstellen van de Commissie uiteengezet voor een actiekader op het gebied van de volksgezondheid in het licht van de ratificatie van het Verdrag betreffende de Europese Unie waardoor artikel 3 (0) en 129, met expliciete bepalingen inzake de volksgezondheid, zijn ingevoerd in het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap.

2. In wezen doet de mededeling vier dingen: in de eerste plaats vermeldt zij de belangrijkste gezondheidskwesties waarmee de Gemeenschap te maken heeft. In de tweede plaats zet zij uiteen hoe voor de communautaire acties prioriteiten kunnen worden gesteld. In de derde plaats beschrijft zij de soorten acties die mogelijk zijn en hoe deze passen in wat tot nu toe door de Gemeenschap en door de Lid-Staten ter zake van de volksgezondheid is gedaan, ook in andere communautaire programma's. Ten slotte wordt een aantal specifieke actieprogramma's voorgesteld.

3. Het is de bedoeling dat het voorgestelde kader dat in deze mededeling wordt uiteengezet, voortbouwt op de belangrijke bijdragen die de Raad, het Europees Parlement en het Economisch en Sociaal Comité hebben geleverd en op het werk van de Commissie. Het houdt ten volle rekening met alle principes voor communautaire actie die in het Verdrag betreffende de Europese Unie en in de andere Verdragen zijn vastgelegd.

a) De huidige uitdagingen op gezondheidsgebied in de Lid-Staten van de Europese Gemeenschap

4. De grote culturele, sociale en economische verscheidenheid van de Europese Gemeenschap betekent dat de verschillende Lid-Staten zich geplaagd zien voor allerlei verschillende problemen op het terrein van de gezondheidsbescherming. Maar er zijn ook verscheidene gemeenschappelijke problemen die op de gezondheid betrekking hebben en die in de Gemeenschap als geheel moeten worden aangepakt. Deze zijn:

- de bevolking vergrijsst. Het percentage mensen van 60 jaar en ouder neemt toe. Volgens één scenario stijgt het van slechts 17,5 % in 1980 tot 24 % in 2010. Deze toename betekent dat er geleidelijk grotere aantallen ouderen komen die een onevenredig gebruik van de gezondheidszorg maken, terwijl tegelijkertijd de last om deze te betalen op een naar verhouding kleinere beroepsbevolking komt te rusten. Aldus dreigt de behoefte aan gezondheidszorg groter te worden dan het vermogen of de bereidheid van de samenleving om daarin te voorzien. Daar komt nog bij, dat uit onderzoek blijkt dat ongeacht of landen nu een groter of een kleiner bedrag aan de gezondheidszorg besteden, het effect van de behandeling op de sterftcijfers van de bevolking kleiner is dan de kracht van de factoren die de incidentie van ziekten als kanker en hart- en vaatziekten beïnvloeden en dat de daling van de ouderdomssterfte gepaard gaat met een stijging van het aantal niet-behandelbare handicaps die thans onder ouderen veel voorkomen. Uit studies kan men ook afleiden dat het gemiddeld aantal jaren dat de mens gehandicapt leeft sneller is gegroeid dan het aantal jaren dat hij in gezondheid leeft.
- de bevolking wordt meer mobiel. De immigratie in de Europese Gemeenschap, de verwezenlijking van de interne markt en de algemene toename van het reizen en het toerisme, zorgen voor een steeds grotere onderlinge vermenging van de bevolkingen. Voor de gezondheid zijn de gevolgen van deze trend: de snellere

verspreiding van besmettelijke ziekten, de mogelijkheid van een groter drugmisbruik en de eventuele problemen bij het voorzien in de specifieke behoeften van migranten.

- ziekten die met veranderingen in het milieu en de arbeidsomgeving samenhangen. Een aantal gezondheidsproblemen wordt veroorzaakt door veranderingen in het milieu als gevolg van economische en technologische ontwikkelingen. De toename van het aantal gevallen van ziekten van de ademhalingswegen en bepaalde vormen van kanker kunnen met deze veranderingen in verband worden gebracht. Bovendien kan ook de invoering van nieuwe arbeidsmethoden en moderne machines en computers in de arbeidsomgeving tot problemen met de lichamelijke en geestelijke gezondheid leiden. Ook de omstandigheden die met stress en aandoeningen van het bewegingsapparaat verband houden nemen significant toe.

- de verwachtingen op gezondheidsgebied worden hoger gespannen. Bovenstaande factoren, die leiden tot een grotere vraag naar gezondheidszorg, gaan vergezeld van een toeneming van de verwachtingen van de mensen ten aanzien van wat de gezondheidszorg kan doen. De voortdurende ontwikkeling van effectieve technologieën voor diagnose en behandeling heeft deze verwachting van steeds meer en steeds grotere prestaties doen toenemen en de wens van iedereen en met name van de achterstandsgroepen en armere regio's om er toegang tot te hebben, versterkt. De economische kosten hiervan zijn gestegen als gevolg van het feit dat veel nieuwe procedures afhankelijk zijn van geavanceerde en duurdere geneesmiddelen en apparatuur.

- sociaal-economische problemen, in het bijzonder sociaal isolement. De langzame economische groei en als gevolg daarvan hoge werkloosheidpercentages, brengen de Lid-Staten ertoe de overheidsuitgaven aan banden te leggen. Dit beperkt het bedrag dat voor de gezondheidsdiensten beschikbaar is en wat aan bijstand kan worden betaald. Bovendien kunnen werkloosheid, ongelijkheid, discriminatie, armoede en sociaal isolement ook zelf tot gezondheidsproblemen aanleiding geven.

5. In verband met al de hierboven omschreven kwesties op gezondheidsgebied waarmee de Lid-Staten te maken hebben, zijn hun uitgaven op dat gebied de laatste twintig jaar snel gestegen. Zoals blijkt uit fig. 1 (bijlage 5) zijn in de jaren zeventig en tachtig de uitgaven voor de gezondheid significant gestegen in verhouding tot het bruto binnenlands produkt (BBP); gedeeltelijk is dit het gevolg van de vertraging in de economische groei. In de tweede helft van de jaren tachtig zijn de bedragen voor bepaalde Lid-Staten gestabiliseerd en zelfs gedaald toen de groei aantrok. Niettemin blijven de kosten een punt van veel zorg in de jaren negentig, met name tegen de achtergrond van de huidige depressie en beperkingen die in de begroting aan de groei van de overheidsbestedingen worden opgelegd. De Lid-Staten hebben strenge maatregelen genomen om de kosten in bedwang te houden; deze kostenbeperking is alleen mogelijk gebleken door maatregelen om de verstrekkingen te beperken, bij voorbeeld door beperkingen op het voorschrijven van medicijnen en het raadplegen van de arts en door het verminderen van de vraag, door voor medicijnen en analyses kosten in rekening te brengen.

6. De druk op de gezondheidszorg is niet verdwenen en zal ook nog wel groter worden, ondanks het feit dat de correlatie tussen de voornaamste gezondheidsindicatoren en de uitgaven op gezondheidsgebied slechts gering is. Bovendien is vastgesteld dat een verlaging van de uitgaven voor de gezondheidszorg arme, zieke en oude mensen onevenredig zwaar treft. Vandaar dat behoefte bestaat aan evenwichtige reacties op de onvermijdelijke druk om de uitgaven op gezondheidsgebied aan te passen bij voorbeeld door maatregelen op het terrein van de volksgezondheid (voorbeelden: stoppen met roken,

voeding en beweging, bestrijding van de luchtverontreiniging enz.), een betere structuur en financiering van de gezondheidszorg om de kosten zo laag mogelijk te houden, afschaffen van ondoeltreffende behandelingen en maken van een kosten/baten-analyse van medische apparatuur en medicijnen.

7. De moeilijkheid om ondanks de sterke economische beperkingen ter zake van de gezondheidsbescherming juiste beslissingen te nemen, heeft de Raad ertoe gebracht het Besluit van 11 november 1991 met betrekking tot fundamentele keuzen in gezondheidsbeleid goed te keuren (PB nr. C 304 van 23.11.1991). Dit Besluit en ook het Verdrag betreffende de Europese Unie, maken het duidelijk dat de Lid-Staten zich verplicht voelen ervoor te zorgen dat hun burgers een hoge mate van gezondheid genieten. Deze ethische en wettelijke verplichting om de gezondheid van de bevolking te beschermen wordt versterkt door de economische voordelen, voor specifieke leeftijdsgroepen en sectoren van bedrijvigheid (bij voorbeeld werkers in de perinatale zorg), die een gevolg zijn van het nemen van stimulerende, beschermende en preventieve maatregelen ter zake van de gezondheid.

8. Door doeltreffende acties te nemen, kan men voortijdig overlijden onder de produktieve bevolking voorkomen en dat geldt ook voor invaliditeit en chronische ziekten met alle gevolgen van dien voor verzuim en arbeidsongeschiktheid; de gezondheid kan verbeterd worden en de vraag naar gezondheidszorg en behandeling kan in de hand worden gehouden. Kortom, het produktievermogen van de Gemeenschap kan maximaal opgevoerd worden en tegelijkertijd kunnen de kosten van een slechte gezondheid worden verminderd. Ten slotte kan - en dat is het belangrijkste - het beschermen van de gezondheid niet alleen economisch voordelen brengen maar ook de kwaliteit van het bestaan verbeteren, hetgeen onschatbare voordelen heeft, zowel voor het individu als voor de samenleving in haar geheel.

b) De omvang van het beleid ten aanzien van de volksgezondheid

9. Tegen deze achtergrond kan de omvang van de activiteiten ten aanzien van de volksgezondheid worden afgebakend door te overwegen welke gevaren de gezondheid van een gemeenschap bedreigen en welke stappen nodig zijn om de individuele leden van die gemeenschap en de gemeenschap zelf tegen deze bedreigingen te beschermen en de waarschijnlijkheid dat de individuen een compleet en gezond leven leiden, te vergroten. Afgezien van de gezondheidsrisico's die verband houden met de individuele genetische, lichamelijke en mentale opbouw, zijn de gezondheidsrisico's afkomstig uit iemands eigen levensgewoonten en zijn directe omgeving, in het bijzonder thuis en op het werk en uit de plaatselijke omgeving - de combinatie van sociale, economische en culturele omstandigheden die de algemene achtergrond vormen voor iemands leven. Derhalve moeten de maatregelen om de gezondheid van personen te beschermen op beide "omgevingen" betrekking hebben.

10. Terwijl de acties en programma's van de overheden de ontwikkeling van volksgezondheidsstrategieën beheersten, is de laatste dertig jaar de aandacht van de volksgezondheid steeds meer gericht op de verantwoordelijkheid van het individu voor zijn eigen gezondheid en de wijzigingen die het kan aanbrengen in zijn eigen gedrag om te voorkomen dat het ziek wordt. Dergelijke overwegingen zijn toegepast op de voeding, het nemen van voldoende beweging, het vermijden van gevaarlijke en giftige stoffen - drugmisbruik daaronder begrepen - en het voorkomen van ongevallen.

11. De internationale bestrijding van ziekten heeft voor het eerst vaste vorm aangenomen in nationale quarantaineregelingen in Europa en het Midden-Oosten; deze waren bedoeld om de verspreiding van epidemische ziekten van het ene naar het andere land te voorkomen. Deze inspanningen hebben voor het eerst de noodzaak aangetoond van internationale samenwerking voor de gezondheidsbescherming. In 1907 is in Parijs een internationale gezondheidsorganisatie opgericht, aan wie de deelnemende landen melding moesten doen van ernstige besmettelijke ziekten; vervolgens werd deze melding aan de overige deelnemende landen doorgegeven. Voorts had deze organisatie tot taak verdragen op gezondheidsgebied en quarantainevoorschriften ter zake van het reizen per schip en per trein te bestuderen en op te stellen. Uiteindelijk is zij in 1948 opgegaan in de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO).

12. De WGO voert zowel korte- als lange-termijnprojecten uit om overal in de wereld ziekten te bestrijden of uit te bannen en onderhoudt nauwe banden met andere gespecialiseerde organisaties van de VN die zich ook met gezondheidskwesties bezighouden en wel met name met het Kinderfonds van de Verenigde Naties, de Voedsel- en Landbouworganisatie van de Verenigde Naties (FAO) en de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO).

13. Van het begin af aan heeft de Gemeenschap gezondheid en welzijn tot een van haar voornaamste doelen gemaakt; aan de economische doelstellingen van het EEG-Verdrag, de veiligheidsbepalingen van het EGKS-Verdrag en de stralingsbeschermingseisen van het EURATOM-Verdrag ligt bezorgdheid voor de gezondheid ten grondslag. Om die redenen maakt het Verdrag betreffende de Europese Unie de gezondheidsbescherming tot een van de belangrijkste punten bij het streven naar een steeds grotere eenheid van de volkeren van de Gemeenschap en verplicht het de Gemeenschap en de regeringen van de Lid-Staten ertoe bij te dragen dat de bescherming van de gezondheid een hoger peil bereikt.

II. GEZONDHEIDSTOESTAND EN TRENDS IN DE LID-STATEN

A) Sterfte

14. De afgelopen decennia zijn gekenmerkt door twee belangrijke trends in de gezondheidstoestand van de bevolking van de Europese Gemeenschap. In de eerste plaats blijkt uit de sterftecijfers duidelijk dat de algemene gezondheidstoestand voortdurend aanzienlijk beter wordt. In alle Lid-Statens leven de mensen langer en sterven minder zuigelingen. Tussen 1960 en 1989 is de levensverwachting voor mannen in de 12 Lid-Statens gestegen van 67,3 tot 72,8 jaar en voor vrouwen van 72,7 tot 79,2 jaar. Bovendien zijn de Lid-Statens met de hoogste cijfers zich blijven verbeteren en hebben die met de laagste cijfers hun achterstand verkleind. Het verschil tussen de Lid-Statens is dus kleiner geworden en tussen 1970 en 1988 gehalveerd. Nog opvallender is dat in 1988 het laagste cijfer voor de levensverwachting voor de gehele bevolking van een Lid-Staat (74,3 jaar) beter was dan het hoogste in 1970 (73,8 jaar).

15. Een zelfde, maar nog indrukwekkender beeld komt uit de cijfers voor de zuigelingensterfte in de Gemeenschap naar voren. Dit cijfer is met een factor groter dan 4 verminderd en wel van 34,8 per 1000 in 1960 tot 8,2 per 1000 in 1989. Evenals dat met de levensverwachting het geval is, is de kloof tussen de beste en de slechtste cijfers aanzienlijk nauwer geworden en ook hier was de laagste Lid-Staat in 1989 (12,18 per 1000) beter dan de beste in 1970 (12,75 per 1000).

16. De tweede trend is die van een significante verschuiving van de doodsoorzaken; het belang van besmettelijke ziekten (AIDS buiten beschouwing gelaten) is aanzienlijk kleiner geworden dank zij de betere hygiënische en levensomstandigheden, preventieve maatregelen, zoals inentingsprogramma's en het voorhanden zijn van doeltreffende behandelingen. Hun plaats is voor een groot deel ingenomen door andere ziekten, met name kanker en hart- en vaatziekten. Terwijl in 1989 meer dan de helft van de 2,9 miljoen sterfgevallen in de Gemeenschap aan deze laatstgenoemde ziekten te wijten was, was hun aandeel in 1990 tot twee derde gestegen. Van de 3,3 miljoen sterfgevallen waren 1,4 miljoen te wijten aan hart- en vaatziekten en 0,8 aan kanker. Deze ziekten zijn niet alleen de belangrijkste doodsoorzaak voor mensen boven 65 jaar, maar ook voor de bevolking tussen 35 en 65 jaar en zij dragen dus op significante wijze bij tot het voortijdig overlijden, net als ongevallen dat doen voor de leeftijdsgroep van 5 t/m 34 jaar. De sterftepatronen blijven echter veranderen. Er zijn bij voorbeeld aanwijzingen voor een recente daling van de sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten en een stijging van het aantal sterfgevallen als gevolg van vroeger zeldzame ziekten zoals de ziekte van Alzheimer. Dergelijke ontwikkelingen houden verband met demografische veranderingen, vooruitgang bij de therapie en de lancering van grootschalige preventieprogramma's.

b) Morbiditeit

17. Sterftecijfers geven niet meer dan een onvolledig beeld van de algehele gezondheidstoestand van een bevolking. Voor een volledig beeld zijn ook gegevens over de morbiditeit nodig, d.w.z. over de aantallen mensen met een bepaalde ziekte of aandoening. Uit dergelijke gegevens blijkt niet alleen welke ziekten het meeste onder de bevolking voorkomen, maar zij vormen tevens een indicatie voor de eisen die aan de gezondheidszorg worden gesteld. Hoewel de afzonderlijke Lid-Staten over morbiditeitsgegevens beschikken, zijn er, als gevolg van aanzienlijke verschillen in verzamelmethoden en definities, op dit moment maar weinig vergelijkbare morbiditeitsgegevens voor de Gemeenschap als geheel beschikbaar.

18. Een opmerkelijke uitzondering zijn de verkeersongevallen; hierover zijn gegevens, zowel over doden als over gewonden, in de Gemeenschap beschikbaar. Over het geheel vertonen deze cijfers voor de periode van 1970 t/m 1990 een daling van het aantal doden als gevolg van verkeersongevallen en een geringere, ongelijkmatiger daling voor het aantal gewonden. Hierbij zijn hoofdzakelijk de jongste leeftijdsgroepen betrokken. In het licht van de discussie over het Witboek bij de ontwikkeling van vervoersbeleid, heeft de Commissie een mededeling over een actieprogramma inzake verkeersveiligheid (COM(93)246 van 9 juni 1993) en een voorstel voor een besluit van de Raad inzake de oprichting van een databasis voor verkeersongevallen (COM(93) 348 van 23 juli 1993) gepubliceerd. Ook voor hart- en vaatziekten zijn enige gegevens beschikbaar, aangezien zeven Lid-Staten meewerken aan de MONICA-studie van de WGO in het kader waarvan sterfte- en morbiditeitscijfers voor deze ziekten worden verzameld. Uit deze gegevens blijkt dat hart- en vaatziekten niet alleen de voornaamste doodsoorzaak in de Gemeenschap zijn, maar ook de oorzaak van ernstige morbiditeit onder de bevolking van middelbare leeftijd en onder ouderen.

19. Voor andere ziekten bestaan geen omvangrijke vergelijkbare gegevens voor de gehele Gemeenschap. De nationale statistieken verschaffen wat de morbiditeit betreft echter wel aanwijzingen voor het relatieve belang van de verschillende ziekten. Tabel 1 vermeldt gegevens voor de voornaamste ziekten in Denemarken en Frankrijk en wel overeenkomstig

de respectieve percentages van de totale ziekenhuisopname en de verpleegduur in dagen. Hieruit blijkt dat, ondanks enige verschillen, het algemene patroon in beide landen niet ongelijk is: hetzelfde soort ziekten is in beide landen belangrijk.

Tabel 1				
ZIEKENHUISOPNAME EN VERPLEEGDUUR IN DAGEN				
	FRANKRIJK	1985-1987	DENEMARKEN	1990
	Opnamen	Verpleegduur in dagen	Opnamen	Verpleegduur in dagen
Letsels	13,2	11,7	7,7	13,9
Aandoeningen van de spijs verteringsorganen	12,7	12,0	7,1	6,7
Hart- en vaatziekten	11,6	15,5	24,9	21,9
Kanker	10,2	12,5	11,7	8,9 *
Aandoeningen van de adem- halingswegen	6,9	5,8	10,4	8,8
Aandoeningen van het bewegings- apparaat	6,3	7,0	14,8	15,5
Overige ziekten	39,1	35,5	23,4	24,3
+ Indicatieve, door de ministeries van Volksgezondheid verstrekte gegevens, niet direct vergelijkbaar als gevolg van verschillen in de definities, de indeling en de referentieperiodes.				
* De Deense cijfers betreffen alleen long- en borstkanker.				

20. De beschikbare gegevens bevestigen dat hart- en vaatziekten de grootste bijdrage tot de communautaire morbiditeit leveren (net als tot de sterfte) maar laten wel zien kanker van minder groot belang is voor de morbiditeit dan voor de sterfte en dat er verscheidene niet-dodelijke ziekten zijn die voor de morbiditeit van grote significantie zijn, met name de aandoeningen van de ademhalingswegen en die van het bewegingsapparaat. Wanneer men de sterftecijfers en de beschikbare morbiditeitsgegevens combineert, wordt het mogelijk een lijst op te stellen van de ziekten die een grote sterfte en/of morbiditeit produceren. In tabel 2 worden de ziekten opgesomd die voor de Gemeenschap als geheel bijzonder ernstige gezondheidsproblemen veroorzaken.

Tabel 2	
ZIEKTEN DIE EEN GROTE STERFTE EN/OF MORBIDITEIT PRODUCEREN	
Ongevallen	
Hart- en vaatziekten	
Kanker	
Psychische stoornissen, suicide daaronder begrepen	
Aandoeningen van het bewegingsapparaat	
Aandoeningen van de ademhalingswegen, astma daaronder begrepen	

21. Daarnaast neemt de belangrijkheid van enkele besmettelijke ziekten, die in het verleden een belangrijke doodsoorzaak waren, thans weer toe. Dit is vooral het geval door de komst van AIDS en door het feit dat bepaalde ernstige besmettelijke ziekten zoals TBC, waarvan men niet dacht dat zij nog een ernstig probleem vormden, weer de kop opsteken. Al deze ziekten kunnen, als geen actie wordt ondernomen, voor ernstige problemen gaan zorgen. Ten

slotte moet ook drugverslaving aan de lijst worden toegevoegd vanwege de aanzienlijke sociale en gezondheidsproblemen die daarmee verband houden en omdat steeds meer mensen betrokken raken bij drugmisbruik.

22. Deze ziekten tezamen zijn dus verantwoordelijk voor de meeste sterfgevallen en voor het grootste deel van de behoefte aan gezondheidszorg in de Lid-Staten van de Gemeenschap. Maar er zij met nadruk op gewezen dat de hierboven vermelde cijfers alleen op algemene trends betrekking hebben. Het is zeker een feit dat op bepaalde manieren de verschillen en de kloof tussen de "beste" en de "slechtste" Lid-Staten van de Gemeenschap kleiner worden. Bij een vergelijking van nationale cijfers kan echter een tamelijk verward beeld ontstaan; één reden hiervoor is het verschil in omvang van de Lid-Staten. Bovendien verbergen de nationale cijfers zelf significante verschillen tussen de regio's binnen elke Lid-Staat.

23. In het geval bij voorbeeld van de sterfte aan longkanker en bronchuscarcinoom was het totale EG-sterftecijfer 48,8 per 100.000. Het VK was de staat met het hoogste cijfer (70,5) en Portugal met het laagste (20,6). Maar binnen het VK varieerde dit cijfer tussen het Noorden van Engeland (92,4) en Noord-Ierland (49,2). Met zijn nationale cijfer (51,1) kwam Italië het dichtst bij het communautair gemiddelde, maar dat maskeert het feit dat het cijfer in Noord-Italië driemaal zo hoog was als dat in het Zuiden. Ook voor andere ernstige ziekten kan men dergelijke grote variaties binnen de Lid-Staten aantreffen. Dergelijke variaties zijn een gevolg van culturele, sociale en economische verschillen tussen de regio's en ook van het significante effect dat milieufactoren zoals luchtverontreiniging op de gezondheid kunnen hebben.

24. Eveneens is door studies aangetoond dat er significante variaties in morbiditeit en sterfte bestaan tussen verschillende sociaal-economische groepen binnen de Lid-Staten. In 1987 bij voorbeeld waren in Engeland de cijfers voor perinatale en zuigelingsterfte voor ongeschoolden 50 % hoger dan voor geschoolden en was in Denemarken het sterftecijfer voor werkloze en ongeschoolde mannen in slechte woonomstandigheden 6,2 % hoger dan voor de beste groepen. Derhalve moet bij het bestuderen van de totale toestand en trends in de Gemeenschap ten volle rekening worden gehouden met de variaties niet alleen tussen maar ook binnen de Lid-Staten alsmede met de algemene patronen voor de gehele Gemeenschap.

25. Bovendien zijn, wanneer wij specifieke ziekten als mogelijke doelen voor communautaire actie beschouwen, gegevens over sterfte en morbiditeit daarvan op zichzelf niet voldoende. Wij moeten ook kijken naar de sleutelfactoren die verband houden met de veroorzaking daarvan, naar de algemenere sociale en economische context die op de gezondheidsbescherming en op de beleidskeuzen betrekking heeft en naar de inspanningen die de Lid-Staten zich al getroost hebben om te reageren op deze uitdagingen op gezondheidsgebied. Een overzicht van het beleid en de maatregelen van de Lid-Staten om ziekten te voorkomen en de gezondheid te bevorderen, tegen de hierboven bedoelde achtergrond, wordt in bijlage I gegeven.

III DE BASIS VOOR COMMUNAUTAIRE ACTIE

a) Subsidiariteit

26. Voor de manier waarop deze activiteiten door de Gemeenschap en de Lid-Staten moeten worden uitgevoerd geldt het subsidiariteitsbeginsel. Subsidiariteit, waarvan de kenmerken zijn vastgelegd in artikel 3 B van het

Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, betekent dat de Gemeenschap bij kwesties waarvoor zij niet bij uitsluiting bevoegd is, optreedt wanneer de actie, vanwege de omvang of de effecten ervan, beter op communautair niveau kan worden ondernomen. Bovendien moet, ongeacht of een kwestie wel of niet onder de uitsluitende bevoegdheid van de Gemeenschap valt, de actie van de Gemeenschap ter zake in verhouding staan tot de te verwezenlijken doeleinden

27. Onderstaande overwegingen zijn in het bijzonder van toepassing op het terrein van de volksgezondheid:

- a. Bij het coördineren van beleid heeft de Gemeenschap tot taak constructieve relaties tot stand te brengen, te helpen bij het opvullen van de hiaten die in het beleid zijn vastgesteld, strategieën voor een doeltreffende tenuitvoerlegging van beleidsvormen en maatregelen uit te stippelen en te verbeteren, en ervoor te zorgen dat de overdracht en de stromen van kennis, expertise en materiaal van wederzijds voordeel zijn voor de betrokken partijen.
- b. Overeenkomstig het proportionaliteitsbeginsel is de Commissie voornemens de nadruk te leggen op de tenuitvoerlegging van grotere projecten - waarbij voor het grootste deel meer dan een Lid-Staat is betrokken - in plaats van op kleinere. Hierdoor wordt de impact zo groot mogelijk en wordt voorkomen dat de Europese Gemeenschap betrokken wordt bij kleinschalige kwesties en belangen die als een inmenging in reeds door de autoriteiten van de Lid-Staten behandelde zaken kunnen worden beschouwd of als een onhandigheid omdat middelen worden gebruikt die in geen verhouding staan tot de doelen die worden nagestreefd.
- c. De verschillen binnen en tussen de Lid-Staten wat voedingspatroon, cultuur, weersomstandigheden, grondgebruik en type en concentratie van economische bedrijvigheid betreft zijn zo groot dat algemeen gesproken de Gemeenschap geen gedetailleerde voorschriften zal geven, zelfs niet voor problemen die van Lid-Staat tot Lid-Staat, van regio tot regio of van plaats tot plaats gelijk of gelijksoortig zijn. Op gezondheidsgebied is het de taak van het individu en het gezin de mogelijkheden die voor hen openstaan te overwegen, in overeenstemming met hun waarden, hun verhoudingen en hun sociaal-economische omstandigheden en de beslissingen te nemen die hen rechtstreeks aangaan. Het is de taak van de samenleving om, via het democratisch proces, een context te scheppen die bevordelijk is voor de beste door het individu te nemen beslissing en voor de juiste beslissingen op collectief vlak in alle kwesties waar het individu niet alleen het gewenste gezondheidsresultaat kan bepalen of bereiken.
- d. De Lid-Staten houden zich, tezamen met hun gezondheidswerkers en overige betrokkenen, bezig met het financieren en verstrekken van zorg en behandeling. De Commissie kan de Lid-Staten echter helpen bij de verbetering van hun samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg, zoals bij fundamentele keuzen op gezondheidsgebied¹⁾ en bij acties die bedoeld zijn om de kwaliteit van de gezondheidszorg en de behandeling te verbeteren.

b. Juridische grondslagen

28. Voordat het Verdrag betreffende de Europese Unie werd gesloten, bezat de Gemeenschap geen specifieke wettelijke basis of bevoegdheid op het gebied van de volksgezondheid. Dat wil niet zeggen dat de Verdragen geen bepalingen

1) Zie punt 7

bevatten die van rechtstreeks belang waren voor de bescherming van gezondheid en welzijn. Aldus hebben gezondheid en werk van de aanvang af een prominente plaats ingenomen in het EEG-Verdrag (de artikelen 117, 118 en artikel 118 A van de Europese Akte) en in het EGKS-Verdrag; de bepalingen voor de bescherming van de gezondheid van de werknemers en de bevolking in het EURATOM-Verdrag (de artikelen 30 t/m 39) zijn spoedig de hoeksteen geworden voor wetgeving op dit gebied in alle Lid-Statens.

29. Andere bepalingen van het EEG-Verdrag betreffen ook direct of indirect de gezondheid. In artikel 2 staat de plicht vermeld van de Gemeenschap om de levensstandaard te verbeteren, artikel 36 maakt de beperking mogelijk van invoer of doorvoer van goederen uit hoofde van de bescherming van de gezondheid en het leven van personen, artikel 43 behandelt het landbouwbeleid dat van invloed kan zijn op de menselijke gezondheid, artikel 48 waarborgt het vrije verkeer van personen, dus ook van patiënten en werknemers in de gezondheidszorg, de artikelen 52 t/m 58 zijn van belang voor het recht van vestiging en in artikel 59 wordt het vrije verkeer van diensten, dus ook van gezondheidsdiensten gegarandeerd. Artikel 100 A heeft een grote impact op de gezondheid, aangezien alle voorstellen voor richtlijnen ter voltooiing van de interne markt voor produkten (bij voorbeeld bloedprodukten), diensten, kapitaal en personen krachtens dit artikel een hoge mate van gezondheidsbescherming moeten garanderen; de artikelen 130 F t/m 130 Q hebben betrekking op het onderzoek, dus ook dat op gezondheidsgebied. Daarnaast ligt de bescherming van de menselijke gezondheid als het uiteindelijk doel van maatregelen op het gebied van de milieubescherming, besloten in de artikelen 130 R en 130 S van het EEG-Verdrag, als gewijzigd bij de Europese Akte. Ten slotte dient artikel 155 onder meer als grondslag voor aanbevelingen, ook voor kwesties de gezondheidsbescherming betreffende en het is in het verleden wel gebruikt voor het doen van aanbevelingen inzake een lijst met beroepsziekten; artikel 235 is gebruikt voor voorstellen voor besluiten en verordeningen ten aanzien van verschillende kwesties die op de gezondheid betrekking hadden, zoals voorlichting van het grote publiek en opleiding van gezondheidswerkers in het kader van het programma "Europa tegen kanker", de oprichting van een agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk en de oprichting van een Europese Drugswaarnemingspost (EMCDDA).

30. De beleidsmaatregelen, programma's en instrumenten (zie bijlage II en bijlage III) om deze artikelen ten uitvoer te leggen, hebben een doorslaggevende rol gespeeld bij de verandering van de gezondheidsscene in de Europese Gemeenschap en het verbeteren van de kwaliteit van het bestaan van haar burgers. Het Verdrag betreffende de Europese Unie heeft de strekking van deze bepalingen niet alleen gehandhaafd, maar ze ook nog versterkt. De consumentenbescherming heeft in artikel 129 A een duidelijk mandaat gekregen om de gezondheid en de veiligheid van de consumenten te beschermen. Artikel 130 - over het milieu - verlangt van de Gemeenschap dat zij het doel, de menselijke gezondheid te beschermen, helpt bereiken. Daarnaast is de Gemeenschap krachtens artikel 126 verplicht bij te dragen tot de ontwikkeling van onderwijs van hoge kwaliteit, hetgeen een belangrijke rol speelt bij de bescherming en bevordering van de gezondheid. Bovendien kan de Raad krachtens artikel K.9 van het Verdrag betreffende de Europese Unie met eenparigheid van stemmen op initiatief van de Commissie of een Lid-Staat besluiten een actie te ondernemen die gericht is op de bestrijding van de drugverslaving.

31. Bovenal is echter, in artikel 3, lid o en artikel 129 van het Verdrag betreffende de Europese Unie, aan de volksgezondheid een eigen expliciete bepaling gewijd. De Gemeenschap heeft tot taak gekregen bij te dragen tot een hoog niveau van gezondheidsbescherming, met inachtneming van de principes die

door de Europese Raad van Edinburgh zijn vastgelegd (subsidiariteit, openheid, doorzichtigheid en proportionaliteit). Zij heeft de bevoegdheid gekregen zich van deze taak te kwijten op een manier die het beleid en de activiteiten van de Lid-Staten respecteert en ondersteunt, ongerechtvaardigde inmenging en bemoeiing voorkomt en ruimte laat voor aanpassing en keuze van middelen voor de tenuitvoerlegging. Hierbij dient de ervaring die tot nu toe is opgedaan met acties die de Gemeenschap heeft ondernomen op volksgezondheidsgebied als leidraad en als basis waarop verder moet worden gebouwd. Met name het in 1986 door de Europese Raad gelanceerde programma "Europa tegen kanker" heeft de waarde aangetoond van het vaststellen van gemeenschappelijke doelstellingen en doelen. Het heeft de weg vrijgemaakt voor de goedkeuring door de Raad van andere programma's en initiatieven met betrekking tot AIDS, de vraag naar drugs, alcoholmisbruik en gezondheidseducatie op school en heeft laten zien wat kan worden bereikt door partnerschap, samenwerking en het gebruik van instrumenten in andere vormen van communautair beleid. Bij de uitvoering van de programma's "Europa tegen kanker" en "Europa tegen AIDS", heeft de Commissie een methode gekozen die ouder was dan het subsidiariteitsbeginsel en een stelselmatige poging omvatte om toegevoegde waarde te produceren voor de Gemeenschap, door de samenwerking te bevorderen tussen de Lid-Staten op het gebied van studies en onderzoek en de verspreiding door de Gemeenschap van de meest geslaagde nationale praktijken, in het bijzonder door het bijeen brengen van de verantwoordelijke partners in de Lid-Staten. De resultaten van deze programma's en de noodzaak dat zij worden voortgezet, zijn onderstreept tijdens de recente evaluatie door de Raad van hun doeltreffendheid.

32. Bij het nemen van initiatieven tot actie krachtens artikel 129 dient de Gemeenschap zich toe te leggen op het voorkomen van ziekten. De preventie is dus het brandpunt van de communautaire actie, in al haar facetten, in de eerste plaats om te zorgen voor een goede gezondheid en om de blootstelling aan de risicofactoren die de ziekten veroorzaken tot een minimum te beperken, of, in de tweede plaats, om het uitbreken van ziekten onder de mensen die op deze wijze zijn blootgesteld te voorkomen, bij voorbeeld door keuringen, inentingen en preventieve geneeskunde/profylaxe of, in de derde plaats, om te voorkomen dat de ziekte voortschrijdt of nogmaals optreedt. De preventie kan worden onderscheiden van de behandeling, aangezien deze laatste kan worden omschreven als een poging om aangeboren gebreken te corrigeren of een persoon zijn vroegere (betere) gezondheidstoestand, in het continuüm van volmaakte gezondheid tot de dood, terug te geven. De behandeling is, anders dan de preventie, dus een zaak voor de samenwerking tussen de Lid-Staten en niet een gebied waarop de Commissie namens de Gemeenschap initiatieven kan nemen.

33. De preventieve activiteiten van de Gemeenschap moeten noodzakelijkerwijs gericht zijn op de belangrijkste bedreigingen van de gezondheid. Wat ernstige bedreigingen van de gezondheid zijn, kan worden bepaald aan de hand van een hele reeks factoren, zowel objectieve (gezondheidsgegevens en indicatoren) als subjectieve (perceptie, ethische, culturele en politieke kwesties). In hoofdstuk IV komen wij op deze kwesties terug. Een punt moet hier echter al aan de orde worden gesteld: artikel 129 verlangt specifiek een volksgezondheidsactie ten aanzien van de drugverslaving.

34. Impliciet wordt in artikel 129 de tweedeling erkend tussen acties, zoals voorlichting over de gezondheid en gezondheidseducatie, die enerzijds gericht zijn op de mens ten einde diens kansen te vergroten op een betere gezondheid, een gezonde levenswijze en een risicoarm of -loos gedrag en anderzijds acties op sociaal gebied, met onderzoek naar de oorzaken en overdracht van ziekten. Dit onderzoek kan fundamenteel zijn en ook op het gedrag, de

maatschappij en het milieu gericht zijn en het kan op de onmiddellijke, de plaatselijke en zelfs de verre omgeving - waarop het individu weinig of geen invloed heeft - betrekking hebben.

35. Van het allergrootste belang is de bepaling in artikel 129 dat eisen ter zake van de gezondheid een bestanddeel vormen van communautair beleid op andere gebieden. In de toekomst zal bij de opstelling van beleidsvormen en maatregelen die op de gezondheid van invloed zijn, van de aanvang af rekening moeten worden gehouden en zij zullen in overeenstemming moeten zijn met het beleid ter zake van de volksgezondheid. Dit betekent dat van beleid op andere gebieden, al heeft het een andere juridische grondslag, verlangd kan worden dat het het doel van de gezondheidsbescherming dient.

36. Centraal in de rol van de Gemeenschap bij de tenuitvoerlegging van artikel 129 staat de verplichting om in verbinding met de Lid-Staten hun beleid en programma's ter zake van de preventie te coördineren, daaronder begrepen de drugpreventie, het onderzoek naar en de analyse van de oorzaken en wijzen van overdracht van bedreigingen van de gezondheid, gezondheidsvoorlichting en -educatie. De Commissie zal, in nauwe samenwerking met de Lid-Staten, passende initiatieven nemen om een dergelijke coördinatie te bevorderen en dat met name op gebieden waar de Lid-Staten al hebben aangetoond dat de noodzaak tot samenwerking bestaat, met name controle op en bestrijding van ziekten, gezondheidsgegevens en -indicatoren, gezondheidsvoorlichting en -educatie en bij de bestrijding van de ernstigste bedreigingen van de gezondheid: drugs, kanker en AIDS.

c) Behandeling in het verleden van gezondheidskwesties door de communautaire Instellingen

i) De Europese Raad

37. In 1986 hebben de vertegenwoordigers van de regeringen van de Lid-Staten, in het kader van de Raad bijeen, een resolutie goedgekeurd betreffende een actieprogramma van de Europese Gemeenschappen tegen kanker (86/C1984/05)¹⁾, waarin de doelstellingen van dit programma werden opgesomd en de te overwegen prioritaire acties. Ook werd overeengekomen 1989 tot voorlichtingsjaar over kanker te maken. Tevens werden in dit programma de Lid-Staten opgeroepen uit hun ervaringen met de behandeling en revalidatie van drugverslaafden te putten en tezamen leraren, ouders en jongeren te informeren over de risico's die aan drugverslaving verbonden waren en om een verslag op te stellen en aanbevelingen te doen voor maatregelen die op communautair niveau moesten worden genomen. Deze grote bezorgdheid over drugs kwam tot uitdrukking in de verklaringen van de achtereenvolgende vergaderingen van de Europese Raad: Londen 1986, Dublin en Rome 1990, Luxemburg en Maastricht in 1991 en Lissabon 1992. Tijdens de vergadering van Londen in 1986 is ook gewezen op het belang van de coördinatie van nationale AIDS-campagnes met het oog op de vergroting van het bewustzijn en de verbetering van de voorlichting van het grote publiek over deze ziekte. Deze resoluties en verklaringen hebben de weg vrijgemaakt voor de communautaire actie tegen kanker, drugs en AIDS.

ii) De Raad

38. De belangstelling van de Raad en de ministers van Volksgezondheid voor en hun discussies over kwesties betreffende de volksgezondheid namen in 1977 een aanvang en namen aan het begin van de jaren tachtig toe. In 1982, toen het Europees Parlement wilde weten wat er eigenlijk op het gebied van de volksgezondheid was gedaan sinds 1978, het jaar waarin de Raad een tweede

1) PB C184 van 23.7.1986

programma voor onderzoek en ontwikkeling op medisch en volksgezondheidsgebied had goedgekeurd, begonnen de pogingen om op dit gebied een tijdschema vast te stellen nieuwe vormen aan te nemen. De mededeling van de Commissie over de communautaire samenwerking op gezondheidsgebied luidde ten slotte in 1984 de activiteiten in.

39. Op de informele bijeenkomst van de ministers van Volksgezondheid in november 1984 is gesproken over de stijging van de kosten van de gezondheidszorg, de bestrijding van de verslaving aan tabak en drugs en de gezondheidseducatie voor jongeren. De volgende (formele) vergadering van de Raad van ministers van Volksgezondheid vond in mei 1986 plaats. Er werden resoluties en besluiten goedgekeurd betreffende het actieprogramma ter zake van de kankerbestrijding, de invoering van een Europees medisch paspoort, maatregelen ter bestrijding van AIDS en manieren om het verbruik van tabak en alcohol terug te dringen. Deze en volgende bijeenkomsten van de ministers van Volksgezondheid, waarop verschillende gezondheidsproblemen zijn besproken en belangrijke initiatieven zijn genomen, deden de hoop op een communautair gezondheidsbeleid toenemen.

40. De ondertekening van het Verdrag betreffende de Europese Unie op 7 februari 1992 deed de verwachting toenemen dat de mogelijkheid de gezondheidsbescherming te verbeteren in een Gemeenschap waar samenwerking en coördinaties van beleid en programma's, lange tijd de droom van enkelen, realiteit kon worden. Tijdens het Britse voorzitterschap, in de tweede helft van 1992, culmineerde dit in de bestudering door de Raad van ministers van Volksgezondheid van fundamentele vraagstukken ter zake van de verdere koers van de communautaire acties op volksgezondheidsgebied. Er is gesproken over de noodzaak met het verleden te breken en te zorgen voor meer continuïteit, samenhang en het stellen van prioriteiten bij het werk op volksgezondheidsgebied en voor het opzetten van een passend kader, dat de succesvolle communautaire programma's op het terrein van kanker en AIDS en acties op specifieke gebieden, zoals drugs en gezondheidseducatie op school, moest omvatten. Hierbij is de Raad ter ondersteuning een werkdocument van de Commissie voorgelegd met als titel "Volksgezondheid", waarin de resultaten tot op dat moment van de communautaire inspanningen werden samengevat en geïnventariseerd en de noodzaak werd erkend van een coherente benadering op basis van preventie, gezondheidsbevordering en -bescherming via andere vormen van communautair beleid, coördinatie tussen de Lid-Staten en samenwerking met derde landen en internationale organisaties.

41. Op 27 mei 1993 hebben de Raad en de ministers van Volksgezondheid, in het kader van de Raad bijeen, een belangrijke resolutie over toekomstige acties op het terrein van de volksgezondheid goedgekeurd, waarin alle belangrijke aspecten van het volksgezondheidskader waarbinnen de Gemeenschap in de toekomst gaat werken, werden behandeld. In deze resolutie is nogmaals de noodzaak bevestigd van een nauwe samenwerking en van een reflectie over het belang dat in andere vormen van beleid aan de gezondheidseisen moet worden gehecht; tevens is hierin een aantal richtsnoeren betreffende de fundamentele actiedoelstellingen opgenomen, te weten het aantal jaren dat de mens te leven heeft verlengen en het leven in die jaren verbeteren, de noodzaak van meerjarenplanning voor het waarborgen van samenhang en continuïteit, de criteria voor het kiezen van activiteitengebieden door na te gaan of deze in aanmerking komen voor preventieve acties en kunnen aansluiten op andere vormen van beleid met een gezondheidselement en van de methoden voor samenwerking en overleg en ten slotte de relaties met derde landen en internationale organisaties. De Commissie heeft deze richtsnoeren zorgvuldig bestudeerd en hiermee in deze mededeling rekening gehouden.

iii) Het Europees Parlement

42. Al sinds het begin van de jaren tachtig bepleit het Europese Parlement een communautair gezondheidsbeleid; het heeft verscheidene resoluties op gezondheidsgebied aangenomen en wel bij voorbeeld over onderwerpen als:

- gezondheidsbeleid in de Europese Gemeenschap (PB C128 van 16.5.1983, blz. 86)
- Europees handvest voor de rechten van de patiënt (PB C46 van 20.2.1984)
- communautair programma voor AIDS-onderzoek (PB C46 van 20.2.1984)
- in het ziekenhuis verpleegde kinderen (PB C148 van 16.6.1986, blz. 37)
- de rechten van de kraamvrouw (PB C235 van 12.9.1988, blz. 183).

43. De leden van het Europese Parlement hebben altijd veel belangstelling getoond voor gezondheidskwesties, zoals blijkt uit het zeer grote aantal parlementaire vragen over dit onderwerp. De verschillende commissies van het Parlement en in het bijzonder de Commissie milieubeheer, volksgezondheid en consumentenbescherming en de Commissie jeugd, cultuur, onderwijs, de media en sport hebben verscheidene verslagen opgesteld over onderwerpen die met de gezondheid verband hielden zoals over AIDS, gezondheidseducatie en drugmisbruik, bioethica, orgaantransplantaties en zelfvoorziening in bloed.

44. Een recent verslag van de commissie milieubeheer, volksgezondheid en consumentenbescherming over het volksgezondheidsbeleid na Maastricht (1993-PE205.804) is opgesteld na een op 3 juni 1993 gehouden hearing. In het verslag wordt in het bijzonder de nadruk gelegd op artikel 129, waar gezegd wordt dat de Lid-Staten onderling hun beleid en hun programma's moeten coördineren en dat de programma's en de eisen inzake gezondheidsbescherming een bestanddeel vormen van het gemeenschapsbeleid op andere gebieden. Het verslag geeft een uitgebreid overzicht van de huidige kwesties op gezondheidsgebied zoals de demografie en de behoeften op gezondheidsgebied, vergelijkbare/compatibele gegevens en indicatoren op gezondheidsgebied, kosten van de gezondheidszorg en onderzoeks- en gezondheidsbeleid. De commissie heeft verscheidene voorstellen voor communautaire actie gedaan: verzoeken aan de Commissie om te zorgen voor grootschalige overlegprocedures, instelling van een epidemiologische onderzoeksdienst, verzameling, analyse en verspreiding van gegevens over meldplichtige ziekten, stimulering van uitwisselingsprojecten voor gezondheidswerkers, uitbreiding van de uitwisseling van gegevens tussen de nationale gezondheidsstelsels, verslag over de gezondheidstoestand van de Gemeenschap, onderzoek naar de mogelijkheid de uitbreiding van het gebruik van algemeen verkrijgbare geneesmiddelen te stimuleren en coördinatie van het gebruik van alle geneesmiddelen, vermelding van de minimumniveaus voor gezondheidszorg, ontwikkeling en verrichting van activiteiten ter zake van gezondheidsbevordering en -educatie, waaronder inentingen en bevolkingsonderzoek en intensivering van de activiteiten van de Commissie op het gebied van kanker en AIDS en ter zake van de problemen van de ouderen. Het verslag en de daarbij behorende resolutie zullen de lopende inspanningen om aan de Gemeenschap de zozeer nodige volksgezondheidsdimensie toe te voegen, een extra impuls geven.

45. Ook dient melding te worden gemaakt van het belangrijke werk van de werkgroep voor volksgezondheid en van het bureau voor de evaluatie van wetenschappelijke en technologische keuzemogelijkheden van het Europese Parlement.

iv) Het Economisch en Sociaal Comité

46. De afgelopen tien jaar heeft het Economisch en Sociaal Comité regelmatig

advies uitgebracht over gezondheidskwesties zoals: arbeidsgeneeskunde, gevaarlijke stoffen en preparaten, het communautair systeem voor de snelle uitwisseling van gegevens over ongevallen met consumentenverbruiks- en gebruiksartikelen, kanker als beroepsziekte, een actieprogramma betreffende toxicologie en bescherming van de volksgezondheid, preventie van verontreiniging door asbest, een programma voor de preventie van kanker en de doorzichtigheid van prijzen van medische produkten. In een recent verleden heeft het Comité communautaire initiatieven goedgekeurd op sociaal gebied, zoals het Europees Jaar van de Ouderen, het programma "Europa tegen kanker", het programma "Europa tegen AIDS" en de oprichting van de Europese Drugswaarnemingspost (EMCDDA).

47. Gezien de wilsuitingen van de communautaire Instellingen en ook de wensen van talrijke gezondheidswerkers, organisaties van medici en van patiënten, belangengroepen en gewone mensen in de Gemeenschap, tracht de Commissie, die de geschiktheid en haalbaarheid van de actie enerzijds en de beschikbare middelen anderzijds grondig heeft bestudeerd, met deze mededeling een samenhangend, uitgebreid kader te scheppen voor communautaire acties op volksgezondheidsgebied waarin de nieuwe bepalingen in de Verdragen tot uiting komen.

DEEL B

DE AANPAK VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAP

IV. SELECTIE VAN DE ACTIVITEITEN

a) Omvang van de mogelijke activiteit

48. De Raad en de Lid-Staten hebben een groot aantal gebieden vastgesteld waar verdere acties op communautair niveau nodig zijn, hetgeen de omvang en diversiteit van de verwachtingen aantoont en de noodzaak onderstreept prioriteiten te stellen om de financiële middelen en de vraag met elkaar in evenwicht te brengen:

- voortzetting van de bestaande communautaire programma's voor kanker en AIDS
- hart- en vaatziekten
- besmettelijke ziekten
- psychische stoornissen
- erfelijke ziekten
- astma en allergieën
- migratie en gezondheid
- gezondheid en milieu
- preventie van ongevallen en geweld
- preventie van drugmisbruik
- verbetering van de gegevens en de vergelijkbaarheid daarvan
- voeding
- tabak
- alcohol
- uitwisseling van gegevens over het beleid van de Lid-Staten
- proefprojecten op het gebied van preventie en vroegtijdige diagnose
- oprichting van expertisecentra
- uitwisseling van bezoeken van gezondheidswerkers
- onderzoek op volksgezondheidsgebied
- kostenbeheersing
- fundamentele keuzen in gezondheidskwesties
- zelfvoorziening in bloed
- toxicologie
- gezondheid en jongeren
- gebruik van farmaceutische produkten
- nierdialyse
- medisch paspoort

49. In hoofdstuk II zijn, op basis van gegevens over sterfte en morbiditeit, de groepen ziekten e.d. vastgesteld die momenteel of in de toekomst de ernstigste bedreigingen voor de gezondheid in de Gemeenschap vormen. In dit hoofdstuk worden deze ziekten stuk voor stuk bestudeerd, om na te gaan of zij voor communautaire acties in aanmerking komen. Hiertoe is het noodzakelijk dat voor de communautaire acties globale doelstellingen worden vastgesteld en, op basis van deze doelstellingen, operationele criteria voor het selecteren van ziekten.

50. Er zijn in essentie vier onderling verbonden doelstellingen voor communautaire actie:

- i) het voorkomen van voortijdig overlijden, waardoor vooral de jonge en actieve bevolking wordt getroffen;
- ii) het vergroten van de levensverwachting zonder handicaps of ziekte;

- iii) het bevorderen van de kwaliteit van het bestaan door het verbeteren van de algemene gezondheidstoestand en het voorkomen van chronische en invalide makende ziekten;
- iv) het bevorderen van het algemeen welzijn van de bevolking, vooral door de economische en sociale gevolgen van een slechte gezondheid tot een minimum te beperken.

51. Om deze doelstellingen te verwezenlijken en het effect van haar acties zo groot mogelijk te maken, moet de Gemeenschap vaststellen welke ziekten bij voorrang moeten worden aangepakt. Hiertoe moet worden begonnen met de bestudering van de gegevens die helpen de ernstigste bedreigingen van de gezondheid vast te stellen, zoals gegevens over sterfte, morbiditeit, het risico van schade wanneer maatregelen achterwege blijven, ontvankelijkheid voor preventieve maatregelen, perceptie door het grote publiek en kosten, zowel van sociale als van economische aard. Op basis van de communautaire criteria voor subsidiariteit en toegevoegde waarde kunnen dan deze ernstige bedreigingen voor de gezondheid waarvan aangetoond kan worden dat een communautaire actie daarvoor rendabel, gemakkelijk toepasbaar en passend is, voor communautaire acties worden geselecteerd. Bovendien kunnen andere ziekten die niet als ernstig kunnen worden beschouwd, voor communautaire actie worden uitgekozen mits kan worden aangetoond dat de bestrijding daarvan nut ondervindt van het optreden van de Gemeenschap.

52. De acties en maatregelen van de Commissie moeten relevant zijn en op een zodanige manier worden overgebracht en uitgelegd dat de burgers van de Gemeenschap ze kunnen begrijpen; niettemin dienen zij alleen te worden gericht tot de beslissers en uitvoerders die in meer dan een Lid-Staat op voldoende grote schaal werkzaam zijn. Anders neemt naar mate het optreden van de Gemeenschap zichtbaarder wordt, het risico van een versnippering van de inspanningen en de middelen toe en bestaat de kans dat de bijbehorende impact en mate van voldoening kleiner worden.

b) De middelen voor communautaire actie

53. De communautaire actie tegen ziekten zal in het bijzonder gericht zijn op de bevordering van samenwerking tussen de Lid-Staten, ondersteuning van hun acties, bevordering in nauwe samenwerking met de Lid-Staten van de coördinatie van hun beleid en programma's en een beter gebruik van het communautaire beleid voor zover dat betrekking heeft op de volksgezondheid. Bijzondere aandacht moet worden besteed aan de volgende activiteiten: gezondheidsvoorlichting, -bevordering, -educatie en -opleiding, samenwerking met internationale organisaties en derde landen, en onderzoek. De actie van de Gemeenschap kan met name de volgende vormen aannemen:

1) Schepping van een algemeen kader ter ondersteuning van het beleid en de programma's van de Lid-Staten (netwerken, gezamenlijke acties, systemen voor gegevensuitwisseling). Weliswaar werken de Lid-Staten op bepaalde gebieden al samen, maar deze samenwerking kan nu worden versterkt. Een grotere samenwerking zou bij voorbeeld kunnen inhouden:

- * vaststelling van gemeenschappelijke doelstellingen op bepaalde gebieden of ten aanzien van nieuwe bedreigingen en problemen voor de gezondheid;
- * programma's voor de uitwisseling van ervaringen en gezondheidswerkers en voor de verspreiding van de meest effectieve praktijken;

- * normalisering en verzameling van vergelijkbare/compatibele gegevens over de gezondheid en bevordering van systemen voor toezicht/bewaking van de gezondheid;
- * oprichting van gegevensnetwerken voor de evaluatie van verschillende behandelingen en nieuwe op de gezondheid toegepaste technologieën;
- * opstelling van een jaarlijks voortgangsrapport over de gezondheidssituatie in de Gemeenschap, hoofdzakelijk gebaseerd op de verslagen uit iedere Lid-Staat ten einde de uitgevoerde werkzaamheden te evalueren en beslissingen voor de toekomst te nemen;
- * financiële bijstand voor programma's en proefprojecten;
- * bijstand voor de pogingen van de Lid-Staten om de kosten van de gezondheid te verminderen, door het verlagen van de hindernissen voor het vrij verkeer van patiënten tussen de Lid-Staten en door het ontwikkelen van de gezondheidsaspecten van het gebruik van medische produkten, met inachtneming van de bevoegdheden van de Lid-Staten op dit terrein.

2) Een beter gebruik van het communautair beleid en de communautaire instrumenten voor zover deze op de volksgezondheid betrekking hebben. In dit opzicht zal meer aandacht worden besteed aan de gevolgen voor de gezondheidsbescherming en de profylaxe wanneer nieuwe communautaire initiatieven worden genomen op andere gebieden dan de gezondheid.

c) Selectie van de gebieden voor activiteiten

(i) Selectiecriteria

54. Op basis van bovenstaande overwegingen kunnen de volgende criteria worden vastgesteld voor het selecteren van ziekten (of andere bedreigingen voor de gezondheid) voor communautaire actie:

1. Ziekten die, wanneer geen maatregelen worden getroffen, een significant voortijdig overlijden (levensjaren verloren) en/of globale hoge sterftecijfers veroorzaken of kunnen veroorzaken;
2. Ziekten die, wanneer geen maatregelen worden getroffen, een significant slechte gezondheid veroorzaken of kunnen veroorzaken doordat zij een hoge morbiditeitsprevalentie hebben of een hoge morbiditeit en/of een ernstige handicap kunnen veroorzaken (jaren van handicapvrij leven verloren);
3. Ziekten die significante gevolgen voor de kwaliteit van het bestaan alsmede grote sociaal-economische gevolgen hebben, zoals hoge kosten voor gezondheidszorg en behandeling of aanzienlijke arbeidsongeschiktheid of ziekteverzuim;
4. Ziekten waarvoor uitvoerbare preventiemaatregelen bestaan;
5. Ziekten die wanneer de Gemeenschap ter zake acties onderneemt, een toegevoegde waarde opleveren, vooral dank zij schaalvoordelen.

55. De toepassing van het eerste en het tweede criterium is nog betrekkelijk eenvoudig, maar er zij gewezen op het belang van en de moeilijkheden bij het gebruik van het derde criterium. Immers, de "kwaliteit van het bestaan" is een zeer subjectief criterium dat gebruikt wordt om een beschrijving te geven van de mate van invaliditeit, leed, pijn of het vermogen normale werkzaamheden te verrichten. In bepaalde studies is wel gezegd dat de mensen sommige gezondheidstoestanden als "een lot dat erger is dan de dood" beschouwen en

met dergelijke overwegingen is bij het waarden van de totale last van ziekten rekening gehouden, door gebruik te maken van begrippen als het aan de kwaliteit aangepast levensjaar.

56. De selectieprocedure omvat twee afzonderlijke trappen. Eerst kunnen, door toepassing van de eerste vier criteria, de ziekten worden geïdentificeerd die overal in de Gemeenschap als ernstig worden beschouwd; dit behoeven niet de ernstige ziekten te zijn die de Gemeenschap moet aanpakken. Deze laatste kunnen alleen worden vastgesteld na een tweede selectietrap waarbij het gaat om de toegevoegde waarde voor de Gemeenschap. Ten slotte kan worden vastgesteld welke van de met behulp van de tweestapmethode geïdentificeerde ziekten bij voorrang moeten worden aangepakt, door te trachten de toegevoegde waarde voor de Gemeenschap wat de winst voor de gezondheid betreft zo groot mogelijk te maken door te zorgen voor de noodzakelijke samenhang met en voortzetting van de al tegen bepaalde ziekten ondernomen communautaire acties en te trachten met een bepaalde actie zoveel mogelijk ziekten te bestrijken.

57. De eerste stap in de procedure bestaat in het bestuderen en analyseren van de beschikbare gegevens over een aantal ernstige ziekten uit de "Internationale Classificatie van de Ziektes". De tabel in bijlage IV bevat een lijst van de ziekten die overeenkomstig bovenstaande criteria zijn beoordeeld. Bijlage V bevat de statistische gegevens die bij de analyse en de bespreking van de daaruit volgende trends zijn gebruikt. In onderstaande paragrafen worden de ziekten genoemd waarop op basis van de criteria het accent van de communautaire actie moet komen te liggen en worden de trends besproken. Daarnaast worden communautaire acties op het gebied van de preventie van de drugverslaving beschreven die al in artikel 129 als prioritair zijn aangewezen.

(ii) **Ernstige bedreigingen voor de gezondheid, uitgezonderd drugs**

Kanker

58. De voornaamste, met de levenswijze verbonden vorm van kanker is die van de ademhalingswegen en de longen. Er zijn epidemiologische aanwijzingen dat dit hoofdzakelijk met roken verband houdt. De laatste decennia is het aantal met roken en alcohol samenhangende vormen van kanker toegenomen (hoofdzakelijk kanker van de bovenste ademhalingswegen en het bovenste deel van het spijsverteringskanaal en de longen).

59. In fig. 2 van bijlage V zijn duidelijk de trends te zien in de richting van een communautair-gemiddelde prevalentie van met de manier van leven verbonden bedreigingen van de gezondheid en een vervlakking van de prevalentie tussen mannen en vrouwen (als gevolg van het feit dat meer vrouwen gaan roken). De snelste ontwikkelingen blijken die in Denemarken en Nederland te zijn, maar de trend is in alle landen zichtbaar, behalve in Spanje welk land juist een onverwachte daling van de prevalentie bij vrouwen heeft laten zien. Wanneer het om andere vormen van kanker gaat, zijn de trends lang niet zo duidelijk en in sommige gevallen volgen zij niet hetzelfde patroon. Dit is een gevolg van twee factoren: de eerste de veranderingen in de levenswijze en de tweede de verbetering van het vermogen een vroegtijdige diagnose te stellen en dus te komen tot een tijdige herkenning. De verbetering van het vermogen een vroegtijdige diagnose te stellen (gecombineerd met een verbetering van de seksuele hygiëne) betekent in het geval van baarmoederhalskanker dat een dalende trend kan worden vastgesteld. Wat borstkanker betreft is echter de omgekeerde tendens zichtbaar; in bijna alle Lid-Statens is het aantal gevallen stijgende. Het is

moelijk een eenvoudige verklaring voor deze ontwikkeling te geven, aangezien niet gemakkelijk een relatie kan worden gelegd tussen borstkanker en risicofactoren die met de levenswijze verband houden, hoewel vermoed wordt dat de voeding een rol speelt. Er is eveneens een stijging te constateren van het totale aantal gevallen van kanker van de spijsverteringsorganen. Hier wordt echter het verband met de voeding en de veranderde eetgewoonten algemeen als een belangrijke verklaring beschouwd. Hiernaar en naar het verband tussen borstkanker en voeding wordt - in het raam van het programma "Europa tegen kanker"- een onderzoek ingesteld via de grote enquête naar de eetgewoonten in zeven Lid-Staten.

Hart- en vaatziekten

60. Er bestaat een algemene tendens in de richting van een daling van de sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten, hoewel de cijfers in Spanje en Griekenland niet zo duidelijk zijn als in de andere Lid-Staten, om redenen die mogelijk met een verandering in eetgewoonten samenhangen. Tot nu toe is geen sluitende verklaring voor deze ontwikkeling gegeven, maar er schijnt enig verband te bestaan tussen de verminderde prevalentie en veranderingen in levenswijze. Algemeen gezegd is de sterfte het sterkst gedaald in landen met de sterkste vermindering van het aantal rokers, de beste bloeddrukcijfers, een daling van het serum-cholesterolgehalte en de grootste toename van de lichaamsbeweging. Bovendien heeft ook de invoering van doeltreffender behandelingsmethoden invloed gehad op de sterfte.

Ongevallen

61. Sinds 1970 vertoont het aantal dodelijke ongevallen in de Gemeenschap (vergiftiging daaronder begrepen) een dalende lijn. Het aantal verkeersongevallen met dodelijke afloop en met lichamelijk letsel is in de meeste Lid-Staten significant gedaald. Zo is de sterfte in Frankrijk tussen 1970 en 1990 met een derde gedaald, in Italië met de helft en in Nederland met twee derde. Anderzijds is het aantal gewonden na 1985 in Portugal aanzienlijk gestegen en in Spanje is zowel het aantal doden als het aantal gewonden in die periode gestegen, hoewel deze nog betrekkelijk laag zijn. Bovendien zij erop gewezen dat, zoals in tabel 5 (bijlage V) wordt aangetoond, in de Gemeenschap verkeersongevallen nog altijd de voornaamste doodsoorzaak voor jongeren zijn.

Suicide

62. Het totale aantal gevallen van zelfdoding in de Gemeenschap vertoont de laatste 20 jaar een stijgende tendens. Een vergelijking tussen het eerste en het laatste beschikbare jaar (1970 en 1989) leert ons dat Duitsland het enige land is waar het aantal gevallen van zelfdoding significant is gedaald. De overige Lid-Staten laten hetzij een stabiel patroon, hetzij een toename zien. Er kan voor deze ontwikkeling geen sluitende verklaring worden gegeven, hoewel de maatschappelijke veranderingen vanzelfsprekend een rol spelen. Maar verschillen tussen politieke, culturele en historische traditie zijn van belang, zoals blijkt uit het feit dat zelfdoding in Zuid-Europa over het algemeen minder voorkwam dan in bepaalde Noordegroepse landen.

AIDS en andere besmettelijke ziekten

63. De besmettelijke ziekten zijn voor een groot deel niet langer een prevalentie doodsoorzaak in de Gemeenschap, hoewel zij nog altijd een significante morbiditeit veroorzaken. Met de verschijning van AIDS aan het

begin van de jaren tachtig is dit beeld echter enigszins veranderd. In het laatste decennium is het aantal lijders aan deze ziekte in de Gemeenschap echter snel gestegen. In 1982 waren slechts 86 mensen gemeld bij wie AIDS was vastgesteld. In 1990 was dit aantal tot iets onder 14.000 gestegen. De aantallen stijgen nog steeds, hoewel het stijgingspercentage is gedaald. Op 30 juni 1992 waren meer dan 69.000 gevallen gemeld en op 30 juni 1993 is dit aantal opgelopen tot bijna 89.000. Uitgaande van een bepaalde vertraging bij het melden van gevallen, wordt geschat dat eind juni 1993 het cumulatieve aantal meer dan 95.000 bedroeg. Hoewel alle Lid-Staten betrokken zijn, nemen drie van hen, te weten Frankrijk, Spanje en Italië, 71 % van alle gevallen in de Gemeenschap voor hun rekening. In de noordelijke Lid-Staten wordt het grootste aantal AIDS-gevallen aangetroffen onder homoseksuele mannen en in de zuidelijke Lid-Staten onder druggebruikers die spuiten. Maar het percentage AIDS-gevallen onder heteroseksuelen blijft overal in de Gemeenschap stijgen. Voor het aantal mensen in de Gemeenschap dat met het HIV-virus - de veroorzaker van AIDS - besmet is, is geen nauwkeurig cijfer beschikbaar. De WGO schat echter dat ongeveer 500.000 mensen geïnfecteerd zijn.

64. Het feit dat ook tuberculose, die vaak met AIDS samengaat, de laatste tijd weer de kop opsteekt, betekent ook dat wij acties tegen besmettelijke ziekten moeten blijven ondernemen.

Andere ernstige ziekten

65. Zoals uit tabel 1 blijkt, veroorzaken verscheidene andere ziekten, zoals met name psychische stoornissen, aandoeningen van het bewegingsapparaat en van de ademhalingswegen, in de Gemeenschap een aanzienlijke morbiditeit. Door de vergrijzing van de bevolking zal de prevalentie van deze aandoeningen toenemen. Een communautaire actie tegen deze ziekten heeft weliswaar niet de hoogste prioriteit, maar zal voor de toekomst mogelijk moeten worden overwogen.

b) Drugverslaving

66. Drugverslaving is de enige bedreiging voor de gezondheid die in artikel 129 met name wordt genoemd, waardoor zij automatisch voorrang krijgt bij de actie van de Gemeenschap op het gebied van de volksgezondheid. Op communautair niveau is al sprake van coördinatie van de acties ter zake van drugs; de omvang van dit veelzijdige probleem, met zijn vertakkingen naar ernstige maatschappelijke bedreigingen zoals sociaal isolement en werkloosheid en de moeilijkheden die de Lid-Staten ondervinden bij de bestrijding van de ernstige gevolgen ervan voor de maatschappij, hebben geleid tot een reeks initiatieven die de laatste paar jaar op communautair niveau zijn genomen. Het brede spectrum van initiatieven die door de Raad en het Europese Parlement zijn genomen, heeft aangetoond hoeveel belang zij aan dit probleem hechten en is het bewijs van hun opvatting dat acties noodzakelijk zijn om dit op communautair niveau aan te pakken. Dit is nog versterkt doordat drugs in artikel 129 afzonderlijk worden genoemd als ernstige bedreiging voor de gezondheid waaraan door een communautaire volksgezondheidsactie prioriteit moet worden verleend.

67. Tot de belangrijke initiatieven ter zake van drugs behoren de Europees plannen tegen drugs die door het CELAD (Europees Comité voor Drugbestrijding) is opgesteld en die de Europese Raad in december 1990 heeft goedgekeurd en in december 1992 heeft verlengd. Deze stukken behelzen een groot aantal te verrichten activiteiten. Bovendien heeft de Raad in februari 1993 een resolutie aangenomen tot oprichting van de EMCDDA, die belast is met de verzameling van gegevens, analyses, vergelijkingen en evaluaties op

druggebied, met bijzondere nadruk op zijn eerste driejaren-werkprogramma betreffende de vraag en de vermindering van de vraag naar drugs. In de toekomst zal de Gemeenschap in staat zijn haar resultaten op het gebied van de drugpreventie te consolideren, voort te bouwen op het reeds verrichte werk en een op de toekomst gericht programma te presenteren voor acties ten aanzien van drugs en drugverslaving in het kader van de volksgezondheid.

c) Zeldzame ziekten

68. Per definitie hebben zeldzame ziekten weinig gevolgen voor de maatschappij en veroorzaken betrekkelijk weinig sterfte en morbiditeit. Niettemin heeft de ervaring ons geleerd dat juist omdat zij zeldzaam zijn en er dus weinig gegevens over bestaan, zij significante problemen kunnen veroorzaken voor afzonderlijke landen. De legionairsziekte, de ziekte van Jacob-Creutzfeld en genetische afwijkingen zoals hemofilie zijn duidelijke voorbeelden. Communautaire initiatieven die op dergelijke ziekten gericht zijn, kunnen dus van pas komen om de inspanningen van de Lid-Staten aan te vullen en zo veel mogelijk gegevens en ervaringen uit te wisselen zodat alle Lid-Staten geholpen worden bij het ondernemen van passende acties wanneer zij met een ongewone bedreiging worden geconfronteerd. Ook zijn er ziekten die in sommige Lid-Staten zeldzaam zijn maar in andere niet. Een typisch voorbeeld is thalassemie, een ziekte die in het Zuiden van de Gemeenschap veel voorkomt. Ten aanzien van zeldzame ziekten zal de Gemeenschap dus nauw moeten samenwerken met de Lid-Staten om initiatieven te plannen die kunnen zorgen voor schaalvoordelen en solidariteit kunnen scheppen tussen de Lid-Staten.

V. VEROORZAKING VAN ZIEKTEN

69. De in het vorige hoofdstuk opgesomde groepen ziekten zijn die waarop de communautaire maatregelen zich dienen te richten. Maar bij het overwegen welke preventieve actie zo effectief mogelijk is, is het niet genoeg deze actie alleen op bepaalde ziekten of groepen ziekten te richten; nog belangrijker is het deze op de causatieve factoren af te stemmen. Wanneer wordt overwogen wat voor soort maatregelen en prioriteiten in aanmerking komen en welke prioriteit eraan kan worden verleend, is het noodzakelijk te kijken naar de voornaamste factoren die betrokken zijn bij de etiologie van deze ziekten.

70. Zoals de significante verschillen in morbiditeit en sterfte tussen de verschillende sociaal-economische groepen in de Lid-Staten al aangeven, vormen slechte sociaal-economische omstandigheden (bij voorbeeld slechte huisvesting, moeilijke toegang tot de gezondheidszorg, langdurige werkloosheid) natuurlijk een bedreiging voor de volksgezondheid. Dit verband is erkend in het onlangs gelanceerde programma over sociaal isolement (COM(93)435) waarin gepoogd wordt via geselecteerde projecten de impact te beoordelen van een reeks sociaal-economische omstandigheden ter zake van het sociaal isolement en de solidariteit te bevorderen. De bestrijding van deze omstandigheden staat weliswaar centraal in andere vormen van communautair beleid, maar is niettemin een van de voornaamste zorgen van de Gemeenschap bij het nastreven van haar doel, een bijdrage te leveren tot de preventie van risico's voor bepaalde groepen en bij het uitstippelen van een doeltreffende strategie voor de gezondheidsbescherming.

71. Zonder volledig te willen zijn vermeldt tabel 3 de voornaamste factoren die betrokken zijn bij de hierboven geïdentificeerde ernstige bedreigingen voor de gezondheid.

Tabel 3 FACTOREN DIE BETROKKEN ZIJN BIJ DE VEROORZAKING VAN ZIEKTEN	
BEDREIGING	FACTOREN
Ongevallen	Rijden onder invloed, defecte of slecht ontworpen produkten en diensten, milieuproblemen
Kanker	Roken, alcoholmisbruik, voeding, genetische factoren, blootstelling aan straling en carcinogene stoffen
Hart- en vaatziekten	Roken, alcoholmisbruik, genetische factoren, stress, gebrek aan beweging
Besmettelijke ziekten, waaronder AIDS	Slechte hygiëne, besmet water, onveilig seksueel gedrag, drugmisbruik, voeding, besmet bloed
Drugmisbruik	Sociaal-economische problemen, geestesstoornissen, stress
Psychische stoornissen, suïcide daaronder begrepen	Sociaal-economische problemen, genetische factoren, stress
Aandoeningen van het bewegingsapparaat	Slechte arbeidsomstandigheden, lichamelijke stress, voeding, gebrek aan beweging
Aandoeningen van de ademhalingswegen, astma daaronder begrepen	Milieuproblemen, waaronder verontreinigingen, roken, genetische factoren

72. Uit bovenstaande tabel blijkt dat, afgezien van de genetische factoren, er een aantal andere gemeenschappelijke, zowel specifieke als algemenere, factoren is dat bij deze bedreigingen van de gezondheid betrokken is. Van de specifieke factoren zijn roken en alcohol direct betrokken en de voeding speelt ook een rol. In algemenere zin zijn milieuproblemen bij alle direct of tot zekere hoogte betrokken. Sommige factoren zijn ook betrokken bij andere significante aandoeningen; voedingsproblemen spelen een belangrijke rol bij diabetes, rachitis en osteoporose, alcohol veroorzaakt levercirrhose en wanneer zwangere vrouwen roken verhoogt dat het risico van zuigelingensterfte.

73. Ten aanzien van het uitstippelen van een doeltreffende strategie voor de preventie van ziekten en de bescherming van de gezondheid heeft het feit dat allerlei aandoeningen verscheidene belangrijke factoren gemeen hebben, aanzienlijke consequenties. Het betekent bij voorbeeld dat maatregelen die erop gericht zijn mensen met roken te laten stoppen, een significante impact hebben op de morbiditeits- en sterftecijfers van een hele reeks aandoeningen; hierdoor wordt hun impact sterk vergroot.

74. Maatregelen die gericht zijn op het elimineren of verminderen van de impact van bepaalde causale factoren die met meer dan een ziekte verband houden, waarbij bij voorbeeld gebruik gemaakt wordt van acties voor

gezondheidsinformatie, -educatie en -bevordering en kwesties als voeding, tabak en alcohol aanpakt en maatregelen die gericht zijn op het grote publiek of bepaalde groepen, zoals kinderen of ouderen, kunnen een sleutelrol spelen in de totale strategie en ertoe bijdragen dat met beperkte middelen een zo groot mogelijk effect wordt gesorteerd. Dergelijke 'horizontale' maatregelen vormen een essentieel deel van de in hoofdstuk VI uitgestippelde strategie. Naast de factoren die bij meer dan een bedreiging van de gezondheid betrokken zijn, mag men echter de specifieke kenmerken van elke ziekte niet uit het oog verliezen. Over het algemeen is het moeilijk de oorzaak van veel ziekten volledig nauwkeurig aan te geven. De ontwikkeling van de microbiologie heeft geleidelijk de identificatie van de micro-organismen mogelijk gemaakt die voor de meeste besmettelijke ziekten verantwoordelijk zijn, maar wij moeten wachten totdat het menselijk genoom in kaart is gebracht voordat wij weten welke genen verantwoordelijk zijn voor bepaalde klinische omstandigheden. Bovendien zullen zich de middelen om deze ziekten te bestrijden in de toekomst zeker aanpassen naar mate hun precieze oorzaak ontdekt wordt.

75. Net als de gegevens over de prevalentie en de effecten van de ziekten zelf in de Gemeenschap, zijn ook die over de belangrijkste causale factoren onvolledig. Over drie van de belangrijkste ervan: voeding, roken en alcoholverbruik, zijn echter enige gegevens beschikbaar uit WGO-cijfers die een beeld opleveren van de trends in de gehele Gemeenschap.

76. Wat de voeding betreft, zijn cijfers beschikbaar over de percentages vet en eiwitten in de menselijke voeding. In 1989 varieerde de hoeveelheid vet als percentage van de totale energieopname tussen 34% in Portugal tot 47 % in België en dat van eiwit tussen 10 % in Griekenland tot 14 % in Frankrijk. Grotere significantie hebben echter de trends waaruit blijkt dat hoewel het percentage eiwit in de voeding sedert 1970 niet veel was veranderd, de vetopname in verscheidene landen, met name Frankrijk, Italië, Spanje en Portugal, aanzienlijk was toegenomen.

77. Wat roken betreft bestaan er cijfers voor het totale sigarettenverbruik per hoofd in de Lid-Staten op jaarbasis. Deze laten een duidelijke divergentie zien in de trends tussen de noordelijke en de zuidelijke Lid-Staten. In de periode 1976 t/m 1990 is het totale verbruik in zes noordelijke Lid-Staten gedaald met tussen 13,4 % in Denemarken (van 1801 tot 1560 eenheden per jaar) en 25,5 % in Nederland (van 2086 tot 1555 eenheden per jaar); anderzijds waren er in de zuidelijke Lid-Staten aanzienlijke stijgingen te noteren, waarbij bij voorbeeld Spanje een toename van 87,8 % (van 1122 tot 2109 eenheden per jaar) liet zien. Dit verschil tussen Noord en Zuid wordt bevestigd door gegevens van EUROSTAT over de uitgaven aan tabaksprodukten als aandeel van de totale gezinsuitgaven.

78. De trend in het alcoholverbruik is praktisch het spiegelbeeld van die voor het roken van sigaretten. In de periode tussen 1970 en 1988 zagen de noordelijke Lid-Staten het alcoholverbruik per hoofd aanzienlijk stijgen: zo steeg het in Denemarken met 45,6 % (van 6,8 tot 9,9 liter zuivere alcohol per hoofd per jaar), in Nederland met 46,4 % (van 5,6 tot 8,2) en in het VK met 43,4 % (van 5,3 tot 7,6). In die zelfde periode is in de zuidelijke Lid-Staten het verbruik gedaald: in Italië met 36,5 % (van 13,7 tot 8,7) en in Frankrijk met 21,6 % (van 16,2 tot 12,7).

79. Er zij op gewezen dat deze cijfers met grote voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, aangezien de basisreferenties voor de Lid-Staten aanzienlijk variëren. De WGO-gegevens over alcohol als percentage van de totale opgenomen energie laten bij voorbeeld zien dat in 1989 een

aanzienlijke variatie bestond tussen de Lid-Staten, van 3 % in Griekenland tot 8 % in Duitsland. De voornaamste waarde van dergelijke cijfers is dat zij trends aangeven die op hun beurt bestaande en potentiële problemen laten zien en gebieden in het licht stellen waar maatregelen noodzakelijk zijn.

VI. DE AARD EN OMVANG VAN DE BETROKKENHEID VAN DE GEMEENSCHAP

a) Algemene aanpak

80. De gezondheidssector is een uitgestrekt terrein van georganiseerde activiteit; het functioneren van deze sector en de effecten beïnvloeden direct en diepgaand een van meest gekoesterde bezittingen van de mens, d.w.z. zijn gezondheid. Tradities, gebruiken en de wettelijke en administratieve organisatie van de diensten en stelsels van de volksgezondheid lopen zo sterk uiteen dat het zinloos is te denken aan unificatie of harmonisatie van beleidsvormen en diensten op dit gebied.

81. De rol van de Gemeenschap bestaat in het ondersteunen van de inspanningen van de Lid-Staten op het gebied van de volksgezondheid, het helpen bij het formuleren en nastreven resp. uitvoeren van doelstellingen en strategieën en het bijdragen tot de continuïteit van de verstrekking van de gezondheidsbescherming in de gehele Gemeenschap; hierbij wordt gestreefd naar het behalen van de beste resultaten die op een bepaald gebied ergens anders in de Gemeenschap al behaald zijn.

82. De behoeften op het gebied van de volksgezondheid zijn overal in de Gemeenschap enorm groot en er is geen sprake van dat de Gemeenschap eraan kan denken deze te bevredigen. In plaats daarvan zal de Gemeenschap, onder toepassing van instrumenten en maatregelen die worden geacht de grootste impact te hebben, acties ondernemen die met de beperkte beschikbare middelen de hoogst mogelijke toegevoegde waarde opleveren. De Commissie zal trachten ervoor te zorgen dat acties op beleids- en strategieniveau die op zoveel mogelijk geselecteerde ziekten zijn gericht, de grootste prioriteit krijgen, over voldoende middelen beschikken en duidelijke doelstellingen hebben. De Commissie zal prioriteit verlenen aan grootschalige projecten met een grote impact, waarbij zoveel mogelijk overheidsorganisaties en niet-goevernamentele organisaties worden betrokken die hun waarde op hun respectieve terrein hebben bewezen. De Commissie zal er ook voor zorgen dat instrumenten in andere vormen van beleid gebruikt worden voor of een bijdrage leveren tot de gezondheidsbescherming en dat een eventueel ongunstig effect van andere beleidsmaatregelen wordt uitgeschakeld door instelling van een "gezondheidstoezicht" in alle fasen van het opstellen van desbetreffende instrumenten en programma's. Ten slotte is de Commissie bereid verzoeken van de Lid-Staten in te willigen om de onderlinge samenwerking te helpen vergroten en telkens wanneer dat nodig is zal zij de hulp inroepen van internationale organisaties die ter zake van gezondheidskwesties bevoegd zijn.

83. Tabel 4 laat, in matrixvorm, zien welke soort actie op communautair niveau kan worden ondernomen voor elke bedreiging van de gezondheid. Van bijzonder belang zijn de activiteiten inzake coördinatie, samenwerking, voorlichting, onderricht, gezondheidsbevordering, opleiding en onderzoek die hieronder nader worden besproken.

MOGELIJKHEDEN VOOR COMMUNAUTAIRE ACTIE

TABEL 4

SOORT ACTIE	Indicatoren voor gezondheidsgegevens	Toezicht Bewaking	Gezondheids Publiek	Voorlichting Specifieke pen	Gezondheids-groe-educatie/-bevordering	Opleiding gezondheids-werkers	Samenwerking tussen de Lid-Staten	Beleids-coördinatie	Uitstippeling en uitvoering strategieën	Gebbruik instrumenten in andere beleids-vormen	Financieel e steun	Studies enquetes	Samenwerking int.organisaties, derde landen	Andere specifieke preventieve acties
ZIEKTEN EN ANDERE BEDREIGINGEN VOOR DE GEZONDHEID														
Tabakverbruik	****	*	***	**	***	*	****	****	****	****	***	*	**	*
Drugsmisbruik	****	***	**	***	****	****	****	****	****	****	****	***	****	***
Alcoholmisbruik	****	*	***	**	***	**	***	**	**	****	***	***	**	*
Te weinig beweging	**	*	**	**	**	*	*	*	*	*	**	**	**	*
Verkeerde voeding	****	*	***	***	***	**	***	**	**	****	***	****	**	*
Kanker	****	**	***	****	****	***	***	***	****	****	****	****	****	****
Ziekten van de bloedsomloop	****	**	***	****	****	***	***	**	***	***	**	***	***	***
Aandoeningen van de ademhalingswegen	***	***	**	***	**	***	****	****	****	****	***	***	***	**
Aangeboren anomalieën	***	**	**	***	**	**	***	*	*	*	**	**	**	**
Perinatale aandoeningen	***	**	**	***	**	**	**	**	*	*	**	**	***	*
Ongevallen	****	***	****	***	****	***	***	***	***	****	**	****	**	*

**** = HOOG *** = MIDDEN ** = LAAG * = GEEN

TABEL 4

MOGELIJKHEDEN VOOR COMMUNAUTAIRE ACTIE

SOORT ACTIE	Indicatoren voor gezondheids- gegevens	Toezicht Bewaking	Gezondheids Publiek	Voortlichting Specifieke pen	Gezondheids- groe-educatie/- bevordering	Opleiding gezondheids- werkers	Samenwer- king tussen de Lid-Staten	Beleids- coördinatie	Uitstippeling en uitvoering strategieën	Gebruik instrumenten in andere beleids- vormen	Financiële steun	Studies enquêtes	Samenwerking int organisaties, derde landen	Andere specifieke preventive acties
ZIEKTEN EN ANDERE BEDREIGINGEN VOOR DE GEZONDHEID														
Aandoeningen van het bewegingsapparaat	**	*	***	***	**	**	**	*	*	**	**	**	**	**
Gezichtsproblemen	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Gehoörproblemen	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Psychische stoornissen/suicide	****	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	**
Met de voeding samenhangende aandoeningen	**	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	*
AIDS	****	****	**	****	****	****	****	****	****	***	****	****	****	****
Andere besmettelijke ziekten	****	****	**	****	**	****	****	****	****	**	****	****	****	***
Zeldzame ziekten	***	***	*	***	*	***	****	***	**	*	**	***	***	**
Met het voedsel verband houdende aandoeningen	***	***	**	**	**	***	***	***	**	***	**	***	**	**

**** = HOOG *** = MIDDEN ** = LAAG * = GEEN

b) Mechanismen voor raadpleging en participatie

84. In artikel 129 van het Verdrag betreffende de Europese Unie wordt de raadpleging van het Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de regio's voorgeschreven. Bovendien zijn in communautaire instrumenten met bindende karakter raadplegings- en participatiemechanismen opgenomen in verband met programma's en maatregelen die de Gemeenschap op het gebied van de volksgezondheid heeft goedgekeurd. De Commissie is van plan om naast deze mechanismen aanvullende expertise te verkrijgen, zodat optimale overleg- en participatiemechanismen beschikbaar komen voor de begeleiding en terugkoppeling van de communautaire activiteit op het gebied van de gezondheidsbescherming en daarbij de bestaande structuur van comités en werkgroepen stroomlijnen en consolideren.

84. Voorgesteld wordt een Raadgevend Comité voor de Gezondheidsbescherming op te richten dat de Commissie moet adviseren over alle met de gezondheidsbescherming verband houdende kwesties waarmee de Gemeenschap wordt geconfronteerd en wel in het bijzonder betreffende activiteiten ter zake van preventie en samenwerking. Het zal de Commissie bijstaan bij het opzetten en uitvoeren van haar werkzaamheden op volksgezondheidsgebied, met name door het beoordelen van de prioriteiten en door advies uit te brengen over voorgestelde programma's en instrumenten. Het Raadgevend Comité zal bovendien behulpzaam zijn bij de coördinatie op landelijk niveau van verschillende initiatieven en helpen zorgen voor de communicatie tussen de autoriteiten van de Lid-Staten en de personen die bij de uitvoering van de programma's zijn betrokken. Bovendien moet het de Commissie helpen bij het opstellen van documenten over de gezondheidstoestand in de Lid-Staten. Het is de bedoeling dat de resultaten van de werkzaamheden van dit Comité aan de andere Instellingen door middel van een jaarverslag bekend zullen worden gemaakt.

85. De Commissie zal in de context van de specifieke programma's binnen het actiekader volksgezondheid, zorgen voor passende mechanismen voor raadpleging en participatie.

c) Ondersteuning van de acties van de Lid-Staten en bevordering van de coördinatie

86. De Commissie is van plan haar steun voor de Lid-Staten te baseren op specifieke acties die alleen zij kan ondernemen, in het bijzonder door de uitwisseling te bevorderen van ervaringen en standpunten en het voorbereiden van acties die via allerlei instrumenten in verschillende sectoren kunnen worden ondernomen.

87. Ten aanzien van de activiteitengebieden waar volgens de Commissie mogelijkheden bestaan om nieuwe en innoverende coördinatieacties te lanceren gelden de volgende overwegingen:

(i) De vergelijking en evaluatie van preventief beleid ten opzichte van bedreigingen voor de gezondheid is wel moeilijk, maar van fundamenteel belang om een ongecoördineerde benadering te voorkomen die een negatief effect kan hebben op de keuzen en beslissingen van de autoriteiten op volksgezondheidsgebied. De Commissie kan in dit verband een beslissende rol spelen en wel door het verrichten van grootschalige kosten-batenanalyses die met name zijn gebaseerd op epidemiologische modellen en methoden en door voorstellen te doen voor maatregelen en programma's ter verbetering van de verdediging tegen ziekten.

(ii) De Commissie zal trachten de Lid-Staten te helpen de normen voor gezondheidsbevordering en de profylaxe te verbeteren. Enkele Lid-Staten hebben ongetwijfeld op sommige gebieden een grote mate van bescherming bereikt en aangezien ernaar wordt gestreefd een beschermingsniveau te bereiken dat even hoog is als het beste dat in de Gemeenschap bestaat, dient de Commissie te trachten de informatie te verstrekken die nodig is om tekortkomingen te corrigeren en daarbij het beleid en de programma's van de Lid-Staten die in dit verband het meest geavanceerd zijn, als referentiepunt te nemen. Op dit gebied zal een eerste doel zijn de oprichting van een onderling verbonden netwerk van vakbekwame centra voor het toezicht op en de bestrijding van ziekten, onder toepassing van passende gegevens, criteria en methoden. Er worden al inspanningen in die richting gedaan en er zullen passende initiatieven worden genomen ten aanzien van andere ziekten, die voortbouwen op al bestaande systemen en regelingen, bij voorbeeld ten aanzien van kanker.

(iii) Wat de eisen van de gezondheidsbescherming betreft en de gezondheidsbescherming die deze mensen geboden wordt, varieert de houding van de Lid-Staten tegenover personen uit niet-Lid-Staten aanzienlijk. Het beleid op dat terrein moet worden gecoördineerd en de Commissie is voornemens passende initiatieven op dit gebied te ontplooiën. Om deze doelstellingen te verwezenlijken bestaat behoefte aan de grootst mogelijke doorzichtigheid tussen de Lid-Staten, en de Commissie moet passende adviezen inwinnen en op grote schaal raadplegingen organiseren om effectief te plannen, haar boodschap over te laten komen en de dialoog over de kwestie van migranten en gezondheid te bevorderen.

d) Voorlichting, educatie en gezondheidsbevordering

88. Activiteiten die op het grote publiek en specifieke subgroepen zijn gericht kunnen worden gerangschikt onder gezondheidsvoorlichting, -educatie en -bevordering. Met de jaren is duidelijk geworden dat de precieze betekenis van elk van deze termen varieert naar gelang van de culturele en linguïstische context.

90. Gezondheidsvoorlichting omvat de overdracht, meestal naar het grote publiek, maar ook wel naar gespecificeerde groepen van informatie over zaken die met de gezondheid te maken hebben. Normaliter is de inhoud betrekkelijk algemeen en niet persoonlijk, aangezien het onwaarschijnlijk is dat de ontvangers nauwkeurig kunnen worden geïdentificeerd. Het medium kan zijn papier (folders enz.), tijdschriften en kranten (advertenties en artikelen), audiovisueel (TV en radio) of - en dat komt minder vaak voor - persoonlijk (bij voorbeeld praatjes en lezingen door gezondheidsdeskundigen).

90. Gezondheidseducatie betekent het aanbieden - met behulp van leermiddelen - van kennis over de gezondheid op een bepaalde doelgroep. Het proces omvat interactie met en terugkoppeling van de ontvangers en men kan pas zeggen dat het proces is afgesloten als de doelgroep blijkt heeft gegeven van een gewijzigd bewustzijn, dat de kennis van een aantal feitelijke gegevens en meer dan dat moet omvatten. Het kritische punt is dat de onderwijsgevende een bepaalde hoeveelheid informatie en gegevens wil overbrengen en verschillende benaderingen kiest om zijn doel te bereiken. Er zij op gewezen dat hoewel dit proces typisch in verband wordt gebracht met het onderwijs aan schoolkinderen, het niet tot deze groep beperkt blijft. De verantwoordelijkheid ter zake berust bij de overheidsdiensten in de afzonderlijke Lid-Statens; het ministerie van Gezondheid en dat van Onderwijs

kunnen erbij betrokken zijn en andere ministeries kunnen er ook nog bemoeienis mee hebben.

91. Gezondheidsbevordering kan men omschrijven als toegepaste gezondheidsvoorlichting. Met andere woorden, terwijl met de gezondheidsvoorlichting en -educatie gepoogd wordt de doelgroep te voorzien van de informatie en de middelen die voor een gezonde levenswijze nodig zijn, poogt de gezondheidsbevordering actief attitudes, gedragingen en het milieu te wijzigen om het voeren van een gezonde levenswijze mogelijk te maken. Maatregelen in het kader van de gezondheidsbevordering en die welke moeten leiden tot een verbetering op lange termijn van de sociale en economische omstandigheden, moeten hand in hand gaan aangezien de gezondheidsbevordering een ingewikkelde taak is die verweven is met de gehele sociale en politieke situatie. Het is niet voldoende met de gezondheid verband houdende problemen van een kant aan te pakken en evenmin de inspanningen te beperken tot mensen die een groot risico lopen; in plaats daarvan moet de gehele gemeenschap betrokken worden bij een gezamenlijke inspanning die iedereen een voortdurend gevoel van samenwerking en deelneming geeft en resulteert in een verbetering op lange termijn van de algemene levensomstandigheden.

92. De gezondheidsbevordering en -educatie kunnen gezien worden als algemene activiteiten die plaatsvinden op een groot, uiteenlopend gebied (gezin, school, werk, gemeenschap), betrekking hebben op veel met de levenswijze verband houdende bedreigingen van de gezondheid (kanker, AIDS, drugs, hart- en vaatziekten, ongevallen enz.) en gericht zijn op de verandering van het risicogedrag (roken, alcohol, voeding, drugmisbruik, gebrek aan lichaamsbeweging enz.). De sociale en culturele verschillen tussen en zelfs binnen de Lid-Staten moeten zorgvuldig worden geëvalueerd bij het verrichten van activiteiten van de Gemeenschap op het terrein van de gezondheidsbevordering en -educatie, in het bijzonder ten aanzien van voeding en drugmisbruik.

93. De verschillende benaderingen die in een ongelijksoortige en gecompliceerde samenleving als de Europese Gemeenschap noodzakelijk zijn, mogen echter nooit leiden tot een verstrooiing van de aanpak. In tegendeel, de verschillende benaderingen dienen elkaar te versterken om een zo groot mogelijke doeltreffendheid van alle activiteiten op het gebied van de gezondheidsbevordering en -educatie te waarborgen. Dit kan worden bereikt door de verschillende benaderingen op de verschillende niveaus (Europees, nationaal, regionaal en lokaal) aan elkaar te koppelen. Een doeltreffende organisatie en coördinatie van de acties ter zake van de gezondheidsbevordering en -educatie op alle niveaus, alsmede een zorgvuldige planning en evaluatie van alle acties, in de context van een totaal plan, is een eerste vereiste om maximale voordelen te behalen uit de inspanningen die worden gedaan om de gezondheid te bevorderen. De Commissie is dan ook van plan de bestaande programma's te herzien om ervoor te zorgen dat wanneer er sprake is van acties van soortgelijke aard, zoals gezondheidsbevordering en -educatie, deze gehergroepeerd worden ten einde dubbel werk te voorkomen en de doeltreffendheid te verbeteren.

94. Bij de tenuitvoerlegging van de gezondheidsbevordering en -educatie is het de taak van de Commissie om:

- de uitwisseling van gegevens en modellen voor goede praktijken te vergemakkelijken door middel van netwerken, informatiepakketten, handboeken en workshops;

- steun te verlenen door te zorgen voor passende stimulansen;
- activiteiten op communautair niveau te lanceren, op te zetten en zo nodig te coördineren.

95. Er zal een passend gebruik worden gemaakt van de middelen en deskundigheid waarover de Lid-Staten van de Gemeenschap beschikken om de doeltreffendheid van de acties op het gebied van de gezondheidsbevordering en -educatie te vergroten.

e) Onderzoek

96. Naast de artikelen 130 F t/m 130 Q over "onderzoek en technologische ontwikkeling", die op alle onderzoeksactiviteiten betrekking hebben, geeft artikel 129 van het Verdrag betreffende de Europese Unie de Gemeenschap een duidelijk mandaat voor onderzoek naar de oorzaken en de overdracht van ziekten. Acties binnen het actiekader voor de volksgezondheid dienen volledig gebruik te maken van de resultaten van de communautaire kaderprogramma's voor onderzoek.

97. Het onderzoek op het gebied van de medische biologie en de gezondheid (BIOMED), in het raam van het lopende communautaire programma van onderzoek en technologische ontwikkeling, loopt tot in 1994 door en heeft een begroting van meer dan 130 miljoen ecu.

98. Het huidige onderzoek betreft vier hoofdlijnen:

- coördinatie van het onderzoek naar stelsels op het gebied van de preventie, de verzorging en de gezondheid,
- problemen en ziekten van groot sociaal-economisch belang,
- analyse van het menselijk genoom,
- medische ethiek.

99. AIDS neemt een vooraanstaande plaats in onder de ernstige gezondheidsproblemen. De andere ernstige gezondheidsproblemen zijn hart- en vaatziekten, psychische stoornissen en neurologische aandoeningen alsmede het verouderingsproces en met de leeftijd samenhangende problemen. Op al deze gebieden worden de banden met actiegerichte activiteiten versterkt.

100. Momenteel wordt gesproken over een vierde kaderonderzoekprogramma. De Commissie heeft op 6 oktober 1993 een werkdocument gepubliceerd (COM(93)459) betreffende de wetenschappelijke en technologische inhoud van de specifieke programma's op basis van een formeel voorstel van de Commissie (COM(93) 276. Dit stuk wordt thans bestudeerd door het Europees Parlement en de Raad. De volgende thema's worden voorgesteld voor onderzoek op het gebied van de biogeneeskunde en de gezondheid in de periode van 1994 t/m 1998:

- AIDS, tuberculose en andere besmettelijke ziekten;
- kanker;
- farmaceutisch onderzoek;
- neurowetenschappen en hersenonderzoek;
- preventie, arbeidsgeneeskunde, risicofactoren en onderzoek op het gebied van de volksgezondheid;
- epidemiologie van ziekten met ernstige sociaal-economische gevolgen;
- hart- en vaatziekten;
- analyse van het menselijk genoom;
- onderzoek naar de gezondheidszorg;
- biomedische technologie en engineering;

- biomedische ethiek.

101. Nog een gebied waarop in enkele jaren significante ontwikkelingen in het communautaire onderzoek worden verwacht, is dat van het Telematicaprogramma voor gezondheidszorg (vroeger AIM). De werkzaamheden in het kader van AIM met een begroting van bijna 100 miljoen ecu voor de periode van 1991 t/m 1994 zijn bedoeld om de kwaliteit en het rendement van gezondheidsdiensten te verbeteren door het gebruik van "telematica", d.w.z. een combinatie van informatica en telecommunicatie.

102. Om ervoor te zorgen dat een gecoördineerde inspanning wordt gedaan en dat de bestaande communautaire onderzoeksprogramma's in voldoende mate de onderwerpen gezondheidsbevordering en profylaxe bestrijken, dient aan onderstaande voorwaarden te worden voldaan:

- identificatie, op basis van duidelijke, op communautair niveau overeengekomen prioriteiten, van de aspecten van de volksgezondheid die aansporing en bevordering door onderzoek nodig hebben,
- samenhang tussen de volksgezondheidsacties en de onderzoekactiviteit,
- een duidelijke strategie ten aanzien van de kwesties die voor de volksgezondheid van belang zijn,
- geleidelijke oprichting van geschikte constructies, bij voorbeeld netwerken,
- de juiste verspreiding van onderzoekresultaten en hun impact op besluiten op het niveau van de Gemeenschap en van de Lid-Staten.

f) Opleiding van gezondheidswerkers

103. De gezondheidswerkers op verschillende posten (algemene praktijk, ziekenhuizen, scholen, beroep, vrijetijdsbesteding) hebben een sleutelfunctie bij het overbrengen aan de gemeenschap van boodschappen op het gebied van de gezondheidsbevordering en -voorlichting. Dit is al aangetoond in het geval van de kanker- en de AIDS-bestrijding, waarbij belangrijke activiteiten hebben plaatsgevonden in het raam van de betrokken communautaire programma's. Het ligt in het voornemen van de Commissie om het werk op dit terrein voort te zetten om:

- (i) De gezondheidswerkers meer bewust te maken van de belangrijke rol die zij kunnen spelen en van de manier waarop zij ernstige ziekten kunnen helpen voorkomen
- (ii) Hun kennis vergroten van kwesties die van belang zijn voor de preventie van ziekten met een multiculturele dimensie, bij voorbeeld de rol van de voeding, migratie (bij voorbeeld in verband met thalassemie en HIV) of hun kennis van aandoeningen die in belang toenemen (bij voorbeeld tuberculose).

104. Met dit doel voor ogen zal de Commissie - voor zover dat in het kader van de actieprogramma's past - het volgende doen, met inachtneming van de richtsnoeren van de Gemeenschap voor onderwijs en opleiding, zoals door de Commissie uiteengezet in mei 1993 (COM(93)183) en de ervaring die bij communautaire actieprogramma's als ERASMUS, FORCE en COMETT, is opgedaan:

(i) De uitwisseling tussen de Lid-Staten bevorderen van gegevens over lopende opleidingscursussen en -programma's, met name in verband met verslavingen, maar ook alcohol en medicijnen, voeding en seksueel overdraagbare aandoeningen.

(ii) Coördineren van en adviseren over opleidingsprogramma's voor gezondheidswerkers, in nauwe samenwerking met de bevoegde autoriteiten, erkende instellingen en de betrokken comités en verenigingen.

(iii) De uitwisseling stimuleren van ervaringen met onderwijsmethoden en leermiddelen die verband houden met de preventie van ernstige bedreigingen voor de gezondheid en inzake de evaluatie van de doeltreffendheid van deze onderwijsmethoden en leermiddelen.

(iv) Inventariseren en evalueren van de bestaande methoden en praktische toepassingen van manieren om de toegankelijkheid en beschikbaarheid te verbeteren van voor gezondheidswerkers bestemde gegevens en materiaal die verband houden met de preventie van ernstige bedreigingen voor de gezondheid.

(v) Artsen, verpleegkundigen en maatschappelijkwerkers voorlichten over en kennis bijbrengen van specifieke aandoeningen die in hun respectieve Lid-Staten ongebruikelijk zijn, maar die als gevolg van de toename van de migratie en het reizen in de Gemeenschap steeds belangrijker worden; het gaat hierbij bij voorbeeld om tuberculose bij migranten, HIV en AIDS bij toeristen en thalassemie bij mensen uit het Middellandsezegebied.

g) Samenwerking met internationale organisaties en derde landen

105. Terwijl in artikel 129 de samenwerking met derde landen en internationale organisaties specifiek wordt genoemd in verband met de volksgezondheid, is samenwerking in het algemeen al tot stand gebracht krachtens artikel 228 van het EEG-Verdrag dat het sluiten van akkoorden tussen de Gemeenschap en een of meer staten of een internationale organisatie regelt. Ook wordt in het Verdrag bepaald dat de Commissie is belast met de zorg voor alle dienstige betrekkingen met de organen van de Verenigde Naties, van hun gespecialiseerde organisaties en bovendien de wenselijk geachte betrekkingen met alle internationale organisaties (artikel 229) onderhoudt. In artikel 230 van het EEG-Verdrag wordt bepaald dat de Gemeenschap elke dienstige samenwerking tot stand brengt met de Raad van Europa en in artikel 231 wordt hetzelfde gezegd ten aanzien van de Organisatie voor Europese Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO).

106. Er bestaat al heel lang samenwerking tussen de Commissie en derde landen en verscheidene internationale organisaties op het terrein van de volksgezondheid. In de toekomst zal de nadruk komen te liggen op een zodanige samenwerking dat alle partijen er zo veel mogelijk profijt van trekken. Om de samenwerking tussen de Europese Gemeenschap en de internationale organisaties aan te moedigen, is het noodzakelijk goed op de hoogte te zijn van de lopende en geplande samenwerking tussen de Lid-Staten en derde landen en internationale organisaties. Hierdoor wordt dubbel werk voorkomen en krijgen de acties van de Lid-Staten ondersteuning.

(i) Internationale organisaties

107. Een betrekkelijk groot aantal overheids- en niet-goevernementeel organisaties houdt zich impliciet en expliciet met de gezondheid bezig. De voornaamste organisaties waar het hier om gaat zijn: WGO, Raad van Europa,

Internationale Organisatie voor Migratie (IOM), UNESCO, Internationale Organisatie voor Atoomenergie (IAEA), OESO, IAO, FAO, VN-programma inzake internationale drugbestrijding (UNDCP), Internationale Federatie van Rode Kruis en Rode Halve Maan-verenigingen en Internationale Raad inzake alcoholisme en verslaafdheid aan andere schadelijke stoffen.

108. Er zijn akkoorden in verschillende vormen gesloten met de meeste internationale organisaties en in een geval is de Gemeenschap lid van een internationale organisatie geworden (FAO, 1991). Met uitzondering van de WGO, van wie alle activiteiten met de gezondheid te maken hebben, houden de andere internationale organisaties zich alleen bezig met specifieke gezondheidskwesties voor zover deze met hun doelstellingen verband houden. In het geval van de Raad van Europa - die op vele gebieden relaties met de Gemeenschap onderhoudt - is sprake van een uitbreiding van zijn rol op volksgezondheidsgebied, vooral sinds een aantal landen uit Midden- en Oost-Europa lid van die organisatie zijn geworden.

109. Het doel van de stimulering van de samenwerking is tweeledig:

- de versterking van de acties op volksgezondheidsgebied binnen de Gemeenschap, alsmede die welke erbuiten worden ondernomen maar er wel invloed op hebben;
- de garantie dat de Gemeenschap op internationaal niveau een grotere rol gaat spelen op het gebied van de volksgezondheid.

WGO

110. De samenwerking met de WGO is gebaseerd op twee briefwisselingen met de Commissie (1972 en 1982). Deze samenwerking heeft betrekking op de organisatie in haar geheel en op haar regionale centra, in het bijzonder het centrum voor Europa en het Internationaal agentschap voor kankeronderzoek (IARC). Op operationeel niveau is door de Gemeenschap en de WGO op verschillende gebieden intensief samengewerkt. Hiertoe behoort de organisatie van gezamenlijke activiteiten op specifieke gebieden. Van bijzonder belang is de door de WGO aan de diensten van de Commissie ter beschikking gestelde technische expertise, ten einde deze te helpen voldoen aan bepaalde eisen, zoals hulp bij ontwikkeling en het verstrekken van humanitaire spoedhulp. De samenwerking op kankergebied met het IARC is al intensief. Een uitgebreide mededeling over de lopende samenwerking tussen de WGO en de CEG is gedaan aan de Raad (COM(93) 224 def.). De Commissie heeft plannen voor een verdere briefwisseling met de WGO ten einde de samenwerking ten aanzien van specifieke kwesties bij te werken en te verbeteren.

Raad van Europa

111. De samenwerking met de Raad van Europa is gebaseerd op het EEG-Verdrag en is in 1987 bij een overeenkomst uitgebreid. Op het gebied van de volksgezondheid betreft de samenwerking terreinen als drugs, bloed, orgaantransplantaties, gezondheidseducatie, kwesties rond de jeugd en de gezondheidsbevordering en gezondheid en sport (vooral doping). Er wordt ook nauw samengewerkt in het Europees Comité voor de Gezondheid en bij de Europese farmacopee en in het bijzonder bij acties ten aanzien van drugs, waar nauwe samenwerking bestaat tussen de Commissie en de Pompidou-groep die nog verder zal worden uitgebreid door de oprichting van de EMCDDA. Daarnaast kan de versterkte samenwerking met de Raad van Europa op het gebied van de volksgezondheid, mits in de juiste richting geleid, de samenwerking met Midden- en Oost-Europa bevorderen en aldus bijdragen tot de verwezenlijking

van de doelstellingen van lid 3 van artikel 129.

112. De Commissie stelt een onderzoek in naar haar samenwerking met de Raad van Europa op volksgezondheidsgebied en zal te zijner tijd de resultaten van dit onderzoek bekend maken. Er zal worden overwogen voor te stellen om in de ontwerp-verdragen van de Raad van Europa op gezondheidsgebied clausules op te nemen die het de Europese Gemeenschap mogelijk maken tot deze verdragen toe te treden, zonder dat zij specifieke protocollen behoeft te sluiten en te ratificeren.

Andere internationale organisaties

113. IOM: Samenwerking op het gebied van migratie en gezondheid loopt;
UNESO: Samenwerking op het gebied van AIDS en voorlichting over drugs loopt en wordt uitgebreid;

IAO: Gezamenlijke activiteiten op het gebied van alcohol en drugs op de werkplek. Er worden initiatieven uitgewerkt betreffende roken, gezondheidseducatie en -bevordering, waarbij ook de gezinnen van de werknemers worden betrokken.

FAO: Er is tezamen met de FAO een conferentie georganiseerd over voeding en gezondheid; meer gezamenlijke activiteiten ter toepassing van de resultaten ervan zijn gepland.

UNDCP: De samenwerking op het gebied van de vermindering van de vraag naar drugs wordt uitgebreid.

Rode Kruis: Humanitaire gezondheidshulp is verleend via de Internationale Federatie van Rode Kruis en Rode Halve Maan-verenigingen en de samenwerking wordt in de toekomst voortgezet in verband met kwesties als de levering en de kwaliteit van bloed, AIDS-preventie enz.

OESO: Er wordt op het gebied van de gezondheidsaspecten van het milieu samengewerkt (voornamelijk ten aanzien van de chemische veiligheid); de samenwerking ten aanzien van de gezondheidsstatistieken wordt verder uitgebreid.

IAEA: Er bestaat een nauwe samenwerking op het gebied van de stralingsbescherming.

Aard van de grotere samenwerking

114. De aard van de grotere samenwerking met internationale en niet-goevernamentele internationale organisaties kan drie vormen aannemen:

- op gebieden waar de Gemeenschap bevoegd is, kan de Commissie de internationale organisaties vragen specifieke taken te verrichten voor de Commissie op gebieden waar deze organisaties over erkende vakkennis beschikken (gezamenlijke projecten).
- op gebieden die bestemd zijn voor de samenwerking tussen de Lid-Staten kan de Commissie, in overleg met de Lid-Staten, de hulp inroepen van deze organisaties bij het uitvoeren van gezamenlijke programma's en acties waarvan enkele of alle Lid-Staten voordeel hebben.
- op gebieden waar de internationale organisaties hun eigen programma's of acties uitvoeren die voor de Commissie of de Lid-Staten geen prioriteit hebben, kan de Commissie bijstand verlenen indien deze programma's of acties wel van belang zijn voor de Gemeenschap.

(ii) Samenwerking met derde landen

115. Bij de samenwerking met derde landen zal rekening worden gehouden met de bestaande en de toekomstige banden tussen deze landen en de Europese Gemeenschap. Een aantal landen heeft formele overeenkomsten met de

Gemeenschap gesloten; in enkele daarvan wordt de gezondheidsbescherming specifiek genoemd. Het is de bedoeling samen met deze landen na te gaan welke nadruk in het kader van deze overeenkomsten zal worden gelegd op gezondheidskwesties.

116. Overeenkomstig de conclusies van de Europese Raad van Kopenhagen (1993) dienen de communautaire programma's te worden opengesteld voor de landen in Midden- en Oost-Europa die associatieovereenkomsten met de Gemeenschap hebben gesloten. Hieruit dienen zich praktische banden te ontwikkelen met deze landen, ter aanvulling op de steun die de Gemeenschap al verleent. De mogelijkheid actieprogramma's voor hen open te stellen zal gezamenlijk met deze landen worden bestudeerd. Samenwerking met de derde landen die het lidmaatschap van de Gemeenschap hebben aangevraagd moet eveneens de identificatie van onderwerpen van wederzijds belang mogelijk maken en moet hen geleidelijk bij een aantal lopende acties betrekken.

117. In het raam van haar betrekkingen met ontwikkelingslanden neemt de Gemeenschap deel aan samenwerkingsprogramma's op volksgezondheidsterrein. De nadruk wordt gelegd op de ondersteuning, door middel van verschillende financiële instrumenten, van de hervorming van gezondheidsstelsels en acties die gericht zijn op het bevredigen van de basisbehoeften van de betrokken bevolkingen, in het bijzonder de kwetsbaarste groepen. De bijstand strekt zich ook uit tot de bestrijding van ernstige endemische ziekten en in het bijzonder seksueel overdraagbare aandoeningen en AIDS.

VII. TOEKOMSTIGE ACTIE OP HET GEBIED VAN DE VOLKSGEZONDHEID

118. De strategie die is gekozen voor het selecteren van bedreigingen voor de gezondheid voor acties op communautair niveau, naast wat is en zal worden ondernemen op onderzoekgebied, houdt in dat de Gemeenschap een combinatie zal nastreven van (i) acties van algemene aard ten behoeve van de bestrijding van veel ziekten, ten behoeve van mensen van verschillende leeftijdsgroepen, sociaal-economische groepen en geslacht, zoals gezondheidsgegevens en -bewaking, gezondheidsvoorlichting, -educatie en -bevordering en (ii) acties die ziekte-specifiek zijn en die om een maximaal effect te bereiken, sterk gericht moeten zijn. Hiermee wordt gezorgd voor een verstandige voortzetting van de voornaamste lopende programma's die hun waarde hebben bewezen en overheden, veel belangengroepen en personen overal in de Gemeenschap bij elkaar hebben gebracht en een optimale demonstratie van het subsidiariteitsbeginsel hebben gegeven.

119. De hierboven genoemde categorie (i) reageert direct op de uitdaging, actie te voeren tegen alle ernstige bedreigingen voor de gezondheid die eerder zijn geïdentificeerd en wel zodanig dat het optreden van de Gemeenschap een maximaal rendement belooft en zowel van nut is voor de mensen die beslissingen voorbereiden en nemen als voor de burgers van de Gemeenschap. Categorie (ii) helpt de inbreng te vergemakkelijken van de belangengroepen en deskundigen en hen beter te betrekken bij en te organiseren in de bestrijding van specifieke ziekten.

120. Bijlage IV laat voor elke geïdentificeerde bedreiging voor de gezondheid zien wat, kwalitatief gezien, te verwachten is van de impact van het optreden van de Gemeenschap. Communautaire programma's met acties van algemene aard die onder meer in tabel 4 zijn opgenomen, zullen niet alleen toegevoegde waarde opleveren wat deze bedreigingen voor de gezondheid en ziekten, maar ook andere bedreigingen en ziekten betreft. Dit geldt bij voorbeeld voor de gezondheidsvoorlichting over voeding en roken in verband

met kanker en hart- en vaatziekten. Ten slotte zullen de specifieke acties in de context van programma's voor bijzondere bedreigingen voor de gezondheid de eerdere acties aanvullen en versterken en ervoor zorgen dat geen kans verloren gaat om de geselecteerde ziekten uitgebreid en coherent aan te pakken. Zowel ziekte-gerichte als "algemene" actieprogramma's zullen worden ingevoerd door gebruik te maken van de instrumenten als voorzien in artikel 129 en hun doelstellingen zullen worden verwezenlijkt door maatregelen op basis van artikel 129 of andere relevante artikelen van de Verdragen.

121. Wat de ernstige bedreigingen voor de gezondheid betreft brengen bovenstaande overwegingen de Commissie tot de conclusie dat een aantal ervan momenteel op afdoende wijze kan worden aangepakt met bestaande programma's en instrumenten en met toekomstige acties van algemene aard. Het gaat hierbij om hart- en vaatziekten, psychische stoornissen, aangeboren afwijkingen, perinatale aandoeningen en aandoeningen van het bewegingsapparaat. De Commissie is van plan de toestand ten aanzien van deze ziekten onder controle te houden, ten einde specifieke acties te kunnen ondernemen wanneer die nodig blijken. Bovendien is de Commissie van plan om voor deze geselecteerde programma's en maatregelen, systematischer evaluatiemechanismen in te voeren met zowel essentiële als beheersmetingen. De eerstgenoemde omvatten een raming van de vermindering van het optreden van risicofactoren en van de verandering in risicogedrag en attitudes; met de laatstgenoemde wordt het mogelijk te concluderen of de gestelde doelen zijn bereikt en welke wijzigingen noodzakelijk zijn, vast te stellen wat de oorzaken van slagen of mislukken zijn en te bepalen met welke middelen doelen kunnen worden bereikt tegen zo laag mogelijke kosten en hoe met de beschikbare middelen maximale resultaten kunnen worden behaald.

122. Thans kan worden vastgesteld welke gebieden bij voorrang in aanmerking komen voor toekomstige acties van de Gemeenschap op het terrein van de volksgezondheid. Voor deze gebieden kunnen door de Commissie voorstellen worden gedaan voor globale meerjarenprogramma's, die duidelijke doelstellingen bezitten en de in dit document reeds uiteengezette principes, waaronder subsidiariteit, zullen eerbiedigen. Deze programma's hebben een looptijd van vijf jaar en worden in een periode van drie jaar ingevoerd. Zij betreffen onderstaande onderwerpen:

- Gezondheidsbevordering, -educatie, en -opleiding
- Gezondheidsgegevens en -indicatoren alsmede observatie en controle van ziekten
- Kanker
- Drugs
- AIDS en andere besmettelijke ziekten
- Opzettelijke en onopzettelijke ongevallen en letsels
- Met verontreiniging samenhangende ziekten
- Zeldzame ziekten.

Op grond van de ervaring en de ontwikkelingen in de incidentie van ziekten in de Gemeenschap kan de Commissie programma's voor andere bedreigingen van de gezondheid voorstellen.

BIJLAGE I

OVERZICHT VAN HET PREVENTIEBELEID IN DE LID-STATEN

1. **BELGIË (Franse gemeenschap)**

Momenteel zijn de prioritaire gebieden: AIDS, drugs, ouderen, immigranten en kwetsbare groepen. De preventieve acties omvatten: gezondheidseducatie, schoolgeneeskundige diensten, acties tegen drugs, AIDS en psychische problemen. Bovendien blijven allang bestaande programma's betreffende inentingen, hygiëne en sportblessures doorlopen.

(Vlaamse gemeenschap)

Er is een omvangrijke strategie voor gezondheidsbevordering en -preventie uitgestippeld, waarvan de voornaamste onderdelen zijn:

- stellen van prioriteiten voor de middellange termijn;
- coördinatie van plaatselijke en regionale initiatieven die passen in de globale, nationale en communautaire context;
- inpassing van sectorale benaderingen in een algemeen kader voor gezondheidsbevordering: bij voorbeeld: gezondheid op school, geestelijke gezondheid, drugpreventie en kwesties betreffende kind en gezin;
- uitvoering van wettelijke voorschriften (bij voorbeeld vroegtijdige melding van ziekten, inentingen);
- beschikbaar stellen van voldoende middelen voor specifieke preventieve acties, bij voorbeeld op het gebied van AIDS, kanker, hart- en vaatziekten, perinatale sterfte, ongevallen, besmettelijke ziekten en geestelijke gezondheid;
- optreden van de autoriteiten met steun van andere partners zoals het Vlaams instituut voor gezondheidsbevordering, dat sinds 1991 een belangrijk forum is voor alle organisaties die zich met de gezondheidsbevordering en -educatie bezighouden;
- andere coördinatiemechanismen zijn ook op specifieke terreinen ingesteld, zoals AIDS, preventie van het gebruik van tabak, alcohol en drugs, kanker enz.
- controle, toezicht en kwaliteitscontrole op het gebied van de volksgezondheid zoals gegevensverzameling en analyse van trends.

2. **DENEMARKEN**

Naast een aantal preventieve diensten die worden verleend door het officiële stelsel voor de gezondheidszorg, is het Deense preventiebeleid gebaseerd op het stuk "Het programma ten behoeve van de gezondheidsbevordering van de Deense regering". Dit in 1989 gepubliceerde programma gaf voorrang aan programma's voor kanker, hart- en vaatziekten, ongevallen, psychologische problemen en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Naast deze prioriteiten bezit Denemarken nog specifieke programma's voor drugs en AIDS alsmede voor astma en allergische ziekten.

Het ministerie van Volksgezondheid coördineert alle acties op dit gebied die door overheidsinstanties worden ondernomen en streeft naar de inpassing van preventieoverwegingen in andere beleidsmaatregelen die in Denemarken worden genomen.

Met dit doel voor ogen is een aantal coördinerende lichamen opgericht die alle worden voorgezeten door het ministerie van Volksgezondheid.

De preventieve activiteiten worden uit de belastingopbrengsten gefinancierd.

3. DUITSLAND

De verantwoordelijkheid op volksgezondheidsgebied berust vrijwel geheel bij de deelstaten en afgezien van federale programma's voor kanker, AIDS en drugs, worden alle andere op de preventie gerichte werkzaamheden op het gebied van de volksgezondheid zowel als alle andere met de gezondheid verband houdende activiteiten gedecentraliseerd vericht door de deelstaten. Ter ondersteuning van de bovenbedoelde werkzaamheden heeft de Bondsregering in 1993 een programma over het gezondheidsonderzoek gelanceerd met als titel: "Gezondheidsonderzoek tot het jaar 2000". Dit programma behandelt zowel levenswijzen, voeding en het milieu, als de zorg voor groepen die een bijzonder risico lopen, met name kinderen, jongeren, vrouwen en ouderen.

Er is een aantal federale adviesorganen opgericht die zich met gezondheid en preventie moeten bezighouden; de belangrijkste hiervan is de Bundesgesundheitsrat (federale raad voor de gezondheid). De raad van deskundigen adviseert over gezamenlijke acties en de federale raad voor het gezondheidsonderzoek over onderzoek. Voor specifieke ziekten bestaan andere advieslichamen en deskundigengroepen.

De werkzaamheden op het terrein van de preventie worden gefinancierd uit de belastingopbrengsten op het niveau van de bond, de deelstaten en de gemeenten, uit bijdragen van de ziektekostenverzekeraars en uit bijdragen van het bedrijfsleven en diverse andere bronnen.

4. GRIEKENLAND

Het preventiebeleid in Griekenland volgt de richtsnoeren van het programma van de WGO betreffende gezondheid voor allen in het jaar 2000. De nadruk ligt hierbij op de selectie van prioriteiten en op het engagement en de samenwerking van particuliere en overheidslichamen. Tot de prioritaire gebieden behoren thans: kanker, AIDS, hart- en vaatziekten, voorziening van bloed en bloedprodukten, met het bloed verband houdende erfelijke ziekten, ongevallen, drugs, psychische stoornissen en besmettelijke ziekten.

De actie ten aanzien van kanker, met steun van de Gemeenschap, richt zich vooral op voeding, tabak en programma's voor bevolkingsonderzoek en op het inrichten van een nationaal kankerregister. De bestrijding van AIDS wordt voornamelijk uitgevoerd via speciale programma's voor voorlichting, onderzoek en maatschappelijke bijstand. Bijzondere inspanningen worden verricht om vrijwillige bloeddonthes te stimuleren, met verplichte controles op hepatitis B en C en op HIV en om thalassemie en hemofilie te voorkomen. Er wordt steeds meer aandacht besteed aan het verzamelen en voor preventiedoeleinden gebruiken van gegevens over ongevallen op de weg, thuis en tijdens de vrijetijdsbesteding. Tevens zijn programma's voor gezondheidseducatie gelanceerd, waarbij in het bijzonder het begrip van de gezondheidsbevorderende school is gelanceerd. De actie tegen besmettelijke

ziekten omvat systematische inenting en verplichte melding alsmede maatregelen ad hoc, bij voorbeeld ten aanzien van tuberculose en malaria. De ouderen profiteren van een reeks acties voor gezondheidsvoorlichting en -educatie en van maatregelen die ontworpen zijn voor assistentie binnenshuis. De opleiding van gezondheidswerkers in de preventie en de problemen van migranten wordt steeds belangrijker.

Het beleid wordt vastgesteld door de minister van Gezondheid en Sociale Zekerheid, na overleg met de centrale gezondheidsraad waarin deskundigen zitting hebben uit alle sectoren van de gezondheidszorg. Gespecialiseerde semi-overheidsinstellingen en lichamen moeten de maatregelen en programma's tegen bepaalde ziekten en andere bedreigingen van de gezondheid uitvoeren.

De actieprogramma's en het onderzoek worden grotendeels gefinancierd uit de begroting van het ministerie van Gezondheid maar er komen ook bijdragen uit de tabaksaccijns en nationale inzamelingsacties.

5. SPANJE

De algemene doelstellingen op het gebied van het gezondheidsbeleid vallen in drie categorieën uiteen: de bevordering van een gezonde levenswijze, de preventie van gevaren uit het milieu voor de gezondheid en de verbetering van de gezondheidszorg.

Wat de bevordering van een gezonde levenswijze betreft, zijn de volksgezondheidsmaatregelen gericht op vermindering van het tabakverbruik en de schadelijke gevolgen daarvan voor de gezondheid, stimulering van lichaamsbeweging, vermindering van de schadelijke effecten van alcohol, vermindering van het drugmisbruik en de verslaving aan schadelijke stoffen en ontwikkeling van een dieet dat op individuele behoeften is afgestemd. De maatregelen ter preventie van gevaren uit het milieu zijn gericht op de vermindering van biologische, fysische en chemische risico's alsmede op het voorkomen van risico's op het werk en ongevallen. De verbetering van de gezondheidszorg ten slotte omvat de uitbreiding van de openbare gezondheidszorg, speciale zorg, zorg voor moeder en kind, ontwikkeling van mondhygiëne, geestelijke gezondheid en de revalidatie en het stelsel voor geriatrie. Programma's voor het voorkomen van specifieke ziekten omvatten programma's over hart- en vaatziekten, kanker, AIDS, ongevallen en zoönosen. Naast deze programma's, worden nog twee programma's over gezondheidsbevordering en -educatie uitgevoerd.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het preventiebeleid ligt op alle bestuurlijke niveaus: landelijk, regionaal en plaatselijk, en een aantal adviesorganen verleent bijstand bij het formuleren en uitvoeren van de verschillende beleidsmaatregelen. Wettelijke bepalingen regelen gebieden als inenting, ziekten waarvoor aanmeldingsplicht bestaat, voedselhygiëne, bescherming tegen luchtverontreiniging, bescherming tegen fysische agentia en bescherming tegen risico's op het werk. Daarnaast regelt een globale reeks rechtsinstrumenten het tabaksverbruik: reclameverbod, gezondheidswaarschuwingen, nicotine- en teergehalte, verbod op verkoop aan kinderen en verbruiksbeperkingen of -verboden.

6. FRANKRIJK

Het nationale preventiebeleid omvat drie elementen: i) acties die gericht zijn op alle belangrijke kwesties die de gezondheid betreffen ii) medische preventie (inentingen, bevolkingsonderzoeken en profylaxe) iii) en acties

gericht op specifieke groepen (schoolkinderen, ouderen, zwangere vrouwen, gehandicapten en jongeren met aanpassingsproblemen).

In 1991 heeft de minister van Volksgezondheid een Comité op hoog niveau voor de volksgezondheid ingesteld dat moest adviseren over kwesties en beleid op het gebied van de volksgezondheid. Dit Comité houdt zich momenteel bezig met de hervorming van het volksgezondheidsbeleid op basis van de strategie van de WGO ("gezondheid voor allen"). Preventieve en gezondheidsbevorderende activiteiten worden naast dit Comité ook nog verricht door specifieke adviesorganen en door plaatselijke autoriteiten.

Op de volgende gebieden bestaan wettelijke verplichtingen: inentingen, medisch onderzoek voor het huwelijk, tijdens de zwangerschap en na de geboorte voor moeder en kind, druggebruik, reclame voor alcohol en tabak en melding van besmettelijke ziekten.

Preventieprogramma's voor specifieke ziekten en bedreigingen voor de gezondheid betreffen: AIDS, drugs en drugmisbruik, tabak en alcohol, gebruik van medicijnen, seksueel overdraagbare aandoeningen, controle op kanker en tandheelkundige problemen. Algemene preventieprogramma's zijn gericht op ouderen, vrouwen en gehandicapten en betreffen ook de inpassing van gezondheidsaspecten in de stadsontwikkeling en scholen.

De preventieactiviteiten worden gefinancierd uit belastinggelden en bijdragen uit de sector van de ziektekostenverzekering.

7. IERLAND

De doelstellingen van het nationale preventiebeleid omvatten: preventie van besmettelijke ziekten, vroegtijdige opsporing van gezondheidsgebreken bij kinderen, waarbij significante verbeteringen zijn bereikt bij de tandheelkundige zorg en vermindering van de prevalentie van ziekten die aan roken, alcoholmisbruik en andere met de levenswijze verband houdende factoren te wijten zijn.

In 1988 heeft de Ierse regering een beleid goedgekeurd dat gericht was op de bevordering van de gezondheid en nieuwe structuren voor gezondheidsbevordering ingesteld, waaronder een kabinetssubcommissie voor gezondheidsbevordering, om de beschikking te hebben over een effectief mechanisme waardoor de besluitvorming op het gebied van overheidsbeleid met gevolgen voor de gezondheid kan plaatsvinden op basis van een gezondheidsperspectief. Preventieve acties in Ierland omvatten inentingsprogramma's, melding en diagnose van en ziekenhuisdiensten voor besmettelijke ziekten, controle op TBC, screening op baarmoederhalskanker, moederschap, zuigelingenverzorging en gezondheidszorg voor kinderen, tandheelkundige zorg, AIDS, drugmisbruik en roken.

Tegen eind 1993 zal het ministerie van Volksgezondheid een nationale gezondheidsstrategie ontvouwen die in het bijzonder een strategisch plan voor gezondheidsbevordering zal bevatten, de huidige gezondheidstoestand in Ierland zal schetsen en nationale doelstellingen en doelen voor specifieke verbeteringen zal bevatten, tezamen met een strategie om deze te verwezenlijken.

8. ITALIË

De preventieve activiteiten in Italië zijn hoofdzakelijk op vier kwesties

geconcentreerd: milieu en gezondheid, problemen die met de levenswijze verband houden, bescherming van de gezondheid op het werk en preventie van besmettelijke ziekten.

Wat milieu en gezondheid betreft, worden de werkzaamheden steeds meer verricht door het Europees centrum voor milieu en gezondheid, dat is opgericht krachtens een overeenkomst tussen het regionaal centrum voor Europa van de WGO en de Italiaanse regering. Ten aanzien van ziekten die met de levenswijze verband houden, concentreert het Italiaanse beleid zich op voeding, roken, drugs en AIDS. Ten aanzien van de bescherming van de gezondheid op het werk, bestrijkt de kaderwet (nr. 46 van 5 maart 1990) de gezondheid en de veiligheid in verband met technische installaties, apparatuur, stoffen en gebouwen en zij is aangevuld met decreten waarin de EG-Richtlijnen op basis van artikel 118 A van het EEG-Verdrag in Italiaans recht zijn omgezet. Italië heeft sinds twee jaar de beschikking over een nieuw systeem voor de preventie en de melding van besmettelijke ziekten. Het nieuwe systeem betekent dat deze ziekten beter en sneller kunnen worden geïdentificeerd; er ontstaat een snelle informatiestroom naar en van het ministerie van Volksgezondheid, zodat wanneer dat nodig is direct kan worden opgetreden en informatie uitgewisseld kan worden met de internationale gezondheidsorganisaties. De verantwoordelijkheid voor de preventieve activiteiten berust bij een aantal instanties, met name het ministerie van Volksgezondheid, de nationale gezondheidsdienst, plaatselijke gezondheidsinstanties en de bureaus voor drugverslaving.

9. LUXEMBURG

Sinds de jaren zeventig vormt de preventieve actie een integrerend deel van het algehele gezondheidsbeleid in Luxemburg. Dit leidde in 1980 tot een reorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, waarbij speciale afdelingen voor de preventie werden opgericht. De belangrijkste programma's zijn die voor drugs, tabak, alcohol, hart- en vaatziekten en kanker. Hiernaast is een speciaal programma gelanceerd ter bevordering van gezonde voeding en een gezonde levenswijze.

De preventieactiviteiten worden gecoördineerd door het ministerie van Volksgezondheid, terwijl ook de andere ministeries hun steentje bijdragen. De activiteiten op preventiegebied vallen sedert juni 1982 onder de herziene wet op de ziektekostenverzekering en de gezondheidssector. Naast de bepalingen van deze wet heeft Luxemburg nog geen afzonderlijk globaal preventieprogramma opgezet.

10. NEDERLAND

Het preventiebeleid is in Nederland gebaseerd op een aantal programma's. De profylaxe bestaat uit een aantal inentingsprogramma's, observatieprogramma's, programma's voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals- en borstkanker en consultatiebureaus voor moeders en zuigelingen. Een systematische opleiding voor preventie wordt momenteel ingevoerd, met name voor huisartsen. De actie voor de gezondheidsbevordering bestrijkt een hele reeks activiteiten zoals een landelijke campagne voor gezondheidseducatie, conferenties voor gezondheidseducatie op school en op de werkplek, geestelijke gezondheidseducatie vooral voor risicogroepen zoals ouderen, gescheiden mensen, kinderen enz. De gezondheidseducatie richt zich ook op alcohol, tabak en drugs. Intersectorale acties worden uitgevoerd in de arbeidsomgeving, met name voor veiligheid en gezondheid op het werk enz.

De preventieve activiteiten worden verricht door landelijke gespecialiseerde instellingen, GGD's, RIAGG's, regionale consultatiebureaus voor alcohol en drugs en eerstelijnsgezondheidswerkers. De profylaxe wordt door de ziekenfondsen gefinancierd.

11. PORTUGAL

Het doel op middellange termijn van de Portugese preventiestrategie is de verbetering van het peil van de volksgezondheid door middel van campagnes tegen kanker, drugs en AIDS en door de preventie van beroertes en hart- en vaatziekten, de preventie van ongevallen in het algemeen, de preventie van zelfdoding en door de verbetering van de bijstand aan ouderen, kinderen en jongeren. Bovendien poogt de algemene strategie de omstandigheden en het functioneren van de gezondheidszorg te verbeteren door het aantal bedden voor chronisch zieken te vergroten, door het verbeteren of vervangen van de voorzieningen ten behoeve van de gezondheidszorg en door stappen te ondernemen om de bestaande menselijke hulpbronnen te rationaliseren en een betere verdeling van het personeel voor de gezondheidszorg te bevorderen. Het ministerie van Volksgezondheid voert speciale programma's uit op het gebied van: controle op diabetes mellitus en hypertensie, vaccinatie, zuigeling- en kleuterzorg, gezondheidszorg voor moeders, tandheelkundige zorg, gezondheid op school, gezondheidseducatie, een nationaal kankerproject, drugpreventie en AIDS.

Het preventiebeleid in Portugal wordt gecoördineerd door het ministerie van Volksgezondheid en is vastgelegd in de Portugese wet op de nationale gezondheidsdienst. Het ministerie van Volksgezondheid laat zich adviseren door de nationale gezondheidsraad waarin vertegenwoordigers van alle bij de gezondheidsbescherming betrokken partijen zitting hebben. De nationale gezondheidsraad stelt aanbevelingen op over de algemene gezondheidsstrategie en wordt bij dit werk bijgestaan door een groot aantal advieslichamen.

12. VERENIGD KONINKRIJK

Het preventiebeleid van het Verenigd Koninkrijk omvat vier onderdelen.

- screening- en immunisatieprogramma's: bevolkingsonderzoek naar borst- en baarmoederhalskanker en inenting van alle kinderen tegen difterie, tetanus, kinkhoest, polio, mazelen, rode hond, de bof, BCG en Hib.

- specifieke gezondheidsinitiatieven zoals het "Health of the Nation"-initiatief voor Engeland dat in juli 1992 is gestart en vijf nationale prioriteiten omvatte en 27 doelen stelde. De prioritaire gebieden zijn: hartinfarct en beroerte, kanker, psychische stoornissen, ongevallen en HIV/AIDS en seksuele gezondheid (waaronder gezinsplanning). Bij de uitvoering van dit initiatief moeten alle ministeries in het geweer komen, moeten op nationaal en lokaal vlak gezondheidsverbanden worden gesloten, moeten passende acties worden ondernomen en moet de controle op de gezondheid en de evaluatie van de impact daarvan worden verbeterd.

- activiteiten op het gebied van de gezondheidsbevordering en de gezondheidseducatie. Voor Engeland zijn, in het kader van de "Health of the Nation"-strategie, prioriteiten vastgesteld voor activiteiten van de Health Education Authority, zowel op landelijk als op plaatselijk niveau, voor bevordering van de gezondheid als expliciet onderdeel van de contracten met huisartsen en voor de wijdverbreide gezondheidsbevordering in de gehele gezondheidsdienst. Andere activiteiten betreffen met name roken, alcohol, drugmisbruik, voeding, gezinsplanning en tandheelkundige zorg.

- de acties op het gebied van het milieu en de volksgezondheid betreffen de veiligheid van geneesmiddelen, verbruikersprodukten en het milieu, de bevordering van voedselhygiëne op nationaal en plaatselijk niveau en ten de slotte controle op en bewaking van besmettelijke ziekten.

BIJLAGE II

COMMUNAUTAIRE BELEIDSVORMEN EN INSTRUMENTEN DIE VAN DIRECT BELANG ZIJN VOOR DE GEZONDHEIDSBESCHERMING

1. OVERZICHT VAN DE ACTIVITEITEN

Gezondheid en milieu

Het nauwe verband tussen de milieuaspecten van de volksgezondheid en de noodzaak van overheidsingrijpen was overal in Europa al gelegd aan het einde van de vorige eeuw en op dat moment was de internationale activiteit al op gang gekomen. De pogingen van de Europese Gemeenschap om de kwaliteit van het milieu te bewaren, beschermen en verbeteren en aldus een bijdrage te leveren tot het beschermen van de menselijke gezondheid, zijn een voortzetting van deze internationale activiteit, die meer invloed heeft gekregen en doeltreffender is geworden door de wetgevende bevoegdheden van de EG en door de financiële middelen van de EG om bij de uitvoering te helpen. Het jongste globale bewijs van de milieuactiviteiten van de Gemeenschap is te vinden in "Op weg naar duurzame ontwikkeling", een beleids- en actieprogramma van de Europese Gemeenschap op het gebied van het milieu en duurzame ontwikkeling (COM(92)23 def., deel II), dat door de Raad op 1 februari 1992 is goedgekeurd. Dit programma bevat nadere voorstellen voor de verbetering van de kwaliteit van water, lucht en bodem, voor de controle op gevaarlijke stoffen en industriële activiteiten en voor het toezicht op straling en de controle op vervuiling en afvalverwijdering.

Gezondheid en veiligheid op het werk

De aanvaarding van de Europese Akte (1986) en de invoering van artikel 118 A betekenden een krachtige impuls voor de inspanningen van de Gemeenschap om de gezondheid en de veiligheid van de werknemers te verbeteren en de risico's van carcinogene en andere gevaarlijke stoffen te verkleinen en het gevaar voor ongevallen op het werk te verminderen. De betrokkenheid van de Gemeenschap op dit gebied vloeide voort uit de zorg de arbeidsomstandigheden te verbeteren in het Verdrag tot oprichting van de Gemeenschap voor Kolen en Staal (april 1951), nog versterkt door de sociale bepalingen (Titel III) van het EEG-Verdrag en de maatregelen voor de bescherming van de gezondheid in het Euratom-Verdrag. Sedert 1977 zijn belangrijke maatregelen goedgekeurd, met name in 1980, maar in 1989 is de betrokkenheid van de Gemeenschap significant groter geworden, toen een kaderrichtlijn (89/391/EEG) betreffende de verbetering van de veiligheid en de gezondheid van de werknemers op het werk werd goedgekeurd. In dit kader is een groot aantal communautaire maatregelen goedgekeurd, waardoor de Gemeenschap de stuwende kracht is geworden op het terrein van de veiligheid en de gezondheid op het werk. Enkele van de maatregelen sluiten nauw aan op de volksgezondheidsmaatregelen van de Gemeenschap op het gebied van de toxicologie en de anti-giftcentra¹⁾

Een gezonde bevolking heeft gezond voedsel nodig

Voedsel moet veilig, onbesmet en gezond zijn; deze noodzaak heeft geleid tot de invoering van fytosanitaire en veterinaire inspecties alsmede van eisen

1) Resolutie van de Raad en de ministers van Volksgezondheid, in het kader van de Raad bijeen, van 3 december 1990 betreffende de verbetering van de preventie en de behandeling van acute vergiftigingen bij de mens

ter zake van levensmiddelen, het gebruik van conserveringsmiddelen, additieven enz. en van voorschriften voor informatieve etikettering. Deze kwesties zijn het voorwerp van een aantal interne-marktmaatregelen in de Gemeenschap die al van 1962 dateren. Meer recent (sedert het midden van de jaren tachtig) is de belangstelling voor de voedingswaarde van levensmiddelen en additieven voor de bevordering van de gezondheid groeiende. De huidige bemoeienis op volksgezondheidsgebied geldt het vermijden van levensmiddelen die in verband gebracht worden met ernstige ziekten zoals kanker en hart- en vaatziekten, de mensen te helpen verstandig te kiezen wat zij moeten eten dank zij de gezondheidseducatie en duidelijke etiketten met informatie over de samenstelling van voedselprodukten. Hiertoe heeft de Commissie in het raam van het programma "Europa tegen kanker" een belangrijke voedingsstudie²⁾ gelanceerd.

Consumentenbescherming

De bevolking moet ook tegen andere produkten worden beschermd en tegen de potentieel schadelijke effecten van sommige diensten. Deze produkten zijn niet alleen medische produkten zoals geneesmiddelen³⁾ en medische apparaten⁴⁾ maar ook het gehele spectrum van potentieel gevaarlijke artikelen die op de markt verkrijgbaar zijn. De communautaire interne-marktmaatregelen om een hoog niveau van gezondheidsbescherming ter zake te bereiken omvatten richtlijnen in het raam van de "nieuwe aanpak", betreffende medische apparatuur, persoonlijke beschermingsmiddelen, machines, speelgoed⁵⁾ enz. alsmede richtlijnen en maatregelen inzake algemene produktveiligheid en het bestuderen van ongevallen⁶⁾.

Onderzoek en informatietechnologie

Van fundamenteel belang voor de ontwikkelingen in het volksgezondheidsbeleid zijn de resultaten van het onderzoek naar de oorzaken en overdracht van ziekten en naar manieren om deze te voorkomen, waaronder het gebruik van de moderne technieken uit de informatietechnologie. De achtereenvolgende communautaire programma's voor medisch en gezondheidsonderzoek bevatten, sedert het begin daarvan in 1978, een belangrijk element dat met de preventie van ziekten te maken had. Het lopende BIOMED-programma bevat soortgelijke bepalingen. De communautaire programma's en proefprojecten voor informatietechnologie en telematica, die vaak zijn uitgevoerd in samenwerking met de WGO en de Raad van Europa, bevatten elementen die betrekking hadden op het toezicht op erfelijke ziekten, het gebruik van de informatica in de geneeskunde (AIM), zorgsystemen (statistiek, alarmering, voedselveiligheid en toezicht op geneesmiddelen) en de epidemiologie.

Sociale zekerheid

De coördinatie van de stelsels voor sociale zekerheid geeft de verzekerden in bepaalde omstandigheden toegang tot gezondheidszorg in alle andere landen van de Gemeenschap dank zij Verordening 1408/71/EEG, formulier E111. De erkenning van het recht gebruik te maken van de stelsels voor de bescherming van de menselijke gezondheid, ongeacht de persoonlijke middelen, is

2) European Prospective Investigation of Cancer, Nutrition and Health (EPIC) 1988/9-1998

3) Richtlijnen van de Raad 65/65 en 75/318 en verdere wetegeving

4) Richtlijn van de Raad 90/385/EEG van 20.6.1990 (PB L 189 van 20.7.1990) en Richtlijn van de Raad 93/42/EEG van 14.6.1993 (PB L 169 van 12.7.1993)

5) Richtlijn van de Raad 88/378 van 3.5.1988 (PB L187 van 16.7.1988)

6) Richtlijn van de Raad 92/59

vastgelegd in de Aanbeveling van de Raad 92/442/EEG over de convergentie van de doelstellingen en beleidsmaatregelen voor sociale bescherming. De toegang tot de stelsels voor de bescherming van de menselijke gezondheid, ongeacht iemands middelen, kan worden gewaarborgd hetzij door een stelsel van ziektekostenverzekering waaraan iedereen ongeacht zijn inkomen of zijn individuele risicoprofiel kan deelnemen, hetzij door het gratis beschikbaar stellen van gezondheidszorg en preventie binnen een nationale gezondheidsdienst.

De gezondheidswerkers

De gezondheidswerkers en het personeel van goevernementele en niet-goevernementele organisaties die voor het verstrekken van de gezondheidsdiensten verantwoordelijk zijn, spelen een sleutelrol bij het geven van adviezen en voorlichting over de bevordering van de gezondheid en de preventie van ziekten. De communautaire maatregelen voor de wederzijdse erkenning van beroepskwalificaties tussen de Lid-Staten en voor de ontwikkeling van samenwerking en opleiding in het hoger onderwijs en in opleidingsinstituten, leveren in dit verband een belangrijke bijdrage. Bepaalde onderdelen van de communautaire programma's ter bestrijding van kanker en AIDS zijn opgezet ter bevordering van een betere opleiding voor gezondheidswerkers die bij de strijd tegen deze ziekten betrokken zijn.

Profylaxe en bevordering van de gezondheid

De communautaire volksgezondheidsactiviteiten gaan sedert halverwege de jaren tachtig verder dan de bestrijding en bescherming van risico's voor de gezondheid vanuit het milieu en op het werk en bestrijken nu ook de stimulering en coördinatie van maatregelen ter bestrijding van ernstige ziekten en ter bevordering van de gezondheid.

Het communautaire programma tegen kanker (1987-1989) was het eerste programma ter preventie van een ernstige ziekte. Het programma "Europa tegen kanker" concentreerde zich op acties op bepaalde gebieden zoals het gebruik van tabak en alcohol, eetgewoonten, blootstelling aan kankerverwekkende stoffen en aan de zon. Het stimuleerde passende controleprogramma's en voorlichting over vroegtijdige opsporing en bevorderde een Europese code tegen kanker van tien punten voor het grote publiek. De Gemeenschap nam, met gebruikmaking van interne-marktbepalingen, wetgevende maatregelen over tabak aan om de etikettering van tabaksprodukten en het teergehalte van sigaretten te verbeteren en te controleren. Er is een aanbeveling over het roken in openbare gebouwen goedgekeurd en een voorstel voor een richtlijn om de reclame voor tabaksprodukten te verbieden wordt momenteel bestudeerd. Er is een nieuw programma ter bestrijding van kanker aanvaard om deze activiteit tussen 1990 en 1994 voort te zetten dat, halverwege de uitvoering ervan, zijn waarde en doeltreffendheid, zijn vermogen een tijdschema aan te houden en zijn impact op het vergroten van het bewustzijn (via zijn partners op alle niveaus) heeft aangetoond.

Andere belangrijke volksgezondheidsprogramma's zijn naar mate de politieke druk en de ontwikkelingen in de gezondheid communautaire actie verlangden, spoedig gevolgd. Het programma "Europa tegen AIDS" (1991-1993) heeft tien belangrijke actiegebieden. Net als bij kanker, betroffen sommige acties het vergroten van het bewustzijn van het grote publiek, een betere gezondheidseducatie en samenwerking met de communautaire onderzoekprogramma's. Andere nieuwe onderdelen zijn ingevoerd ter aanpassing aan het bijzondere karakter van deze ziekte, zoals sociale ondersteuning en

adviezen, kostenramingen voor bestrijding van de HIV-infectie en inspanningen om de discriminatie van met AIDS besmette personen tegen te gaan. Na de evaluatie door de Raad van de acties in het raam van dit programma en vooruitlopend op het van kracht worden van het Verdrag betreffende de Europese Unie, hebben de Raad en de ministers van Volksgezondheid het programma tot eind 1994 verlengd.

Het Europese plan ter bestrijding van drugmisbruik bevat een element dat betrekking heeft op volksgezondheidsacties ter vermindering van de vraag naar drugs. Uitwisseling van ervaringen, verhoging van het bewustzijn van het grote publiek en bijstand voor proefprojecten op preventiegebied zijn aspecten van dit plan. Een Europese drugpreventieweek is een belangrijk middel om de samenwerking te bevorderen en het bewustzijn te vergroten.

Wanneer men wil dat het publiek op de hoogte is met en reageert op richtsnoeren zoals de Europese Code tegen kanker, zijn een permanent programma voor gezondheidsbevordering en -educatie en de verstrekking van relevante informatie noodzakelijk. In het programma van de WGO "Health for All by the Year 2000" is deze benadering geaccentueerd en de communautaire initiatieven op het gebied van gezondheidseducatie die door de ministers van Onderwijs en die van Volksgezondheid zijn gelanceerd, houden zich met dit onderwerp bezig. Er zijn ook campagnes gestart om de mensen in de context van de communautaire programma's ter bestrijding van kanker en AIDS en acties tegen drugmisbruik te bewegen hun gedrag te veranderen.

Andere aspecten

De activiteiten van de Gemeenschap op het gebied van de volksgezondheid vertonen uiteraard nog andere aspecten. Acties ter bevordering van het bereiken van zelfvoorziening in menselijk bloed of plasma afkomstig van vrijwillige, niet-betaalde donaties en om de produktie van bloedprodukten die van deze donaties afkomstig zijn te ontwikkelen, zijn hiervan een goed voorbeeld. Er zijn ook acties ondernomen op het gebied van de toxicologie ten behoeve van de gezondheidsbescherming, de verbetering van de preventie en de behandeling van acute vergiftigingen van de mens, de invoering van een Europees medisch paspoort en op een aantal andere gebieden, niet alleen in de sfeer van de volksgezondheid maar ook als onderdeel van andere vormen van communautair beleid.

2. LIJST MET COMMUNAUTAIRE INSTRUMENTEN DIE VAN DIRECT BELANG ZIJN VOOR DE GEZONDHEIDSBESCHERMING

*** EEG-Verdrag:**

(1951-1957): impliciete erkenning van volksgezondheidsbegrippen door verwijzing naar "een toenemende verbetering van de levensstandaard" - veel artikelen zijn van indirect belang voor de bescherming van de gezondheid

*** Euratom-Verdrag**

(1957) zorgt voor:

- basisnormen voor de bescherming van de gezondheid van de werkers en de bevolking tegen de aan ioniserende straling verbonden gevaren (Hoofdstuk III)
- veiligheidscontroles en opleiding van inspecteurs (Hoofdstuk VII)
- sluiten van akkoorden of verdragen met internationale organisaties en derde landen (Hoofdstuk X)

- * **Met de aanvaarding van de Europese Akte:**
(1986): is een specifieke juridische grondslag voor gezondheid, veiligheid, milieubescherming en consumentenbescherming gelegd: Artikel 100 A, lid 3, artikel 118 A (bescherming van de gezondheid en veiligheid van de werknemers; milieu: artikelen 130 R, 130 S en 130 T).
- * **Veiligheid en gezondheid op het werk:**

(1977-78): aanvaarding van de eerste Richtlijn van de Raad betreffende veiligheidssignalering en van de Richtlijn betreffende vinylchloridemonomeer (gebaseerd op artikel 100 van het EEG-Verdrag).

1980: Richtlijn van de Raad betreffende de bescherming van werknemers tegen chemische, fysische en biologische agentia (artikel 100)

1989: Aanvaarding van de kaderrichtlijn 89/391/EEG betreffende belangrijke aspecten van gezondheid en veiligheid op het werk (artikel 118 A) en twaalf andere richtlijnen voor bijzondere aspecten van de veiligheid en de gezondheid op het werk
- * **Milieu:**

EEG-Verdrag: artikelen 100 R, 100 S en 100 T
- 1) **Gevaarlijke stoffen, industriële risico's en biotechnologie: Voorbeelden zijn:**

1967: Richtlijn van de Raad 67/548/EEG inzake de indeling, de verpakking en het kenmerken van gevaarlijke stoffen (PB L196, 16.8.1967, blz. 1)

1976: Richtlijn van de Raad inzake de beperking van het op de markt brengen en van het gebruik van bepaalde gevaarlijke stoffen en preparaten (PB L262, 27.9.1976, blz. 201)

1982: Richtlijn van de Raad inzake de risico's van zware ongevallen bij bepaalde industriële activiteiten (PB L230, 5.8.1982, blz. 1)

1993: Richtlijn van de Raad inzake principes voor de evaluatie van risico's voor de mens en het milieu van stoffen
- 2) **Lucht. Voorbeelden zijn:**

1970: Richtlijn van de Raad inzake de luchtverontreiniging door gassen afkomstig van motorvoertuigen (PB L76, 6.4.1970, blz. 1)

1982: Richtlijn van de Raad inzake een grenswaarde voor het loodgehalte van de lucht (PB L378, 31.12.1982, blz. 15)

1985: Richtlijn van de Raad inzake luchtkwaliteitsnormen voor stikstofdioxide (PB L87, 27.3.1985, blz. 1)
- 3) **Richtlijnen inzake afval** (PB L194, 25.7.1975, blz. 39), afvalwaterbehandeling (PB L135, 30.5.1991, blz. 40), preventie van luchtverontreiniging afkomstig van vuilverbrandingsinstallaties (PB L163, 14.6.1989, blz. 32; PB L203, 15.7.1989, blz. 50)
- 4) **Geluid** (motorvoertuigen, straalvliegtuigen, bouwmachines, huishoudelijke apparaten enz.) (PB L42, 23.2.1970, blz. 16)

5) Water (drinkwaterkwaliteit, zwemwater) (PB L347, 17.12.1973, blz. 1).

*** Consumentenbescherming**

Levensmiddelen

Al sinds 1962 zijn Richtlijnen van de Raad aanvaard inzake additieven gebruikt in voor menselijke consumptie bestemde waren (op basis van artikel 100 van het EEG-Verdrag). In 1969 is een Permanent Comité voor levensmiddelen opgericht. In 1974 is het Wetenschappelijk Comité voor de voeding opgericht; het stelt lijsten met additieven en de voorwaarden voor het gebruik ervan op.

- 1985: Richtlijn van de Raad inzake bepaalde stoffen met een hormonale werking.
- 1989: Richtlijn van de Raad inzake de officiële controle op levensmiddelen en Richtlijn van de Raad betreffende de onderlinge aanpassing van de wetgevingen van de Lid-Staten inzake voor bijzondere voeding bestemde levensmiddelen (op basis van artikel 100 A, lid 3 van het EEG-Verdrag)
- 1990: Richtlijn van de Raad betreffende voor de menselijke consumptie bestemde diepgevroren levensmiddelen
Richtlijn van de Raad inzake de voedingswaarde-etikettering van levensmiddelen
Richtlijn van de Raad inzake materialen en voorwerpen van kunststof bestemd om met levensmiddelen in aanraking te komen

Verder:

- 1989: Richtlijn van de Raad betreffende een communautair systeem voor de snelle uitwisseling van gegevens over de gevaren die verbonden zijn aan het gebruik van consumentenprodukten (artikel 235)
- 1988: Richtlijn van de Raad betreffende de veiligheid van speelgoed
- 1991: Richtlijn van de Raad inzake de controle op de verwerving en het voorhanden hebben van wapens
- 1992: Richtlijn van de Raad inzake algemene produktveiligheid

*** Geneesmiddelen**

In 1965 heeft de Raad de eerste richtlijn goedgekeurd inzake de aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen inzake farmaceutische specialiteiten, op basis van artikel 100 van het EEG-Verdrag.

- 1975: Instelling van een geneesmiddelencomité: het Comité voor farmaceutische specialiteiten; Richtlijn van de Raad betreffende de normen en voorschriften voor het testen van farmaceutische specialiteiten
- 1987: Richtlijn van de Raad tot onderlinge aanpassing van de nationale maatregelen inzake het in de handel brengen van met behulp van hoogwaardige technieken, met name biotechnieken, vervaardigde geneesmiddelen en Richtlijn van de Raad betreffende de proeven met

het oog op het in de handel brengen van farmaceutische specialiteiten.

- 1989: Richtlijn van de Raad 89/342 inzake vaccins, 89/343 inzake radiofarmaceutica en 89/105 betreffende de doorzichtigheid van maatregelen ter regeling van de prijsstelling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik (artikel 100 A)
- 1991: Richtlijnen van de Commissie tot vastlegging van beginselen en richtsnoeren inzake goede praktijken bij het vervaardigen van geneesmiddelen en bij het beproeven daarvan
- 1992: Richtlijn van de Raad betreffende de etikettering en Richtlijn van de Raad betreffende de reclame voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik (artikel 100 A)
- 1993: Verordening (EEG) nr. 2309/93 van de Raad tot oprichting van een Europees Bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling en tot vaststelling van nieuwe procedures voor de registratie van geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik (artikel 235 van het EEG-Verdrag).

*** Vrij verkeer van personen**

- 1964: Richtlijn van de Raad voor de coördinatie van de voor vreemdelingen geldende bijzondere bepalingen ten aanzien van verplaatsing en verblijf, die gerechtvaardigd zijn uit hoofde van de openbare orde, de openbare veiligheid en de volksgezondheid (artikel 56, lid 2 van het EEG-Verdrag)

*** Medische en paramedische werkzaamheden**

- 1975: Instelling van een comité van hooggeplaatste ambtenaren van volksgezondheid dat zich bezighoudt met:

- Richtlijn van de Raad inzake de onderlinge erkenning van de diploma's van artsen (de artikelen 49, 57 en 66 van het EEG-Verdrag)
- Richtlijn van de Raad inzake de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de werkzaamheden van de arts (de artikelen 49, 57, 66 en 235 van het EEG-Verdrag),

Gevolgd door:

- Richtlijnen van de Raad betreffende de wederzijdse erkenning van de diploma's van verpleegkundigen (1977), tandartsen (1978), vroedvrouwen (1980), apothekers (1985) en huisartsen (1986).

*** Medische apparaten**

De Raad heeft verscheidene richtlijnen goedgekeurd die de bescherming betreffen van de gezondheid en de veiligheid van personen met het oog op het op de markt brengen van medische apparaten:

- Richtlijn 84/539/EEG inzake de elektrische apparaten die worden gebruikt bij de uitoefening van de menselijke geneeskunde en de diergeneeskunde.
- Richtlijn 90/385 inzake implanteerbare medische hulpmiddelen
- Richtlijn 93/42 inzake elektrische apparaten.

BIJLAGE III

EISEN VOOR DE BESCHERMING VAN DE GEZONDHEID ALS INTEGREREND DEEL VAN VORMEN VAN COMMUNAUTAIR BELEID

* Samenwerking op het gebied van het recht en interne aangelegenheden:

Controle van personen aan de buitengrenzen, immigratie, drugs en de Europese Drugswaarnemingspost

* Burgerrechten:

Toetreding tot het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens

Bescherming van persoonlijke gegevens

* Externe betrekkingen:

. PHARE en TACIS; VN-drugs

. Relaties met internationale organisaties: Raad van Europa, WGO, FAO, OESO, IOM, UNESCO, UNDCP, IAEA, VN

. Aanvaarding van de Europese Farmacopee

. Samenwerking met derde landen: EVA, CEEC, mediterrane landen, Latijns-Amerika, Noord-Amerika enz.

. Onderhandelingen met ASEAN over het onwettig vervaardigen van drugs en psychotrope stoffen

Controle op de intra-communautaire en internationale handel in drugs en psychotrope stoffen.

* Interne markt

Kwaliteit, veiligheid en hygiëne van levensmiddelen, waarschuwingssysteem, etikettering, additieven, kleurstoffen, verontreinigingen, interactie tussen voeding en gezondheid, verpakking.

Medische apparatuur, normalisatie, bij voorbeeld van in vitro-diagnose, farmaceutische produkten; cosmetische produkten, drugs en precursors. Stoffen en gevaarlijke preparaten, indeling en etikettering; kunstmest, biociden.

Regulering van de kwalificaties van (gezondheids)werkers.

* Concurrentie:

Prijs van medische produkten; stelsels voor sociale zekerheid.

* Sociale zaken:

Vrouwen en gezondheid, sociale bescherming, gehandicapten, ouderen, migranten, armoede, bescherming van de gezondheid van werknemers, Europees Sociaal Fonds.

* Onderwijs en opleiding:

ERASMUS, activiteiten voor jongeren en gezondheidswerkers.

* Landbouw:

Kwaliteit en gezondheid van planten, dieren en gespecialiseerde gewassen (groenten en fruit, wijn, alcohol, tabak enz.); hygiëne in verband met vis, schelpdieren, melk en zuivelprodukten.

Bevordering van het gebruik van olijfolie, zuivelprodukten, groenten en fruit.

Veterinaire en fytosanitaire inspecties binnen en buiten de Gemeenschap.

* Visserij:

Kwaliteit van visserij- en aquacultuurprodukten.

Bevordering van de consumptie van visserij- en aquacultuurprodukten.

Bevordering van hygiënische omstandigheden bij de produktie, de consumptie en het op de markt brengen van visserij- en aquacultuurprodukten.

* Vervoer:

Veiligheid bij het vervoer; preventie van ongevallen, met name verkeersongevallen in verband met alcohol, ongevallendatabasis.

* Ontwikkeling:

Samenwerkingsacties betreffende de hervorming van gezondheidsstelsels en programma's en projecten ter ondersteuning van de gezondheidsontwikkeling.

Campagne tegen AIDS

Programma voor onderzoek en ontwikkeling op het gebied van de wetenschap en de technologie, sub-programma's voor geneeskunde, gezondheid en voeding in tropische en subtropische gebieden.

* Cultuur, communicatie en voorlichting:

Europa van de burgers: op de jeugd gerichte activiteiten, bij voorbeeld drugs, AIDS, sport enz.

* Milieu

Nucleaire veiligheid en gezondheidsbescherming (EURATOM); bescherming tegen andere fysische agentia: lawaai, laagfrequente elektromagnetische golven.

Beheersing van gevaarlijke chemische stoffen en preparaten; gevaren in verband met de biotechnologie en genetisch veranderde organismen;

Beheersing van emissies uit industriële installaties; afvalbeheer.

Kwaliteit van lucht, bodem, water, drinkwater.

Civiele burgerbevolking.

* Onderzoek:

Communautair referentiebureau.

Nucleaire veiligheid; biologische gevolgen van straling en effecten op de gezondheid; evaluatie van de risico's van natuurlijke en medische straling
Biotechnologie: neurowetenschappen.

BIOMED 1: analyse van menselijke genomen; biomedische ethica; onderzoek naar gezondheidsdiensten en technologieën en ziekten die met de levenswijze verband houden: AIDS, kanker, drugs, veroudering. kwaliteitscontrole, vierde programma voor onderzoek en technologische ontwikkeling: preventief en epidemiologisch onderzoek naar ziekten met omvangrijke sociaal-economische gevolgen en erfelijke ziekten. Onderzoek naar gezondheidsstelsels, evaluatie van behoeften en onderwijs en voorlichting over gezondheidskwesties. Europees hersenonderzoek.

* Programma voor telecommunicatie en telematica:

Telematicaprogramma voor gezondheidszorg (AIM) verbeterde kwaliteitsgarantie en doeltreffendheid van therapeutische en sociale maatregelen en eerstelijnsgezondheidszorg, beheer van medische beelden, medische dossiers, gegevenskaarten revalidatiepatiënten enz. via resultaten van verscheidene specifieke projecten, gezamenlijke actie en flankerende maatregelen: RACE, ESPRIT, IMPACT, TIDE.

Telematicaprogramma voor administratie (ENS) CARE-project: snelle, doeltreffende toegang tot gezondheidsstatistieken, geneesmiddelencontrole enz.

Wettelijke bescherming van gegevens (aanbeveling Raad van Europa)

* Indirecte belasting:

Gedistilleerde en gegiste dranken, verwerkte tabak.

* Toerisme:

* Consumentenbescherming:

Algemene veiligheid van produkten en diensten en aansprakelijkheid; EHLASS-project; systeem voor de snelle uitwisseling van gegevens; consumentenvoorlichting en -educatie.

* ECHO:

Humanitaire spoedhulp voor niet-Lid-Staten

* Sociale en gezondheidsstatistieken

TABEL 5
IDENTIFICATIE VAN DE VOORNAAMSTE BEDREIGINGEN VOOR DE GEZONDHEID IN DE GEMEENSCHAP

Ziekte/ Gezondheidsprobleem	Gestandaardiseerde sterfte per 100.000 of indicentie- ratio per 100.000 schat- tingen	Kosten voor de gezondheidszorg (en andere kos- ten, b.v.ver- zuim)	Praktische mogelijkheden voor de preventie	Toegevoegde waarde voor de Gemeenschap (actiemogelijkheden)	Voornaamste bedreigingen (voornaamste gezondheids- problemen)	Eerdere communautaire volksgezondheidsactie
KANKER Kanker van de dikke darm Longkanker Kanker van het spijsverteringsapparaat Borstkanker Prostaatkanker	337 29 42 62 33 19	***	***	****	****	****
ZIEKTEN VAN DE BLOEDSOMLOOP Hypertensie Acute hartinfarct Cerebrovasculaire ziekte Vasculaire ziekte Ischemische hartsiekte	338 16 90 90 137	****	***	****	****	**
ZIEKTEN VAN DE ADERHALINGSMECH Bronchitis, emfysem, astma	17	***	***	***	***	**
Aangeboren anomalieën Perinatale aandoeningen	5 5	*** ***	**** ****	*** ***	* *	** **
ONGEVALLEN (vergiftigingen daaronder begrepen) Ongevallen met motorvoertuigen	51 15	****	****	****	****	**
Misbruik van drugs en alcohol		****	****	****	****	***
Problemen met het bewegingsapparaat		****	***	***	***	**

**** = HOOG *** = MIDDEN ** = LAAG * = GEEN

Ziekte/ Gezondheidsprobleem	Gestandaardiseerde sterfte per 100.000 of incidentie- ratio per 100.000 schat- tingen	Kosten voor de gezondheidszorg (en andere kos- ten, b.v.ver- zuim)	Praktische mogelijkheden voor de preventie	Toegevoegde waarde voor de Gemeenschap (actiemogelijkheden)	Voornaamste bedreigingen (voornaamste gezondheids- problemen)	Eerdere communautaire volksgezondheidsactie
Gezichtsproblemen		**	**	*	*	*
Gehoörproblemen		*	**	*	*	*
Psychische stoornissen Zelfdodigen	13	****	**	*	***	*
Met de voeding samenhangende ziekten, diabetes, caries enz.		***	***	***	**	***
AIDS (incidentie) ANDERE BESMETTELIJKE ZIEKTEN (incidentie) Seksuueel overdraagbare aan- (incidentie) doeningen tuberculose	2.41	*** ***	**** ****	**** ****	*** ***	*** ***
BESMETTELIJKE KINDERZIEKTEN, bij voorbeeld Mazelen (incidentie) Rode hond (incidentie) andere besmettelijke kinderziekten	51 26	**	****	****	*	*
ZELOZAME ZIEKTEN Thalassaemie, sikkelcel-anemie, rachitis		*	***	***	**	*
DOOR VOEDSEL OVERGEDRAGEN ZIEKTEN bij voorbeeld salmonellavergiftiging		**	****	****	***	*

**** = HOOG *** = MIDDEN ** = LAAG * = GEEN

BIJLAGE V

Statistische Gegevens

Totale en overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg in verhouding tot de nationale uitgaven in de Gemeenschap : 1970 - 1980 en 1991

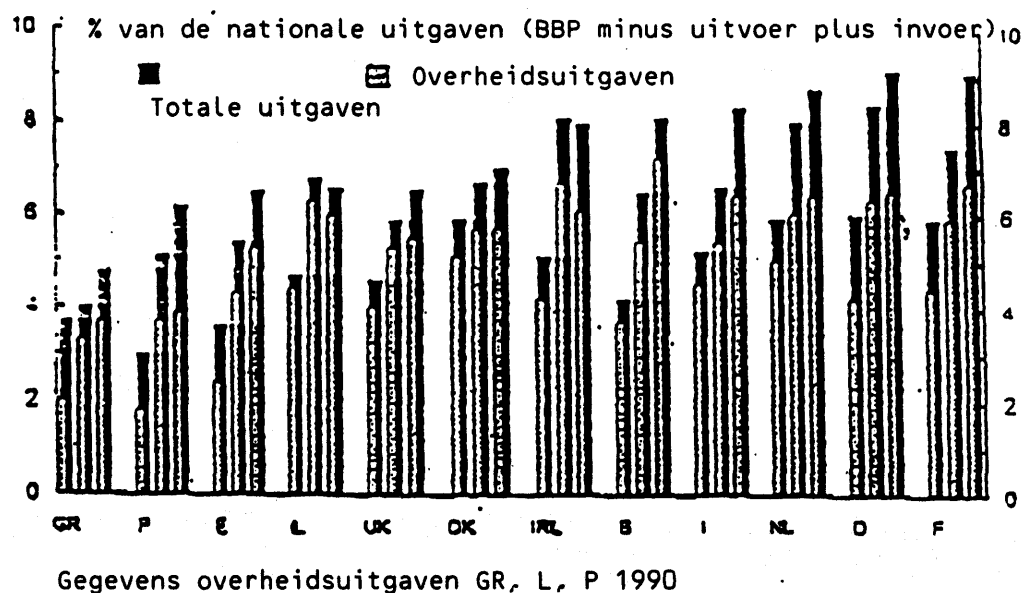


Fig. 1

VERDELING IN TIJD VAN DOODSOORZAKEN EUR-12

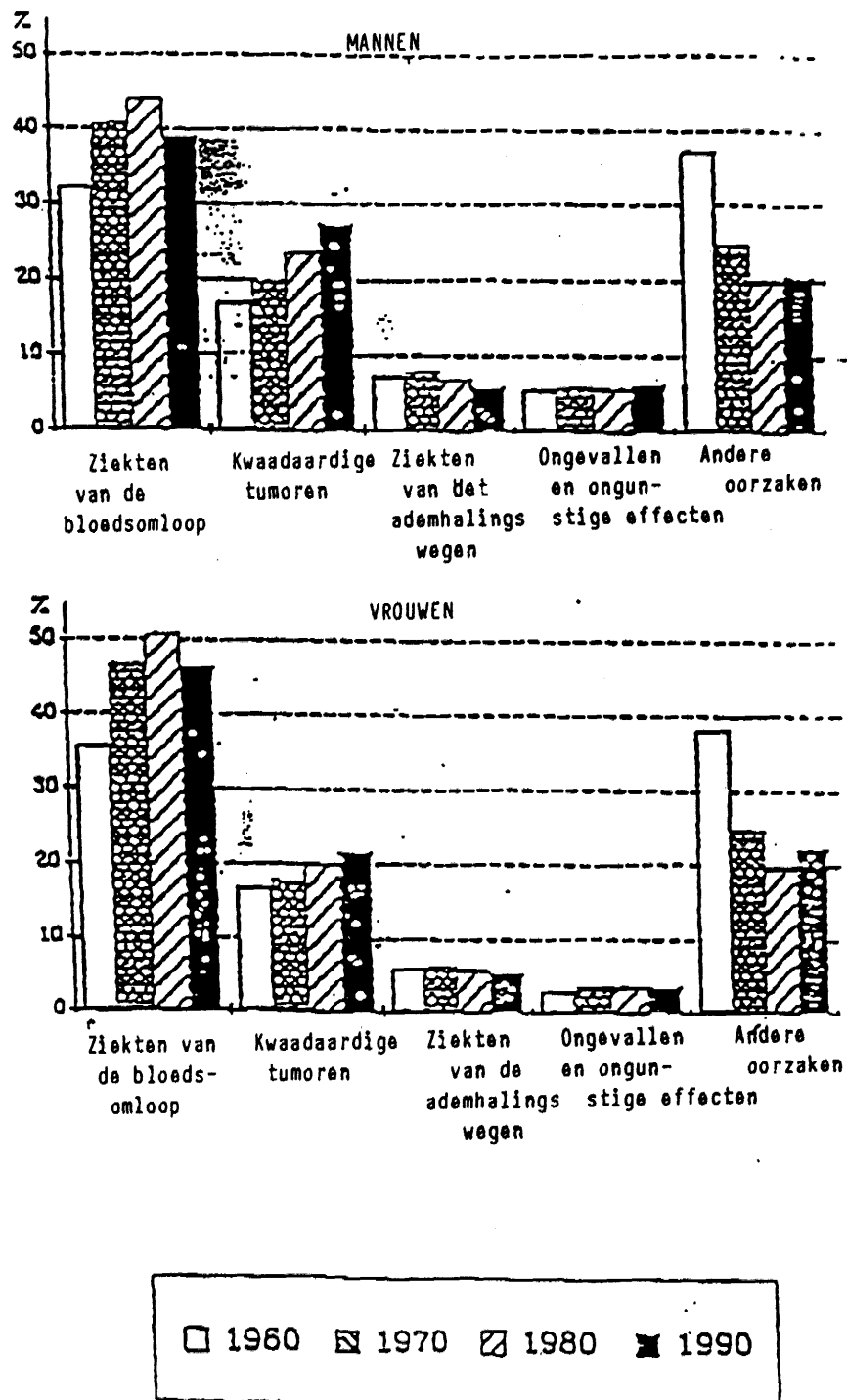
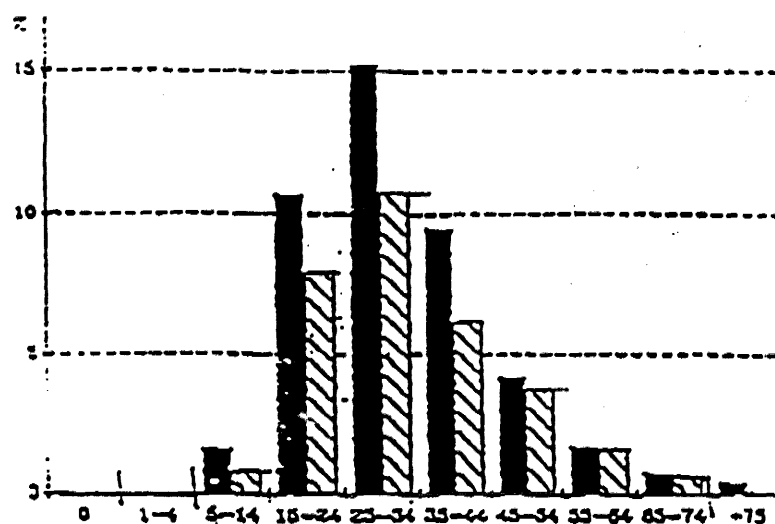
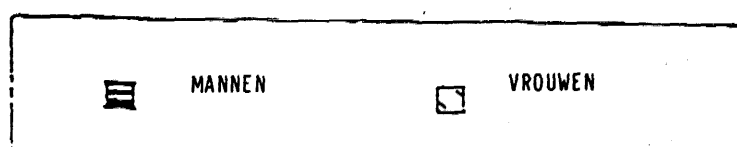
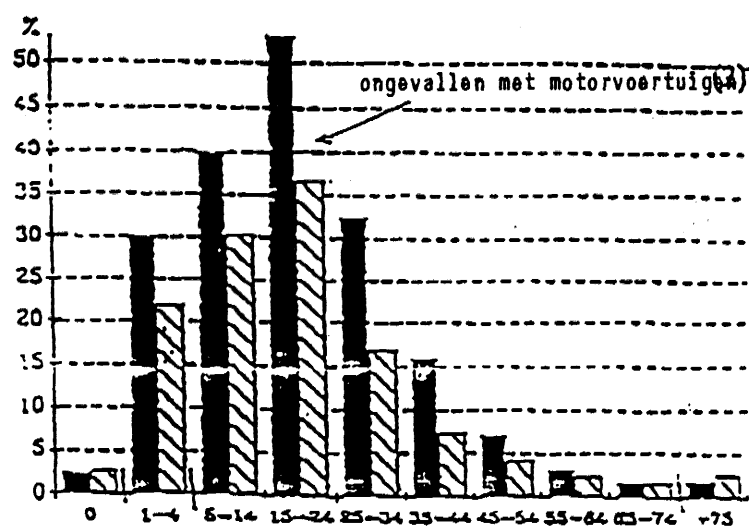


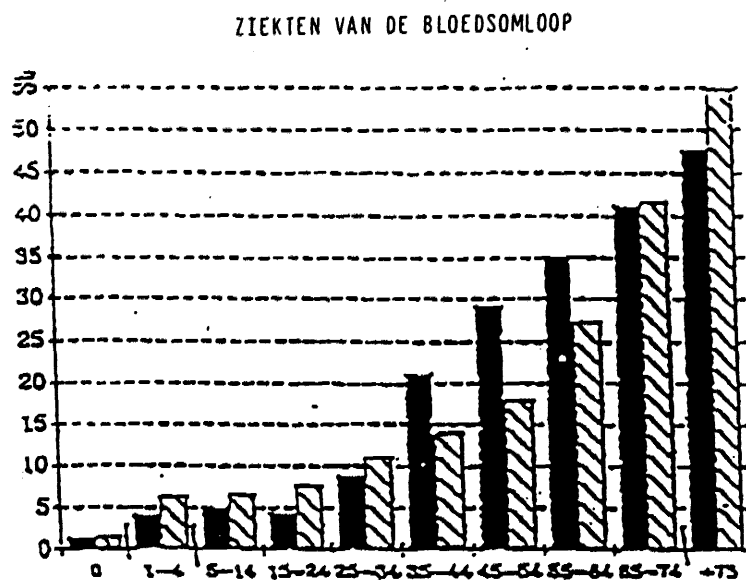
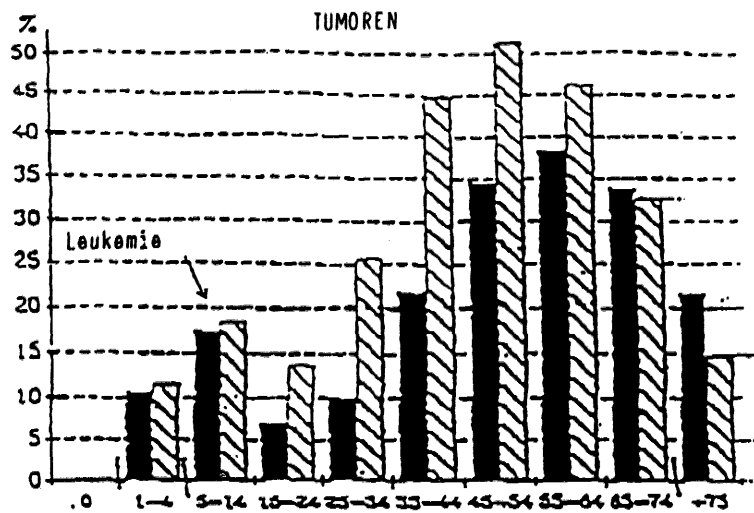
Fig. 2

ZELFMOORD



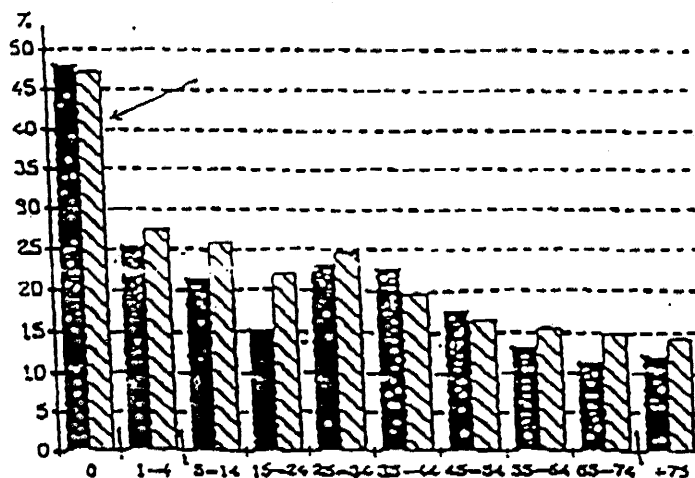
ONGEVALLEN





ANDERE OORZAKEN

(3)



- (1) België 1986; Spanje 1987; Italië 1988.
 (2) In deze leeftijdsgroep hebben bijna alle ongevallen betrekking op het verkeer
 (3) Infectie- en parasitische ziekten, ziekten van het spijsverteringsstelsel, van het uro-genitaal stelsel, van het zenuwstelsel, bloed-, hart- en andere ziekten

BIJLAGE V

STATISTISCHE GEGEVENS

VOORNAAMSTE DOODSOORZAKEN PER LEEFTIJD EN GESLACHT IN DE EUROPESE GEMEENSCHAP

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
jonger dan 1 jaar	Hypoxie, asphyxia neonatorum en andere aandoeningen van de ademhalingswegen	Hypoxie, asphyxia neonatorum en andere aandoeningen van de ademhalingswegen
1-4 jaar	Verkeersongeval	Aangeboren anomalieën van het hart en de bloedsomloop
5-9 jaar	Verkeersongeval	Verkeersongeval
10-14 jaar	Verkeersongeval	Verkeersongeval
20-24 jaar	Verkeersongeval	Verkeersongeval
30-34 jaar	Verkeersongeval	Suïcide
35-39 jaar	Suïcide	Borstkanker
40-44 jaar	Acuut hartinfarct	Borstkanker
45-49 jaar	Acuut hartinfarct	Borstkanker
50-54 jaar	Acuut hartinfarct	Borstkanker
55-59 jaar	Acuut hartinfarct	Borstkanker
60-64 jaar	Acuut hartinfarct	Borstkanker
65-69 jaar	Acuut hartinfarct	Acuut hartinfarct
70-74 jaar	Acuut hartinfarct	Acuut hartinfarct
80-84 jaar	Acuut hartinfarct	Acute cerebrovasculaire ziekte
ouder dan 85 jaar	Ziekten van de longen, de bloedsomloop en andere cardiopathieën	Ziekten van de longen, de bloedsomloop en andere cardiopathieën

Bron: Wereldgezondheidsorganisatie

ISSN 0254-1513

COM(93) 559 def.

DOCUMENTEN

NL

05

Catalogusnummer : CB-CO-93-600-NL-C

ISBN 92-77-61146-4

Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen
L-2985 Luxemburg