

Medlemmerne af Folketingets Europaudvalg
og deres stedfortrædere

Asiatisk Plads 2
DK-1448 København K
Tel. +45 33 92 00 00
Fax +45 32 54 05 33
E-mail: um@um.dk
Telex 31292 ETR DK
Telegr. adr. Etrangeres
Girokonto 300-1806



Bilag
1

Journalnummer
400.C.2-0

Kontor
EUK

21 maj 2004

Med henblik på mødet i Folketingets Europaudvalg den 28. maj 2004 –
dagsordenspunkt rådsmøde (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbru-
gerbeskyttelse) den 1.-2. juni 2004 – vedlægges Indenrigs- og Sundhedsmini-
steriets notat om de punkter, der forventes optaget på dagsordenen.

**Samlenotat for rådsmødet
(beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse)
den 1.-2. juni 2004 – sundhedsdelen**

	Side
6. Rådskonklusioner om hjertesundhed - Vedtagelse	2
7. e-Health - Vedtagelse af rådskonklusioner - Præsentation af Kommissionens meddelelse om "e-Health – making health care better for European Citizens: an action plan for a European e-Health Area" (KOM(2004)356 endelig)	3
8. Rådskonklusioner om Fællesskabets indsats og beredskab over for influenzapandemier - Vedtagelse	5
9. Patientmobilitet og udviklingen på sundhedsområdet i Den Europæiske Union - Vedtagelse af rådskonklusioner - Præsentation af og politisk drøftelse af Kommissionens meddelelse om "Opfølgning af processen på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU (KOM(2004)301 endelig) - Præsentation af Kommissionens meddelelse om "Modernisering af socialsikringen med henblik på at udvikle en tilgængelig og varig sundheds- pleje og langvarig pleje af høj kvalitet – understøttelse af de nationale strategier via den åbne koordinationsmetode" (KOM(2004)204 endelig)	6
10. Revision af det internationale sundhedsregulativ (IHR) - Vedtagelse af revideret forhandlingsmandat til Kommissionen	9
11. Rådskonklusioner om børneastma - Vedtagelse	12
12. Rådskonklusioner om forebyggelse af alkoholskader blandt unge mennesker - Vedtagelse	13
13. WHO's rammekonvention om tobakskontrol (KOM(2003)807 endelig) - Vedtagelse af rådsafgørelse om Fællesskabets tiltrædelse af konvention (a-punkt)	14

1. Indledning

Formandskabet har fremlagt et udkast til Rådets konklusioner om hjertesundhed.

Forslaget er sat på dagsordenen for rådsmødet (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse) den 1.-2. juni 2004 med henblik på vedtagelse.

2. Formål og indhold

Hjerte-karsygdomme forårsager et stort antal sygdomstilfælde og dødsfald. Hertil kommer, at hjerte-karsygdomme nedsætter livskvaliteten for de mennesker, der lever med sygdommen.

Konklusionerne skal bidrage til at sætte politisk fokus på betydningen af hjertesundhed.

Konklusionerne skal ses i sammenhæng med programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed, som trådte i kraft den 1. januar 2003 og løber i perioden 2003-2008. Et af målene i programmet er at fremme sundhed og forebygge sygdom ved at inddrage sundhedsdeterminanter i alle politikker og aktiviteter.

Konklusionerne skal samtidig ses i forlængelse af konklusionerne fra konferencen "Promoting Heart Health, A European Consensus" den 24. – 26. februar 2004 i Cork.

Medlemsstaterne opfordres blandt andet til at overveje inden for konteksten af nationale folkesundhedsstrategier

- at arbejde med og sætte fokus på hjertesundhed, eksempelvis i et tværsektorielt partnerskab med relevante myndigheder og organisationer,
- at videreudvikle og implementere nationale handlingsplaner for tobak, kost og fysisk aktivitet for at fremme folkesundheden og dermed hjertesundheden,
- at implementere evidensbaserede og omkostningseffektive forebyggelsesprogrammer for risikogrupper, og
- at udarbejde nationale guidelines vedrørende forebyggelse af hjerte-karsygdomme.

Kommissionen opfordres til at støtte medlemsstaterne i deres bestræbelser på at fremme hjertesundhed. Det skal blandt andet ske ved

- at tage hensyn til resultaterne af national og international forskning og eksisterende nationale hjertesundhedsstrategier,
- at understøtte netværksdannelse og fremme informationsudveksling blandt relevante parter,
- at overveje identificering af best practice retningslinjer, og
- at styrke datasammenligneligheden for så vidt angår sund livsstil.

3. Nærheds- og proportionalitetsprincippet

Udkastet til Rådets konklusioner skal først og fremmest bidrage til at skabe opmærksomhed om betydningen af hjertesundhed og medfører i øvrigt ingen forpligtelser for medlemsstaterne.

På den baggrund er det regeringens vurdering, at forslaget er i overensstemmelse med nærheds- og proportionalitetsprincippet.

4. Udtalelse fra Europa-Parlamentet

Europa-Parlamentet skal ikke udtale sig.

5. Konsekvenser

Forslaget har i sig selv ingen lovgivningsmæssige eller statsfinansielle konsekvenser for Danmark.

I det omfang konklusionerne kan understøtte nationale initiativer og bidrage til videreudvikling af Fællesskabets indsats i forhold til hjertesundhed, skønnes de at kunne påvirke befolkningens sundhedstilstand i positiv retning.

6. Høring

Der er ikke gennemført høring.

7. Tidligere forelæggelse for Folketingets Europaudvalg

Sagen har ikke tidligere været forelagt Folketingets Europaudvalg.

Dagsordenspunkt 7: Rådets konklusioner om e-Health

1. Indledning

Formandskabet har fremsat et udkast til Rådets konklusioner om e-Health.

Kommissionen har den 30. april 2004 fremlagt en meddelelse "e-Health - making health care better for European Citizens: an action plan for a European e-Health Area" (KOM(2004)356 endelig). Meddelelsen er Kommissionens oplæg til en europæisk IT-handlingsplan på sundhedsområdet, og den omfatter en række fælles indsatsområder og initiativer med faste deadlines, herunder bl.a. vedrørende udbredelsen af elektroniske patientjournaler, etablering af sundhedsdatanetværk, en fælles patientindikator. Kommissionen lægger op til, at handlingsplanen gennemføres i løbet af de kommende fire til fem år.

Forslaget er sat på dagsordenen for rådsmødet (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse) den 1-2. juni 2004 med henblik på vedtagelse. Derudover forventes Kommissionen at præsentere sin meddelelse på rådsmødet.

2. Formål og indhold

Rådets konklusioner vedrører anvendelsen af informations- og kommunikationsteknologi med henblik på at forbedre kvaliteten af den behandling, der ydes i sundhedsvæsenet, samt via sundheds-IT at få en mere rationel anvendelse af de ressourcer, der er til rådighed.

Centralt i Rådets konklusioner står at anvende IT til at sikre borgerne en kvalitativt bedre behandling, at give borgerne adgang til information om sundhed, samt at give den enkelte patient mulighed for at få indflydelse på egen behandling.

IT-mæssigt er fokusområderne bl.a.: systemintegration på tværs af sektor og faggrænser, sikkerhedsspørgsmål ved kommunikation af og adgang til patientdata, hjemme-monitorering, etablering af sundhedsdatanetværk, fælles standarder, kvalitetskriterier for sundheds-websites mv.

3. Nærheds- og proportionalitetsprincippet

Udkastet til Rådets konklusioner skal først og fremmest bidrage til at skabe opmærksomhed om indførelsen af IT i medlemslandenes sundhedsvæsen samt at sikre en koordineret approach i forhold til problemstillinger der går på tværs af landegrænserne.

På den baggrund er det regeringens vurdering, at forslaget er i overensstemmelse med nærheds- og proportionalitetsprincippet.

4. Udtalelse fra Europa-Parlamentet

Europa-Parlamentet skal ikke udtale sig.

5. Konsekvenser

Forslaget har i sig selv ingen lovgivningsmæssige eller statsfinansielle konsekvenser for Danmark.

I det omfang konklusionerne kan understøtte nationale initiativer og bidrage til videreudvikling af Fællesskabets indsats for at fremme anvendelsen af sundheds-IT, skønnes de at kunne påvirke kvaliteten i den behandling, der ydes i sundhedsvæsenet mv. i positiv retning.

6. Høring

Der er ikke gennemført høring

7. Tidligere forelæggelse for Folketingets Europaudvalg

Sagen har ikke tidligere været forelagt Folketingets Europaudvalg

Dagsordenspunkt 8: Fællesskabets beredskab og indsats over for **influenza-pandemier**

1. Indledning

Formandskabet har fremlagt et udkast til rådskonklusioner om Fællesskabets beredskab og indsats over for influenzapandemier.

Sagen er sat på dagsordenen for rådsmødet (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse) den 1.-2. juni 2004 med henblik på vedtagelse.

2. Formål og indhold

Influenzapandemier er de store, verdensomspændende epidemier af en ny undertype af influenza, som optræder med varierende mellemrum. De kan få omfattende konsekvenser såvel samfundsmæssigt som økonomisk, og de kan sætte store dele af samfundet ud af funktion. Det er på baggrund af hyppigheden af tidligere influenzapandemier sandsynligt, at en epidemi indtræder to til fire gange i et århundrede, og der kan i det forrige århundrede nævnes tre epidemier - den spanske syge i 1918-19, asiatisk influenza 1957-58 og Hong Kong-influenza 1968-69.

Der er inden for de senere år taget en række internationale initiativer med henblik på at forberede nationale sundhedsvæsenet på en ny influenzapandemi, og heriblandt kan nævnes retningslinier fastsat af WHO i 1999 vedrørende nationale influenza beredskabsplaner. Man har også inden for rammerne af samarbejdet i EU drøftet spørgsmålet med relation til planlægning af influenzapandemiberedskab, og Kommissionen har i form af et arbejdsdokument den 26. marts 2004 fremlagt et oplæg vedrørende planlægning af Fællesskabets beredskab og indsats over for influenzapandemier (KOM(2004)201 endelig).

Formålet med en europæisk pandemiberedskabsplan vil være at minimere risikoen for en pandemi samt at sikre det nødvendige beredskab og en koordineret europæisk indsats i tilfælde af en pandemi. Udbruddet af fugleinfluenza i Asien tidligere i år har yderligere aktualiseret spørgsmålet om influenzaberedskabsplaner.

Ved et uformelt møde den 12. februar 2004 i Bruxelles drøftede sundhedsministrene - udover behovet for et effektivt nationalt beredskab og samarbejde om bl.a. iværksættelse af nationale sundhedsforanstaltninger - også muligheden for at etablere et samarbejde med industrien om forsyning og distribution af vacciner og antivirale midler.

Formålet med rådskonklusionerne er sikre den fortsatte fremdrift med hensyn til både medlemslandenes nationale pandemiplanlægning og planlægning af Fællesskabets beredskab og indsats i tilfælde af en influenzapandemi.

I konklusionerne lægges der bl.a. op til, at mandatet for Health Security Committee (HSC), der blev nedsat efter 11. september 2001, for en begrænset periode udvides fra at omfatte biologisk og kemisk terrorisme til også at omfatte drøftelse af Kommissionens

oplæg til en europæisk influenzapandemi beredskabsplan. Komitéen vil derudover skulle drøfte spørgsmål i relation til en eventuel fælles henvendelse til lægemiddelindustrien med henblik på at sikre forsyning og distribution af vacciner og antivirale midler. Når det europæiske center for forebyggelse af og kontrol med sygdomme bliver operationelt, hvilket forventes at ske i maj måned 2005, vil Rådet på ny overveje, hvor det europæiske beredskab bør forankres.

Med hensyn til det danske beredskab bemærkes, at Folketingets Finansudvalg netop givet sin tilslutning til at anvende 20 mio. kr. til en styrkelse af sundhedsvæsenets beredskab mod en verdensomspændende influenzapandemi. Midlerne skal bruges til opbygning af lagre af udvalgte lægemidler og/eller vacciner, opbygning af et beredskab, der sikrer overvågning og hurtig påvisning af nye influenzavirus, samt Sundhedsstyrelsens rådgivning i forbindelse med forberedelserne før og tiltag under og efter udbrud af pandemisk influenza i Danmark.

3. Nærheds- og proportionalitetsprincippet

Efter regeringens opfattelse vil en europæisk beredskabsplan over for influenzapandemier kunne medvirke til at sikre en effektiv og koordineret indsats blandt medlemslandene i tilfælde af en influenzapandemi og vil ikke være til hinder for, at medlemslandene træffer beslutning om iværksættelse af nationale foranstaltninger med henblik på forebyggelse og bekæmpelse af en influenzapandemi.

Det er på den baggrund regeringens opfattelse, at dagsordenspunktet er i overensstemmelse med nærheds- og proportionalitetsprincippet.

4. Udtalelse fra Europa-Parlamentet

Europa-Parlamentet skal ikke udtale sig.

5. Konsekvenser

Forslaget har i sig selv ingen lovgivningsmæssige eller statsfinansielle konsekvenser.

6. Høring

Udkastet til rådskonklusioner har ikke været sendt i høring.

7. Tidligere forelæggelse for Folketingets Europaudvalg

Sagen har ikke tidligere været forelagt for Folketingets Europaudvalg.

Dagsordenspunkt 9: Rådskonklusioner om patientmobilitet og udviklingen på sundhedsområdet i Den Europæiske Union

1. Indledning og baggrund

Ved rådsmødet (sundhed) den 26. juni 2002 vedtog Rådet et sæt konklusioner om patientmobilitet inden for EU. Konklusionerne indeholdt en opfordring til Kommissionen om i samarbejde med Rådet at iværksætte en refleksionsproces på højt niveau om

patientmobilitet. Som opfølgning herpå tog Kommissionen sammen med det daværende danske formandskab initiativ til at iværksætte en refleksionsproces med deltagelse af sundhedsministre, repræsentanter for Europa-Parlamentet og Kommissionen samt relevante interessegrupper.

Refleksionsprocessen blev afsluttet ved et møde på ministerniveau den 8. december 2003 med godkendelse af en samlet rapport om resultatet af arbejdet i processen samt en række anbefalinger vedrørende det fremtidige europæiske samarbejde på sundhedsområdet.

Kommissionen har den 20. april 2004 fremlagt en meddelelse om opfølgningen på de anbefalinger, der er indeholdt i rapporten fra Refleksionsprocessen på højt niveau – "Opfølgning af processen for overvejelser på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU" (KOM(2004)301 endelig). Kommissionen har den 20. april 2004 tillige fremlagt en meddelelse vedrørende anvendelse af den åbne koordinationsmetode på sundhedsområdet – "Modernisering af socialsikringen med henblik på at udvikle en tilgængelig og varig sundhedspleje og langvarig pleje af høj kvalitet – understøttelse af de nationale strategier via den åbne koordinationsmetode" (KOM(2004)204 endelig).

Formandskabet har fremlagt et udkast til rådskonklusioner om patientmobilitet og udviklingen på sundhedsområdet inden for Den Europæiske Union.

Udkastet til rådskonklusioner er sat på dagsordenen for rådsmødet (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse) den 1.-2. juni 2004 med henblik på vedtagelse. Kommissionen forventes derudover at præsentere sine meddelelser, idet Rådet vil få lejlighed til at drøfte meddelelsen vedrørende opfølgning på Refleksionsprocessen på højt niveau.

2. Indhold

I udkastet til rådskonklusioner fremhæves medlemslandenes ansvar for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og medicinsk behandling, jf. EF-traktatens artikel 152. Det fremhæves endvidere, at medlemslandenes nationale sundhedsvæsen er baseret på principperne om universalitet, lighed og solidaritet, og at disse principper bør respekteres i forbindelse med det fremtidige arbejde på sundhedsområdet og andre områder, der har betydning for sundhedsområdet. Konklusionerne henviser i øvrigt til konklusionen fra rapporten fra Refleksionsprocessen om, at medlemslandenes ansvar på sundhedsområdet omfatter, hvordan sundhedsvæsenene og den sociale sikringsordning finansieres og organiseres.

Derudover indeholder udkastet til konklusioner en række opfordringer rettet henholdsvis til medlemslandene, til Kommissionen samt til medlemslandene og Kommissionen. Medlemslandene opfordres bl.a. til at udveksle oplysninger om eksisterende bilaterale og multilaterale aftaler vedrørende levering af sundhedsydelser, at overveje eksisterende grænseoverskridende sundhedsprojekter og udvikling af netværkssamarbejde mellem projekter og udveksling af bedste praksis samt at overveje rammeaftaler om samarbejde på sundhedsområdet. Udkastet til rådskonklusioner indeholder derudover

en række anbefalinger rettet til såvel Kommissionen som medlemslandene bl.a. om at tilvejebringe og udveksle oplysninger om bl.a. faktisk patientmobilitet og mobilitet blandt sundhedspersonale.

Om Kommissionens meddelelse af 20. april 2004 om "Opfølgning af processen for overvejelser på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU" bemærkes, at den udspringer af Refleksionsprocessen om Patientmobilitet. Processen blev afsluttet ved et møde på ministerniveau den 8. december 2003 med godkendelse af en samlet rapport om resultatet af arbejdet i processen og en række anbefalinger vedrørende det fremtidige europæiske samarbejde på sundhedsområdet inden for de fire temaer som Refleksionsprocessen drøftede: 1) Europæisk samarbejde om bedre ressourcudnyttelse; 2) Information til patienter og sundhedspersonale; 3) Lige adgang til og kvalitet af sundhedsydelser; og 4) Sammenhæng mellem national sundhedspolitik og europæiske forpligtelser.

Meddelelsen indeholder Kommissionens forslag til, hvorledes de enkelte anbefalinger fra Refleksionsprocessen bør følges op. Oplægget er i hovedtræk struktureret som den endelige rapport af 8. december 2003 fra Refleksionsprocessen og indeholder forslag i forhold til 1) europæisk samarbejde med henblik på at muliggøre en bedre anvendelse af ressourcerne; 2) information til patienter, sundhedspersonale samt politiske beslutningstagere; 3) det europæiske bidrag til målsætningerne på sundhedsområdet; og 4) reaktion på udvidelsen gennem investeringer i sundhed og infrastruktur på sundhedsområdet. Det fremgår af de indledende bemærkninger i meddelelsen, at organisation af sundhedsvæsenet primært er medlemsstaternes ansvarsområde, idet det i tilknytning hertil fremhæves, at der uanset medlemslandenes kompetence er gode muligheder for samarbejde på europæisk plan til fordel for patienterne, sundhedspersonale og de politiske beslutningstagere.

Kommissionen har samtidig med fremlæggelsen af meddelelsen truffet beslutning om at oprette en gruppe på højt niveau vedrørende sundhedstjenesteydelser og medicinsk behandling. Oprettelsen af den pågældende gruppe skal ses som svar på anbefalingen fra Refleksionsprocessen om en permanent mekanisme på EU-plan. Det er sigtet, at den pågældende gruppe skal arbejde videre med en række af Kommissionens forslag, ligesom gruppen skal lette det europæiske samarbejde på sundhedsområdet, hvor der for en væsentlig del vil være tale om at udvikle samarbejdet på områder, hvor Fællesskabet ikke har kompetence, jf. EF-traktatens artikel 152.

Kommissionen har den 20. april 2004 ligeledes fremlagt en meddelelse om anvendelse af den åbne koordinationsmetode på sundhedsområdet – "Modernisering af socialsikringen med henblik på at udvikle en tilgængelig og varig sundhedspleje og langvarig pleje af høj kvalitet – understøttelse af de nationale strategier via den åbne koordinationsmetode". Det fremgår af Kommissionens indledende bemærkninger, at de to meddelelser supplerer hinanden og samlet udgør en overordnet strategi for på europæisk plan at fastsætte et sæt rammer, der kan lette på samarbejdet på sundhedsområdet og forme udviklingen.

3. Nærheds- og proportionalitetsprincippet

Udkastet til rådskonklusioner vedrører mulighederne for et forbedret samarbejde mellem medlemslandene på sundhedsområdet og indebærer ikke i sig selv nye forpligtelser for medlemslandene.

På den baggrund er det regeringens vurdering, at forslaget er i overensstemmelse med nærheds- og proportionalitetsprincippet.

4. Udtalelse fra Europa-Parlamentet

Europa-Parlamentet skal ikke udtale sig.

5. Konsekvenser

Forslaget har i sig selv ingen lovgivningsmæssige eller statsfinansielle konsekvenser for Danmark.

6. Høring

Der er ikke gennemført høring.

7. Tidligere forelæggelser for Folketingets Europaudvalg

Europaudvalget blev senest i forbindelse med rådsmødet den 2.-3. juni 2003 orienteret om status for arbejdet i Refleksionsprocessen om Patientmobilitet.

Den endelige rapport af 8. december 2003 om resultatet af overvejelserne i Refleksionsprocessen blev oversendt til udvalget i januar måned 2004.

Dagsordenspunkt 10: Revision af det internationale sundhedsregulativ (IHR)

1. Indledning og baggrund

Verdenssundhedsforsamlingen har ved en række resolutioner i henholdsvis 1995, 2001 og 2002 truffet beslutning om, at det gældende internationale sundhedsregulativ skal revideres. Ved den seneste Verdenssundhedsforsamling i maj måned 2003 blev det besluttet at nedsætte en mellemstatslig arbejdsgruppe med henblik på gennemgang af det gældende sundhedsregulativ og udarbejdelse af forslag til ændring heraf. Arbejdsgruppen forventes at afslutte sit arbejde i 2004, således at den endelige tekst til det ændrede sundhedsregulativ kan vedtages på Verdenssundhedsforsamlingen i 2005.

WHO udsendte den 12. januar 2004 et første og foreløbigt udkast til det reviderede internationale sundhedsregulativ. Forud for drøftelserne i den mellemstatslige arbejdsgruppe, der forventes at finde sted den 1.-12. november 2004, vil udkastet til det reviderede regulativ blive drøftet i WHO's seks regioner. Mødet i den europæiske region finder sted den 9.-11. juni 2004 i København.

Rådet vedtog ved mødet (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse) den 1.-2. december 2003 et forslag til rådsafgørelse med henblik på at bemyndige Kommissionen til på Fællesskabets vegne at deltage i forhandlingerne om revision af det internationale sundhedsregulativ på områder omfattet af fællesskabskompetence.

Efter den pågældende rådsafgørelse skal forhandlingsmandatet revideres, når der foreligger nærmere oplysninger om det forventede indhold af udkastet til det reviderede internationale sundhedsregulativ. I lyset heraf har formandskabet fremsat et forslag til rådsafgørelse om revision af forhandlingsmandatet til Kommissionen.

Sagen er sat på dagsordenen for rådsmødet (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse) den 1.-2. juni 2004 med henblik på vedtagelse forud for mødet i WHO's europæiske region den 9.-11. juni 2004 i København.

2. Indhold

Det gældende internationale sundhedsregulativ er et multilateralt initiativ til udvikling af et effektivt og verdensomspændende overvågningsredskab for grænseoverskridende overførsel af bestemte sygdomme af betydning for hele kloden. Formålet er således at beskytte folkesundheden og samtidig at tilgodese behovet for at undgå unødvendige afbrydelser i samhandel og samfærdsel. Regulativet indeholder bestemmelser om indførelse af såvel ikke-hastende som hastende sundhedsforanstaltninger over for internationale rejsende, befordring og vareudveksling, samt bestemmelser vedrørende anmeldelse af tre smitsomme sygdomme – kolera, pest og gul feber.

Der er siden den seneste revision af regulativet i 1981 set flere eksempler på grænseoverskridende sygdomsudbrud. Dette sammenholdt med en betydelig stigning i den globale samhandel og rejseaktivitet, har ført til nye sygdomme samt hidtil ukendte varianter af eksisterende sygdomme, hvilket har aktualiseret en revision af regulativet. WHO har i den forbindelse peget på, at det gældende sundhedsregulativ lider af en række alvorlige mangler i form af, at regulativet alene omfatter anmeldelsespligt for kolera, pest og gul feber, at ordningen er afhængig af anmeldelser fra sygdomsberørte stater, at regulativet ikke i fornødent omfang indeholder bestemmelser vedrørende samarbejdet mellem WHO og en berørt stat, at der ikke er tilstrækkelige incitamenter for staterne til at overholde regulativet, samt at WHO ikke har mulighed for at foreskrive specifikke foranstaltninger tilpasset en konkret trussel ved et sygdomsudbrud, og som kan hindre international spredning af sygdommen.

Hovedformålet med revisionen af sundhedsregulativet vil fortsat være at sikre den størst mulige sikkerhed mod spredning af sygdomme og færrest mulige gener for verdenshandlen. Udkastet til det reviderede regulativ lægger op til en udvidelse af regulativets anvendelsesområde, idet det foreslås, at alle hændelser, der potentielt udgør en folkesundhedstrussel, der kan give anledning til international bekymring, skal anmeldes til WHO. Der er således lagt op til, at det reviderede regulativ skal omfatte overførbare sygdomme, folkesundhedstrusler af ukendt oprindelse samt folkesundhedstrusler forårsaget af nukleare eller kemiske årsager. Samtidig skal staterne etablere nationale kontaktpunkter for gennemførelse af regulativet, ligesom der på nationalt plan skal væ-

re kapacitet til hurtigt at analysere og anmelde nationale sygdomsrisici og i samarbejde med WHO at vurdere faren for, at sygdommen spreder sig internationalt.

Derudover skal staterne i modsætning til de gældende regler have mulighed for at indgive fortrolige oplysninger til WHO, ligesom staterne skal besvare anmodninger fra WHO om undersøgelser af oplysninger om folkesundhedstrusler, som WHO måtte have modtaget. Endvidere lægges der op til fastsættelse af bestemmelser vedrørende udarbejdelse af en liste over foranstaltninger, der kan omfattes af en henstilling fra WHO og til etablering af et permanent organ i WHO-regi med henblik på løbende overvågning af regulativets anvendelse samt udarbejdelse af forslag til ændringer heraf.

Revisionen indebærer udover en opdatering af de permanente, rutinemæssige foranstaltninger til reduktion af spredningsrisikoen i lufthavne og havne, opdatering af WHO's tekniske vejledninger for sanitet og hygiejne på henholdsvis skibe og luftfartøjer. Derudover udarbejdes nye vejledninger for bl.a. "Early Warning Systems in Disease Surveillance". De primære ændringer med betydning for medlemslandene er etablering i WHO-regi af et "real time event management system" – et såkaldt "situation room" i tilknytning til WHO's hovedkvarter i Genève.

Formandskabet har med henblik på drøftelserne af WHO's første og foreløbige udkast til det reviderede internationale sundhedsregulativ i WHO's europæiske region den 9.-11. juni 2004 fremsat et forslag til rådsafgørelse med henblik på revision af forhandlingsmandatet til Kommissionen som vedtaget på rådsmødet (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse) den 1.-2. december 2003. WHO vil efter drøftelserne i de regionale regioner fremlægge et nyt udkast med henblik på mødet i den mellemstatslige arbejdsgruppe den 1.-12. november 2004.

3. Nærheds- og proportionalitetsprincippet

I overensstemmelse med den generelle forpligtelse til at samordne Fællesskabets optræden udadtil, og idet det reviderede internationale sundhedsregulativ for en række områder forventes at falde inden for Fællesskabets kompetence, skønnes forslaget til rådsafgørelse at være i overensstemmelse med nærheds- og proportionalitetsprincippet.

4. Udtalelse fra Europa-Parlamentet

Europa-Parlamentet skal ikke udtale sig.

5. Konsekvenser

Forslaget til rådsafgørelse har ingen lovgivningsmæssige eller statsfinansielle konsekvenser for Danmark.

6. Høring

Der er ikke gennemført høring.

7. Tidligere forelæggelser for Folketingets Europaudvalg

Sagen har tidligere været forelagt for Folketingets Europaudvalg til forhandlingsoplæg den 28. november 2003.

Dagsordenspunkt 11: Rådskonklusioner om børneastma

1. Indledning

Formandskabet har fremlagt et udkast til Rådets konklusioner om børneastma.

Forslaget er sat på dagsordenen for rådsmødet (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse) den 1. – 2. juni 2004 med henblik på vedtagelse.

2. Indhold

I de seneste årtier har der været en markant stigning i forekomsten af børneastma i de vestlige lande. Børneastma skyldes mange forskellige faktorer, herunder indeklima, forurening, byggematerialer, genetiske faktorer, kosten, andre livsstilsfaktorer og kvaliteten af den medicinske behandling.

Konklusionerne understreger, at generelle definitioner og en generel terminologi ville fremme en almindelig europæisk forståelse for børneastma, ligesom det noteres, at forekomsten af børneastma og tilsvarende sygdomme varierer fra region til region inden for det Europæiske Fællesskab.

Kommissionen og medlemsstaterne opfordres derfor bl.a. til at fremme og støtte forskningen dels i årsagerne til børneastma, herunder miljømæssige påvirkninger og de genetiske faktorer og dels i årsagerne til de regionale forskelle i forekomsten af børneastma. Endvidere opfordres de til at fortsætte med at udvikle fælles terminologier og definitioner til brug i analyserne af børneastma, at indsamle og udbrede gode kvalitative data om årsagerne og forekomsten af børneastma, og at udveksle gode erfaringer i relation til forebyggelse og behandling af børneastma.

Medlemsstaterne opfordres yderligere til at have en tværfaglig tilgang til behandlingen af børneastma specielt i deres nationale folkesundhedspolitik og at fremme bevidstheden – specielt hos voksne - om tobaksrygningens negative betydning i børnenes daglige omgivelser.

Kommissionen opfordres endelig til at sikre, at børneastma tages i betragtning i alle relevante fællesskabspolitikker.

3. Nærheds- og proportionalitetsprincippet

Udkastet til Rådets konklusioner opfordrer først og fremmest til samarbejde om forskning og sammenlignelige undersøgelser om årsagerne til børneastma og tilsvarende børnesygdomme og til udveksling af erfaringer på området med henblik på bedre forebyggelse og behandling.

På den baggrund er det regeringens vurdering, at forslaget er i overensstemmelse med nærheds- og proportionalitetsprincippet.

4. Udtalelse fra Europa-Parlamentet

Europa-Parlamentet skal ikke udtale sig.

5. Konsekvenser

Forslaget har i sig selv ingen lovgivningsmæssige eller økonomiske konsekvenser for Danmark.

6. Høring

Forslag til konklusioner har været sendt til høring hos Astma- og Allergiforbundet, der anbefaler en vedtagelse af forslaget.

7. Tidligere forelæggelse for Folketingets Europaudvalg

Sagen har ikke tidligere været forelagt Folketingets Europaudvalg.

Dagsordenspunkt 12: Rådets konklusioner om alkohol og unge

1. Indledning

Formandskabet har forelagt et udkast til Rådets konklusioner om forebyggelse af alkoholskader blandt unge.

Forslaget er sat på dagsordenen for rådsmødet (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse) den 1.-2. juni 2004 med henblik på vedtagelse.

2. Formål og indhold

Et for stort alkoholforbrug blandt unge er et stigende problem i medlemslandene. Et umådeholdent stort indtag af alkohol inden for kort tid, såkaldt "binge drinking", er i mange tilfælde årsag til alvorlige ulykker og dødsfald blandt de unge.

Konklusionerne skal ses i sammenhæng med programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed, som trådte i kraft den 1. januar 2003 og løber i perioden 2003-2008. Et af målene i programmet er at fremme sundhed og forebygge sygdom ved at inddrage sundhedsdeterminanter i alle politikker og aktiviteter.

Konklusionerne skal samtidig ses i forlængelse af Rådets henstilling af 5. juni 2001 om alkohol og unge samt rådskonklusionerne af 5. juni 2001 om en fællesskabsstrategi om reduktion af alkoholrelaterede skader.

Kommissionen opfordres til i 2005 i samarbejde med medlemslandene at følge op på, evaluere og monitorere den indsats i forhold til alkohol og unge, som medlemslandene og fællesskabet har iværksat som opfølging på tidligere rådskonklusioner.

Endvidere støttes Kommissionens fortsatte arbejde med at udvikle en sammenhængende alkoholstrategi, som skal understrege nødvendigheden af en afbalanceret indsats, hvor sundhedsaspektet inddrages mere i andre politikker. Endvidere genfremsættes opfordringen til Kommissionen om snarest muligt at opstille en tidsplan for, hvornår forskellige tiltag til udfyldning af de nationale politikker bør tages.

Endelig understreges det, at en sådan strategi særlig skal fokusere på alkohol og unge.

3. Nærheds- og proportionalitetsprincippet

Udkastet til Rådets konklusioner skal først og fremmest bidrage til at skabe opmærksomhed om alkohol, herunder særligt unges alkoholforbrug, og medfører i øvrigt ingen forpligtelser for medlemsstaterne.

På den baggrund er det regeringens vurdering, at forslaget er i overensstemmelse med nærheds- og proportionalitetsprincippet.

4. Udtalelse fra Europa-Parlamentet

Europa-Parlamentet skal ikke udtale sig.

5. Konsekvenser

Forslaget har i sig selv ingen lovgivningsmæssige eller økonomiske konsekvenser for Danmark.

I det omfang konklusionerne kan understøtte nationale initiativer og bidrage til videreudvikling af Fællesskabets indsats i forhold til alkohol og unge, skønnes de at kunne påvirke befolkningens sundhedstilstand i positiv retning.

6. Høring

Der er ikke gennemført høring.

7. Tidligere forelæggelse for Folketingets Europaudvalg

Sagen har ikke tidligere været forelagt Folketingets Europaudvalg.

Dagsordenspunkt 13: WHO's rammekonvention om tobakskontrol

1. Indledning

Verdenssundhedsforsamlingen vedtog i maj 1999 at igangsætte arbejdet med en global konvention på tobaksområdet (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC).

Konventionen, der blev vedtaget på Verdenssundhedsforsamlingen den 21. maj 2003, regulerer en lang række forhold på tobaksområdet, herunder priser/beskatning, smug-

ling, toldfrit salg, reklame og sponsorering samt mærkning af tobaksvarer. Det er den første konvention i WHO-regi.

Da konventionen både omfatter områder med national kompetence, blandet kompetence og enekompetence skal den undertegnes og tiltrædes af såvel de enkelte medlemslande som fællesskabet. Rådet vedtog på sit møde den 2.-3. juni 2003 forslag til rådsafgørelse om bemyndigelse af Kommissionen til at undertegne konventionen på Fællesskabets vegne. Kommissionen undertegnede konventionen på Fællesskabets vegne den 16. juni 2003 sammen med flere andre EU-lande, herunder Danmark.

Kommissionen har fremsat et forslag til rådsafgørelse om Fællesskabets tiltrædelse af WHO's rammekonvention om tobakskontrol (KOM(2003)807 endelig).

Forslaget er sat på dagsordenen for rådsmødet (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse) den 1.-2. juni 2004 med henblik på vedtagelse.

2. Formål og indhold

WHO's rammekonvention om tobakskontrol skal ses på baggrund af den aktuelle udvikling i tobaksforbruget på verdensplan. I dag ryger ca. hver tredje voksne svarende til ca. 1,2 mia. mennesker. Verdensbanken skønner, at dette tal vil stige til 1,6 mia. i 2025. Rygning er i dag skyld i hvert 10. dødsfald blandt voksne (ca. 4 mio. dødsfald om året), hvilket er mere end nogen anden enkeltårsag. Tallet forventes at stige til hvert 6. dødsfald omkring 2030 svarende til ca. 10 mio. dødsfald om året. Hvis den nuværende udvikling fortsætter, vil ca. 500 mio. mennesker af verdens nulevende befolkning dø af rygerelaterede sygdomme.

Mens andelen af rygere i de seneste årtier har været faldende i de vestlige lande, vokser antallet af rygere eksplosivt i verdens lav- og middelhøjeindkomstlande. Det må derfor forudses, at dødeligheden som følge af tobaksrelaterede sygdomme i disse lande vil stige tilsvarende hurtigt i de kommende årtier.

En international konvention skal dels understøtte nationale initiativer, dels forholde sig til en række grænseoverskridende problemstillinger med henblik på at vende denne negative udvikling. For en lang række områder som fx tobaksafgifter, reklame og sponsorering, mærkning af tobaksvarer samt foranstaltninger mod smugling gælder det således, at en effektiv regulering forudsætter koordination på internationalt niveau.

Tobakskonventionen er en rammekonvention, som fastsætter en række overordnede principper og generelle forpligtelser, og som kan suppleres med protokoller på udvalgte områder. Derved opnås en fleksibel konstruktion, som kan udbygges i takt med, at flere lande kan tilslutte sig eksisterende protokoller, eller der kan tilføjes nye protokoller.

På en lang række områder lægger konventionen sig op ad eksisterende EU-lovgivning på tobaksområdet.

Konventionen omfatter områder med national kompetence, blandet kompetence og enekompetence og skal derfor tiltrædes af såvel de enkelte medlemslande som Fællesskabet. For så vidt angår den danske ratifikationsproces bemærkes, at Folketinget den 11. marts 2004 vedtog Forslag til lov om forbud mod salg af tobak og alkohol til personer under 16 år (L 95) og i forbindelse hermed gav samtykke til, at Danmark kan ratificere konventionen.

Konventionen vil træde i kraft 90 dage efter, at den fyrretyvende part har ratificeret, accepteret, godkendt, formelt bekræftet eller tiltrådt konventionen.

3. Nærheds- og proportionalitetsprincippet

I overensstemmelse med den generelle forpligtelse til at samordne Fællesskabets optræden udadtil, og idet konventionens bestemmelser som nævnt for en væsentlig dels vedkommende falder indenfor Fællesskabets kompetence, skønnes nærheds- og proportionalitetsprincippet at være respekteret i forbindelse med håndteringen af konventionsforhandlingerne på fællesskabsniveau.

Forslaget til rådsafgørelse om Fællesskabets tiltrædelse af WHO's rammekonvention om tobakskontrol skønnes at være i overensstemmelse med nærheds- og proportionalitetsprincippet.

4. Udtalelse fra Europa-Parlamentet

Europa-Parlamentet blev den 19. december 2003 anmodet om en udtalelse om forslag til rådsafgørelse om Fællesskabets tiltrædelse af WHO's rammekonvention om tobakskontrol.

Europa-Parlamentet tilsluttede sig forslaget den 21. april 2004.

5. Konsekvenser

Konventionen går ikke videre end den regulering, som allerede findes - eller er på vej - på tobaksområdet i Danmark, idet Folketinget den 11. marts 2004 vedtog forslag til lov om forbud mod salg af tobak og alkohol til personer under 16 år. Umiddelbart må det forventes, at konventionen vil få den største effekt på sundhedsbeskyttelsesniveauet i de lande, hvor området ikke er reguleret i samme omfang, som det i dag er tilfældet i mange vestlige lande.

6. Høring

Der er ikke gennemført høring.

7. Tidligere forelæggelse for Folketingets Europaudvalg

Sagen har tidligere været forelagt Folketingets Europaudvalg til orientering den 15. oktober 1999, den 23. juni 2000, den 8. december 2000, den 1. juni 2001, den 9. november 2001, den 21. juni 2002, den 4. oktober 2002 og den 26. november 2002 samt til forhandlingsoplæg den 28. maj 2003.