



**RAAD VAN
DE EUROPESE UNIE**



9507/04 (Presse 163)

(OR. en)

PERSMEDEDELING

2586e zitting van de Raad

Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken

Luxemburg, 1-2 juni 2004

Voorzitter **mevrouw Mary COUGHLAN, TD**
Minister van Sociale Zaken en Gezinszaken
de heer Frank FAHEY, TD
Onderminister, toegevoegd aan het ministerie van Ondernemingen, Handel en
Werkgelegenheid (belast met Arbeidsvraagstukken, waaronder Opleiding)
de heer Willie O'DEA, TD
Onderminister, toegevoegd aan het ministerie van Justitie, Rechtsgelijkheid en
Hervorming van het Recht (belast met Rechtsgelijkheid, waaronder
Gehandicaptenzaken)
de heer Micheál MARTIN, TD
Minister van Volksgezondheid en Kinderzaken
van Ierland

P E R S

Wetstraat 175 B – 1048 BRUSSEL Tel.: +32 (0)2 285 8716 / 6319 Fax: +32 (0)2 285 8026
press.office@consilium.eu.int <http://ue.eu.int/Newsroom>

9507/04 (Presse 163)

1
NL

Voornaamste resultaten van de Raadszitting

De Raad heeft, in het licht van de recente wijzigingen in de nationale wetgeving en recente arresten van het Europees Hof van Justitie, politieke overeenstemming bereikt over een ontwerp-verordening tot actualisering van Verordening (EEG) nr. 1408/71, betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsregelingen.

Voorts heeft hij overeenstemming bereikt over de werkgelegenheidsrichtsnoeren en -aanbevelingen voor 2004.

De Raad heeft de onderhandelingsrichtsnoeren voor de Commissie met het oog op de herziening van de internationale gezondheidsregeling in het kader van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) herzien.

De Raad heeft een besluit aangenomen betreffende de sluiting namens de Gemeenschap van de Kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie betreffende de bestrijding van tabaksgebruik.

INHOUD¹

DEELNEMERS	5
-------------------------	----------

BESPROKEN PUNTEN

WERKGELEGENHEID/SOCIALE POLITIEK/GELIJKHEID.....	7
– COÖRDINATIE VAN DE SOCIALEZEKERHEIDSSYSTEMEN - WIJZIGINGEN	7
– COMITÉ VOOR SOCIALE BESCHERMING	8
– WERKGELEGENHEIDSPAKKET 2004	9
– Werkgelegenheidsrichtsnoeren.....	9
– Werkgelegenheidsaanbevelingen	9
– EUROPEES GENDERINSTITUUT	11
– GELIJKHEID VAN VROUWEN EN MANNEN	12
GEZONDHEID.....	13
– HARTGEZONDHEID - Conclusies van de Raad.....	13
– E-GEZONDHEIDSZORG - Conclusies van de Raad.....	21
– DRAAIBOEKEN VOOR INFLUENZAPANDEMIEËN - Conclusies van de Raad.....	28
– MOBILITEIT VAN PATIËNTEN EN GEZONDHEIDSZORG - Conclusies van de Raad...	31
– LANGDURIGE ZORG	38
– INTERNATIONALE GEZONDHEIDSREGELING	39
– ALCOHOL EN JONGEREN - Conclusies van de Raad	40
– ASTMA BIJ KINDEREN - Conclusies van de Raad.....	42
– CLAIMS VOOR LEVENSMIDDELEN.....	46
– AAN LEVENSMIDDELEN TOEGEVOEGDE VITAMINEN EN MINERALEN	47

- ¹
- Wanneer de Raad verklaringen, conclusies of resoluties heeft aangenomen, wordt dat in de titel van het betrokken punt vermeld. De aangenomen teksten staan tussen aanhalingstekens.
 - De documenten waarvan het nummer in de tekst wordt genoemd, staan op de internetsite van de Raad <http://ue.eu.int>.
 - Besluiten ten aanzien waarvan verklaringen voor de Raadsnotulen zijn afgelegd die beschikbaar zijn voor het publiek, zijn aangegeven met een asterisk; de tekst van de verklaringen staat op de bovengenoemde internetsite van de Raad en is ook verkrijgbaar bij de Persdienst.

DIVERSEN 48

ANDERE GOEDGEKEURDE PUNTEN

GEZONDHEID

– Kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie voor de bestrijding van tabaksgebruik..... I

DEELNEMERS

De regeringen van de lidstaten en de Europese Commissie waren als volgt vertegenwoordigd:

België:

mevrouw Marie ARENA

de heer Frank VANDENBROUCKE

de heer Rudy DEMOTTE

minister van Ambtenarenzaken, Maatschappelijke Integratie en Grootstedenbeleid
minister van Werk en Pensioenen
minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Tsjechië:

de heer Zdeněk ŠKROMACH

de heer Jozef KUBINYI

minister van Arbeid en Sociale Zaken
minister van Volksgezondheid

Denemarken:

mevrouw Henriette KJÆR

minister van Sociale Zaken en minister van Gelijke Kansen

Duitsland:

mevrouw Marion CASPERS-MERK

mevrouw Ulla SCHMIDT

parlementair staatssecretaris van Volksgezondheid en Sociale Zekerheid
minister van Volksgezondheid en Sociale Zekerheid

Estland:

de heer Marko POMERANTS

minister van Sociale Zaken

Griekenland:

de heer Panos PANAGIOTOPOULOS

de heer Nikitas KAKLAMANIS

minister van Werkgelegenheid en Sociale Zekerheid
minister van Volksgezondheid en Sociale Solidariteit

Spanje:

de heer Jesús CALDERA SÁNCHEZ-CAPITÁN

mevrouw Elena SALGADO MÉNDEZ

minister van Arbeid en Sociale Zaken
minister van Volksgezondheid en Consumentenzaken

Frankrijk:

de heer Gérard LARCHER

toegevoegd minister van Arbeidsbetrekkingen, ministerie van Werkgelegenheid, Arbeid en Sociale Samenhang

Ierland:

mevrouw Mary COUGHLAN, TD

de heer Willie O'DEA, TD

de heer Frank FAHEY, TD

de heer Micheál MARTIN, TD

minister van Sociale Zaken en Gezinszaken
onderminister, toegevoegd aan het ministerie van Justitie, Rechtsgelijkheid en Hervorming van het Recht
onderminister, toegevoegd aan het ministerie van Ondernemingen, Handel en Werkgelegenheid
minister van Volksgezondheid en Kinderzaken

Italië:

de heer Girolamo SIRCHIA

minister van Volksgezondheid

Cyprus:

de heer Christos TALIADOROS

de heer Andreas TRYFONIDES

minister van Arbeid en Sociale Zekerheid
secretaris-generaal, ministerie van Volksgezondheid

Letland:

mevrouw Dagnija STAĶE

de heer Rinalds MUCIŅŠ

minister van Welzijn
minister van Volksgezondheid

Litouwen:

de heer Rimantas KAIRELIS

de heer Juozas OLEKAS

staatssecretaris, ministerie van Sociale Zekerheid en Arbeid
minister van Volksgezondheid

Luxemburg:

mevrouw Marie-Josée JACOBS

de heer François BILTGEN

de heer Carlo WAGNER

minister van Gezinszaken, Maatschappelijke Solidariteit en Jeugdzaken, minister voor Emancipatie van de Vrouw
minister van Arbeid en Werkgelegenheid
minister van Volksgezondheid en van Sociale Zekerheid

Hongarije:

de heer Gábor CSIZMÁR

mevrouw Ferencné JAKAB

politiek staatssecretaris, ministerie van Werkgelegenheid en Arbeid

bestuurlijk staatssecretaris, ministerie van Volksgezondheid, Sociale Zaken en Gezinszaken

Malta:

mevrouw Helen D'AMATO

staatssecretaris voor Ouderen en Gemeenschapszorg, ministerie van Volksgezondheid, Ouderen en Gemeenschapszorg

Nederland:

de heer Aart Jan DE GEUS

de heer Hans HOOGERVORST

minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Oostenrijk:

de heer Herbert HAUPT

mevrouw Maria RAUCH-KALLAT

minister van Sociale Zekerheid, Generaties en Consumentenbescherming

minister van Volksgezondheid en Vrouwenzaken

Polen:

de heer Krzysztof PATER

de heer Wiktor MASŁOWSKI

staatssecretaris, ministerie van Economische Zaken, Arbeid en Sociaal Beleid

onderstaatssecretaris, ministerie van Volksgezondheid

Portugal:

de heer Nuno MORAIS SARMENTO

mevrouw Teresa CAEIRO

de heer Luís Filipe PEREIRA

minister van Algemene Zaken

staatssecretaris van Sociale Zekerheid

minister van Volksgezondheid

Slovenië:

de heer Vlado DIMOVSKI

de heer Dušan KEBER

minister van Arbeid, Gezinszaken en Sociale Zaken

minister van Volksgezondheid

Slowakije:

de heer Ľudovít KANÍK

de heer Rudolf ZAJAC

minister van Arbeid, Sociale Zaken en Gezinszaken

minister van Volksgezondheid

Finland:

mevrouw Tarja FILATOV

mevrouw Liisa HYSSÄLÄ

minister van Arbeid

minister van Volksgezondheid en Sociale Voorzieningen

Zweden:

mevrouw Mona SAHLIN

de heer Lars ENGQVIST

minister, ministerie van Justitie, belast met Democratie, Integratie en Gelijke Kansen

minister van Sociale Zaken

Verenigd Koninkrijk:

de heer Andrew SMITH

mevrouw Jacqui SMITH

de heer John HUTTON

minister van Arbeid en Pensioenen

onderminister van Industrie en de Regio's en vice-minister van Vrouwenzaken en Gelijkheid

onderminister van Volksgezondheid

Commissie:

de heer Stavros DIMAS

de heer David BYRNE

lid

lid

Overige deelnemers:

de heer Theo LANGEJAN

de heer Mats WADMAN

voorzitter van het Comité voor sociale bescherming

voorzitter van het Comité voor de werkgelegenheid

BESPROKEN PUNTEN

WERKGELEGENHEID/SOCIALE POLITIEK/GELIJKHEID

– COÖRDINATIE VAN DE SOCIALEZEKERHEIDSSYSTEMEN - WIJZIGINGEN

De Raad heeft politieke overeenstemming bereikt over een ontwerp-verordening van het Europees Parlement en de Raad tot actualisering van Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op personen die zich binnen de EU verplaatsen. De ontwerp-verordening beoogt rekening te houden met recente wijzigingen in de nationale wetgeving en met ontwikkelingen in de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie.

In de ontwerp-tekst is de lijst van bijzondere, niet op premie- of bijdragebetaling berustende prestaties aanzienlijk gereduceerd¹, met name waar het sociale uitkeringen en arbeidsongeschiktheidsprestaties betreft die niet exporteerbaar zijn omdat ze uitsluitend in de lidstaat waar de begunstigde zijn woonplaats heeft moeten worden toegekend. Naar verwachting zal deze verbetering de belemmeringen voor het vrije verkeer van personen in de Europese Unie nog verder verminderen.

Andere wijzigingen maken het mogelijk tijdvakken die in een andere lidstaat worden doorgebracht, bij de berekening van het minimumverzekeringstijdvak dat soms is vereist om aanspraak te maken op prestaties, te verdisconteren of betreffen de toepasselijkheid van bilaterale socialezekerheids-overeenkomsten in lidstaten waar deze overeenkomsten voordeliger uitvallen voor de begunstigten.

Zoals overeengekomen zal de tekst, na te zijn bijgewerkt in alle communautaire talen in een volgende Raadszitting zonder verder debat als gemeenschappelijk standpunt worden aangenomen, en voor de tweede lezing worden toegezonden aan het Europees Parlement.

Zie voor meer informatie de volgende documenten op de website van de Raad: 12094/03 en 9020/04.

¹ Prestaties die uit overheidsbudgetten worden gefinancierd, niet door bijdragen.

– **COMITÉ VOOR SOCIALE BESCHERMING**

De Raad heeft op basis van de specifieke rechtsgrondslag welke voortvloeit uit het Verdrag van Nice (artikel 144 van het Verdrag) politieke overeenstemming bereikt over een ontwerp-besluit houdende hernieuwde instelling van een comité voor sociale bescherming.

Het doel van het ontwerp-besluit is hoofdzakelijk van procedurele aard, hoewel de doelstellingen van het comité zijn geherdefinieerd om de nieuwe rechtsgrondslag tot uitdrukking te brengen.

De overeengekomen tekst zal na te zijn bijgewerkt in alle talen van de Gemeenschap zonder verder debat worden aangenomen in een volgende zitting van de Raad.

Zie voor meer informatie de volgende documenten op de website van de Raad: 11000/03, 9682/04 en 9680/04.

– **WERKGELEGENHEIDSPAKKET 2004**

– ***Werkgelegenheidsrichtsnoeren***

De Raad heeft politieke overeenstemming bereikt over een ontwerp-besluit betreffende richtsnoeren voor het werkgelegenheidsbeleid van de lidstaten voor 2004.

In overeenstemming met de recente stroomlijning van de driejarige cycli voor het economisch en werkgelegenheidsbeleid, handhaaft de tekst voor 2004 de richtsnoeren die zijn opgenomen in de bijlage bij het Raadsbesluit van 22 juli 2003². De werkgelegenheidsrichtsnoeren zullen de basis vormen voor de nationale actieplannen voor de werkgelegenheid, die door de lidstaten uiterlijk in oktober 2004 moeten worden ingediend.

– ***Werkgelegenheidsaanbevelingen***

De Raad heeft tevens politieke overeenstemming bereikt over een ontwerp-aanbeveling betreffende de tenuitvoerlegging van het werkgelegenheidsbeleid van de lidstaten, ter vervanging van de aanbeveling van de Raad van 22 juli 2003.

De ontwerp-tekst vermeldt als onmiddellijke prioriteit voor actie door de lidstaten en de sociale partners in 2004, de beleidsboodschappen van het verslag van de taakgroep werkgelegenheid onder voorzitterschap van de heer Wim Kok:

- het verbeteren van het aanpassingsvermogen van werknemers en ondernemingen;
- het voor meer mensen aantrekkelijk maken om de arbeidsmarkt op te gaan en te blijven werken, en betaald werk voor iedereen tot een reële optie maken;
- het meer en doelmatiger investeren in menselijk kapitaal en levenslang leren;
- het waarborgen van een effectieve uitvoering van hervormingen door betere governance.

Verder richt de tekst specifieke aanbevelingen en prioriteiten tot elke lidstaat.

De ontwerp-teksten zullen tijdens een komende Raadszitting, na te zijn bijgewerkt in alle talen van de Gemeenschap, zonder verder debat worden aangenomen.

² PB L 197 van 5.8.2003, blz. 13.

De Raad is verder overeengekomen dat de teksten ter goedkeuring worden voorgelegd aan de Europese Raad van 17/18 juni 2004.

In overeenstemming met de nadruk die er in het werkgelegenheidspakket 2004 wordt gelegd op uitvoering, heeft de Raad een debat gehouden op basis van een nota van het voorzitterschap over de rol van de investeringen in menselijk kapitaal en van het Europees Sociaal Fonds bij het opvolgen van de werkgelegenheidsaanbevelingen.

De delegaties werd met name verzocht hun nationale ervaringen en resultaten uit te wisselen betreffende:

- de integratie van oudere werknemers in de arbeidsmarkt;
- beroepsopleiding;
- gebruik van ESF-middelen om een kennismaatschappij te ontwikkelen;
- modernisering van de overheidsdiensten voor arbeidsvoorziening;
- gebruik van ESF-middelen ter vergroting van de kansen op toegang tot de arbeidsmarkt.

Zie voor meer informatie de volgende documenten op de website van de Raad: 9593/04, 9400/04 en 9549/04, 8076/04 en 9296/04.

– **EUROPEES GENDERINSTITUUT**

De Raad heeft een debat gehouden over de voordelen van het oprichten van een Europees Genderinstituut.

Meer bepaald heeft de Raad zich beraden over de vraagstukken die in aanmerking genomen moeten worden bij de toekomstige uitwerking van gedetailleerde voorstellen voor de oprichting van een dergelijk instituut.

De delegaties verleenden hun volledige steun aan het beginsel van de oprichting van een instituut, en onderstreepten daarbij het belang van een structuur die een toegevoegde waarde zou bieden zonder de huidige activiteiten op dit gebied te dupliceren. Ook werd gewezen op de noodzaak van begrotingsneutraliteit.

Het debat van vandaag volgde op de discussie die werd gehouden tijdens de informele bijeenkomst van Limerick, waar de ministers belast met gelijkheid op 7 mei vergaderden, en moet worden gezien in het licht van de Europese Sociale Agenda, aangenomen in Nice in december 2000, waarin de Europese Raad verzocht om de oprichting van een Europees genderinstituut en om de opstelling van een haalbaarheidsstudie.

De resultaten van de haalbaarheidsstudie van de Commissie wijzen uit dat er voor een instituut een duidelijke rol is weggelegd wat betreft de uitvoering van sommige van de taken die de bestaande instellingen thans niet verrichten, te weten onder meer:

- coördinatie;
- centralisatie en verspreiding van informatie;
- het zichtbaarder maken van het gendervraagstuk; en
- het verschaffen van hulpmiddelen voor gendermainstreaming.

Zie voor meer informatie het volgende document op de website van de Raad: 9654/04.

– **GELIJKHEID VAN VROUWEN EN MANNEN**

De Raad heeft een oriënterend debat gehouden over het voorstel voor een richtlijn van de Raad tot uitvoering van het beginsel van gelijke behandeling van vrouwen en mannen bij de toegang tot en de levering van goederen en diensten.

Het debat richtte zich op de algemene aanpak van de Commissie van gelijkheid van vrouwen en mannen op andere gebieden dan werkgelegenheid, en wel op basis van de volgende indicatieve vragen van het voorzitterschap:

- a) Staan de ministers positief tegenover de voorgestelde richtlijn en zijn zij van mening dat het beginsel van gelijke behandeling voor vrouwen en mannen op het gebied van goederen en diensten moet worden toegepast als onderdeel van de stapsgewijze strategie van de Commissie met het oog op gelijkheid van mannen en vrouwen op andere gebieden dan werkgelegenheid?
- b) Zijn de ministers, rekening houdend met de gevolgen voor de consument en de verzekeringsindustrie, van mening dat het verbieden van op sekse gebaseerde actuariële factoren bij verzekeringen en aanverwante, onder deze richtlijn vallende diensten een cruciaal onderdeel van de richtlijn vormt en dat het gebruik van die factoren moet worden verboden omdat zij een onaanvaardbare discriminatie inhouden?
- c) Indien het antwoord op b) ja is, zou het de moeite waard zijn te zoeken naar gedeeltelijke oplossingen voor de kwestie van op sekse gebaseerde actuariële factoren, zoals:
 - op sekse gebaseerde actuariële factoren bij de berekening van premies en uitkeringen verbieden, maar wel het gebruik van deze actuariële factoren bij de berekening van risico's toestaan;
 - een overgangsperiode van meer dan de door de Commissie voorgestelde zes jaar na de tenuitvoerlegging van de richtlijn;
 - uiteenlopende oplossingen uitwerken naargelang van het type verzekeringsproduct?
- d) Vinden de ministers daarentegen dat ook in de toekomst het gebruik van seksegebonden actuariële factoren moet worden toegestaan mits deze gebaseerd zijn op objectieve statistieken?

Zie voor meer informatie de volgende documenten op de website van de Raad: 14812/03 en 9426/1/04.

GEZONDHEID– ***HARTGEZONDHEID - Conclusies van de Raad***

De Raad heeft een debat gehouden over de noodzaak van de bevordering van hartgezondheid en heeft voorts de volgende conclusies aangenomen:

"DE RAAD VAN DE EUROPESE UNIE,

1. MERKT OP dat de burgers van de Europese Unie grote waarde hechten aan een zo goed mogelijke menselijke gezondheid, en deze als een wezenlijke voorwaarde voor een hoge levenskwaliteit beschouwen;
2. MEMOREERT HET VOLGENDE:
 - artikel 152 van het Verdrag bepaalt dat het optreden van de Gemeenschap een aanvulling vormt op het nationale beleid, en gericht is op verbetering van de volksgezondheid, preventie van ziekten en aandoeningen bij de mens en het wegnemen van bronnen van gevaar voor de menselijke gezondheid. Bij het optreden van de Gemeenschap op het gebied van de volksgezondheid worden de verantwoordelijkheden van de lidstaten voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging geëerbiedigd;
 - de Raad en de ministers van Volksgezondheid van de lidstaten, in het kader van de Raad bijeen, hebben op 3 december 1990 conclusies betreffende hart- en vaatziekten in de Gemeenschap aangenomen³;
 - de Raad heeft op 2 juni 1994 een resolutie betreffende hart- en vaatziekten aangenomen⁴;
 - de Raad heeft op 29 juni 2000 een resolutie inzake maatregelen op het gebied van gezondheidsdeterminanten aangenomen⁵;

³ PB C 329 van 31.12.1990, blz. 19.

⁴ PB C 165 van 17.6.1994, blz. 3.

⁵ PB C 218 van 31.7.2000, blz. 8.

- de Raad heeft op 14 december 2000 een resolutie betreffende gezondheid en voeding aangenomen⁶;
- de Raad heeft op 5 juni 2001 conclusies aangenomen betreffende een strategie van de Gemeenschap ter beperking van aan alcohol gerelateerde schade⁷;
- de Raad heeft op 26 juni 2002 nota genomen van een mededeling van het Spaanse voorzitterschap over gezondheid op cardiovasculair gebied⁸;
- de Raad heeft op 2 december 2002 conclusies inzake zwaarlijvigheid aangenomen⁹;
- de Raad heeft op 2 december 2003 conclusies inzake gezonde leefstijlen aangenomen¹⁰.

3. NEEMT ER NOTA VAN dat de Conferentie "Promoting Heart Health, *A European Consensus*" - gehouden op 24-26 februari 2004 te Cork, Ierland, met vertegenwoordigers van de 25 huidige en nieuwe lidstaten op het niveau van hoge volksgezondheidsambtenaren en nationale, Europese en internationale deskundigen op het gebied van de cardiologie, gezondheidsbevordering en volksgezondheid - de volgende conclusies heeft geformuleerd:

- hart- en vaatziekten - hartaandoeningen, beroertes en andere arteriosclerotische vasculaire aandoeningen - vormen de voornaamste doodsoorzaak voor mannen en vrouwen in de Europese Unie;
- in de Europese Unie daalt de sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten, maar stijgt het aantal mannen en vrouwen die lijden aan deze ziekten;
- het merendeel van de hart- en vaatziekten is te voorkomen, voornamelijk door verandering van leefstijl en door een adequaat gebruik van geneesmiddelen;
- strategieën ter bevordering van de gezondheid van hart en bloedvaten moeten zich richten op de hele bevolking en op personen met een hoog risico of op personen met hart- en vaatziekten;

⁶ PB C 20 van 23.1.2001, blz. 1.

⁷ PB C 175 van 20.6.2001, blz. 1.

⁸ Doc. 9752/02 SAN 78.

⁹ PB C 11 van 17.1.2003, blz. 3.

¹⁰ PB C 22 van 27.1.2004, blz. 1.

- bevolkingsstrategieën dienen gericht te zijn op gezondheidsdeterminanten waaronder leefstijlen, risicofactoren en sociale en fysieke omgevingen die de gezondheid juist ondersteunen;
 - ongezonde leefstijlen van de Europese burgers, met name tabaksgebruik, maar ook een ongezond dieet en gebrek aan lichaamsbeweging, zijn risicofactoren waaraan bij de ontwikkeling van nationaal en Europees beleid iets moet worden gedaan;
 - de bevordering van de gezondheid van het hart en preventieve strategieën zijn kosten-efficiënte investeringen met meetbare voordelen op gezondheids-, sociaal en economisch gebied;
 - de lidstaten moeten overwegen richtsnoeren voor personen met een hoog risico en personen met hart- en vaatziekten te ontwikkelen en uit te voeren;
 - in de gehele Europese Unie moeten vergelijkbare gegevens beschikbaar zijn om de cardio-vasculaire mortaliteit en morbiditeit alsook de relevante gezondheidsgedragingen en risicofactoren te monitoren;
 - er is reeds zeer valide, op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde informatie over de bevordering van de cardiovasculaire gezondheid beschikbaar, maar in Europa moet nog meer onderzoek worden verricht.
4. MERKT OP dat het communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008)¹¹ onder meer als algemene doelstelling heeft de volksgezondheid te bevorderen en ziekten te voorkomen door bij alle beleidsmaatregelen en activiteiten rekening te houden met gezondheidsdeterminanten.
 5. BENADRUKT dat hart- en vaatziekten voor de burgers van de Europese Unie de belangrijkste oorzaak van ziekte en morbiditeit, een belangrijke oorzaak van dood en voortijdige dood, en een belangrijke oorzaak van een verminderde levenskwaliteit zijn.
 6. VERKLAART dat ofschoon in sommige landen een aanzienlijke daling van de sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten is verwezenlijkt, thans snelle en gerichte actie nodig is gezien de demografische tendensen en de te verwachten toename van hart- en vaatziekten.
 7. VERKLAART dat preventieve maatregelen, effectieve behandelingen en andere maatregelen het aantal doden ten gevolge van hart- en vaatziekten doen dalen en de levensverwachting van de Europese burgers doen stijgen.

¹¹ PB L 271 van 9.10.2002, blz. 1.

8. ERKENT dat voor oudere burgers van de Europese Unie de risicofactoren voor hart- en vaatziekten, waaronder een verhoogde bloeddruk en een verhoogd cholesterolgehalte, sterker doorwegen; onder de bevolking van de Europese Unie komen coronaire hartziekten en handicaps ten gevolge van beroertes veel, en zwaarlijvigheid, suikerziekte en chronisch hartfalen steeds vaker voor.
9. CONSTATEERT dat de hoogste cijfers voor hart- en vaatziekten worden opgetekend in de laagste sociaal-economische groepen in de samenleving, met de daaruit voortvloeiende gezondheidsongelijkheden tussen de burgers van de Europese Unie en hoge sociale en gezondheidskosten voor de lidstaten en de burgers.
10. ERKENT dat de voornaamste risicofactoren in verband met hart- en vaatziekten, namelijk tabaksgebruik, een verhoogde bloeddruk en verhoogde cholesterolgehalten, factoren zijn die sterk en rechtstreeks verband houden met de leefstijl, de eetgewoonten en de lichaamsbeweging van het individu.
11. ERKENT dat andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten onder meer zwaarlijvigheid en overgewicht, suikerziekte, bovenmatig alcoholgebruik en psychosociale stress zijn.
12. IS BEZORGD over de negatieve gevolgen die de toename van zwaarlijvigheid en overgewicht voor de cardiovasculaire gezondheid van de burgers van de Europese Unie in alle leeftijdscategorieën, met name kinderen en jongeren.
13. ERKENT dat er in en tussen de lidstaten sociale, culturele en economische verschillen bestaan, en dat een groot deel van het sociale en economische beleid van de Gemeenschap van invloed is op de volksgezondheid en mede bepalend kan zijn voor het scheppen van de voorwaarden voor het bevorderen van een goede gezondheid van hart en vaten; tot de bedoelde beleidsgebieden behoren milieu, landbouw, visserij, consumentenbescherming, interne markt, vervoer en onderwijs.
14. ERKENT dat de ontwikkeling van hart- en vaatziekten voorkomen of vertraagd kan worden, het aantal recidieven kan worden verminderd en de levenskwaliteit van mensen met hart- en vaatziekten kan worden verbeterd door het aanpakken van de onderliggende gezondheidsdeterminanten, met name tabaksgebruik, ongezonde eetgewoonten en te weinig lichaamsbeweging, alsmede bovenmatig alcoholgebruik.
15. IS HET EROVER EENS dat bevordering van de cardiovasculaire gezondheid een rechtstreeks positief effect heeft op andere niet-overdraagbare ziekten die ook een grote last vormen voor de gezondheid van de burgers van de Europese Unie.
16. ONDERKENT dat het zaak is hart- en vaatziekten te monitoren en te bewaken, door onder meer vergelijkbaar materiaal van cardiovasculaire mortaliteit, morbiditeit en risicofactoren, en gegevens over leefstijlen, kennis, opvattingen en gedragspatronen onder de burgers van de gehele Europese Unie, te verzamelen.

17. ONDERKENT dat verder onderzoek in Europa naar de bestrijding van de risicofactoren met betrekking tot hart- en vaatziekten een aanzienlijke positieve bijdrage zou kunnen leveren aan de bestrijding van die ziekten in de toekomst.
18. ERKENT dat om hart- en vaatziekten en het daarmee gepaard gaande lijden doeltreffend te bestrijden en terug te dringen, er een langetermijnaanpak nodig is die volksgezondheidsstrategieën omvat met onder meer acties of programma's die zijn gericht op de gezonde bevolking en op individuen en groepen die een hoog risico lopen of aan hart- en vaatziekten lijden.
19. ERKENT dat een kader voor een gezondheidsbevorderingsstrategie een geïntegreerde aanpak vergt, breed opgezet, transparant, multisectoraal en multidisciplinair moet zijn, en op participatie en het beste beschikbare wetenschappelijke onderzoek dient te berusten. De doelgroep wordt gevormd door mensen in alle leeftijdscategorieën en alle groepen in de samenleving, met name de groepen die gezien hun specifieke sociale, culturele, gender- en leeftijdskenmerken het meeste risico lopen op hart- en vaatziekten, en er moeten middelen zijn voor een adequate evaluatie, met inbegrip van monitoring en bewaking van acties en programma's.
20. ERKENT dat een kader voor een strategie ten aanzien van groepen of individuen met een hoog risico een op feitenmateriaal gebaseerd instrument moet omvatten voor het meten van het risico van hart- en vaatziekten, het ondersteunen van leefstijladvies, alsmede, ter vermindering van het risico, aandacht voor maatregelen en doelen betreffende de risicofactoren.
21. ERKENT dat voor een strategie ten aanzien van hoogrisicodoelgroepen de middelen voor onderwijs en opleiding moeten worden vastgesteld die nodig zijn voor een adequate verspreiding, uitvoering, monitoring en evaluatie van dit instrument door middel van capaciteitsontwikkeling onder artsen, met de nadruk op de eerstelijnszorg, andere beroepssectoren in de gezondheidszorg en beroepen met relevantie voor de volksgezondheid.
22. ONDERKENT dat het aanpakken van gezondheidsdeterminanten in samenhang met hart- en vaatziekten vraagt om sterke koppelingen en verbanden tussen gezondheidsbevordering enerzijds en strategieën ten aanzien van hoog risico anderzijds.
23. IS INGENOMEN met de vorderingen in de Europese Unie inzake de wetgeving en programma's ter bestrijding van het tabaksgebruik.
24. IS VERHEUGD over de oprichting door de Europese Commissie van het Netwerk Voeding en Lichaamsbeweging.
25. IS TEVENS VERHEUGD OVER de initiatieven van de Europese Commissie in verband met de opstelling van een Europees actieplan inzake milieu en gezondheid.

26. VERZOEKT de lidstaten om bij het vaststellen of evalueren van de nationale volksgezondheidsstrategieën het volgende in overweging te nemen:

- opneming van strategieën met betrekking tot gezondheidsbevordering, bevolking en hoog risico teneinde de cardiovasculaire gezondheid en een verbeterde levenskwaliteit te bevorderen, met als langetermijndoel de frequentie en de last van hart- en vaatziekten te verminderen;
- verdere ontwikkeling en invoering van gezondheidseffectbeoordeling om het gezondheidseffect van alle nationale beleidsmaatregelen te meten;
- het volgen van een maatschappelijke en multisectorale aanpak voor de bevordering van de volksgezondheid, met inbegrip van de cardiovasculaire gezondheid, door daarbij alle relevante gouvernementele en niet-gouvernementele organisaties op zowel nationaal als plaatselijk niveau te betrekken via een breed, voor iedereen openstaand partnerschap;
- verdere ontwikkeling en uitvoering van de nationale actieplannen ten aanzien van tabaksgebruik - mede wat betreft rookvrije ruimten -, eetgewoonten en lichaamsbeweging ter bevordering van de volksgezondheid, met inbegrip van de cardiovasculaire gezondheid;
- uitvoering van op feitenmateriaal gebaseerde duurzame en kostenefficiënte communautaire preventieprogramma's die toegankelijk en betaalbaar zijn, teneinde in te spelen op de behoeften van degenen met het hoogste risico op hart- en vaatziekten;
- mogelijkheid om, rekening houdend met de organisatie en de werking van de respectieve gezondheidsdiensten, en de ethische, juridische, culturele en andere relevante vraagstukken, alsook de beschikbare middelen van de lidstaten, nationale richtsnoeren ter voorkoming van hart- en vaatziekten vast te stellen en het gebruik van risicografieken voor de beoordeling van individueel risico te overwegen;
- integratie op multisectorale basis met de bestaande nationale plannen op cardiovasculair gebied, inclusief verzameling en publicatie van relevante vergelijkbare gegevens over de programma-uitvoering; en
- invoering van gestandaardiseerde bewakingssystemen voor cardiovasculaire mortaliteit, morbiditeit, gezondheidsgedrag en risicofactoren.

27. VERZOEKT de Europese Commissie om, wanneer het in het kader van het actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid past¹², de lidstaten te steunen in hun inspanningen ter bevordering van de cardiovasculaire gezondheid, en om:

- rekening te houden met de resultaten van nationaal en internationaal onderzoek en van bestaande nationale strategieën op het gebied van de cardiovasculaire gezondheid;
- netwerkvorming en informatie-uitwisseling tussen betrokkenen, waaronder beroepsorganisaties, niet-gouvernementele organisaties en consumentenorganisaties, te stimuleren;
- te overwegen in overleg met de lidstaten richtsnoeren inzake beste praktijken vast te stellen om de beleidsmaatregelen en -programma's betreffende de gezondheid van de bevolking en van afzonderlijke groepen met een hoog risico, alsmede de preventiebeleidsmaatregelen en -programma's onderling beter te coördineren;
- de onderlinge vergelijkbaarheid te verhogen van gegevens over gezonde leefstijlen en over gedragspatronen in alle lidstaten, alsmede de mogelijkheid te bestuderen om in alle lidstaten standaardprocedures en -methoden te gebruiken voor monitoring en bewaking van de mortaliteit en de morbiditeit in verband met hart- en vaatziekten, alsook van gegevens over de risicofactoren;
- een multisectorale aanpak te volgen voor de bevordering van de cardiovasculaire gezondheid, de voorkoming van hart- en vaatziekten en de beoordeling van het gezondheidseffect van andere beleidsmaatregelen van de Europese Unie; om daarbij ook de economische kosten van hart- en vaatziekten af te wegen tegen de verbeterde gezondheidssituatie die het resultaat is van een brede volksgezondheidsstrategie van de lidstaten om de last van deze ziekten te verminderen;
- voort te werken aan de ontwikkeling van een breed en geïntegreerd Europees levensmiddelen- en voedingsbeleid, waarin onder meer plaats wordt ingeruimd voor programma's inzake lichaamsbeweging, voedingrichtsnoeren voor de bevolking en beoordeling van het effect op de volksgezondheid van de promotie, het op de markt brengen en de presentatie van levensmiddelen;
- mogelijkheden te onderzoeken om een betere cardiovasculaire gezondheid te bevorderen, mede door:
 - verdere vooruitgang in het beleid ter bestrijding van tabaksgebruik actief te stimuleren;
 - ondersteuning en bevordering van een regelmatige uitwisseling van ervaringen op het gebied van gezondheidsdeterminanten en cardiovasculaire gezondheid;

¹² PB L 271 van 9.10.2002, blz. 1.

- facilitering van het vergelijken en evalueren van door deskundigen geleverde wetenschappelijke resultaten op het gebied van bevordering van de cardiovasculaire gezondheid, met name ondersteuning van de nationale richtsnoeren en informatie voor groepen met een hoog risico;
- facilitering van de uitwisseling van informatie over beroepen en opleidingen op het gebied van de cardiovasculaire gezondheid; en
- te overwegen verdere voorstellen te doen betreffende gezondheidsdeterminanten die van groot belang zijn voor de bevordering van de gezondheid van hart en vaten.

28. VERZOEKT de Commissie om te blijven samenwerken met de relevante internationale en intergouvernementele organisaties, in het bijzonder de Wereldgezondheidsorganisatie, teneinde voor een doeltreffende coördinatie van de activiteiten te zorgen."

– ***E-GEZONDHEIDSZORG - Conclusies van de Raad***

De Raad werd door de Commissie ingelicht over haar mededeling over "e-gezondheid - naar een betere gezondheidszorg voor de Europese burgers: een actieplan voor een Europese e-gezondheidszorgruimte" (*doc. 9185/04*), en heeft voorts de volgende conclusies aangenomen:

"DE RAAD VAN DE EUROPESE UNIE

1. NEEMT ER NOTA VAN dat e-gezondheidszorg kan worden omschreven als het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën, waaronder internet, met als doel het verbeteren van of het bijdragen tot de gezondheid en de gezondheidszorg. Het biedt mogelijke voordelen voor zorgverstrekkers en beroepsbeoefenaars. Voorbeelden van succesvolle ontwikkelingen op het gebied van e-gezondheidszorg zijn onder meer gezondheidsinformatienetwerken, elektronische medische dossiers, elektronische monitoringsystemen en gezondheidszorgportalen. e-Gezondheidszorg biedt de Europese burgers aanzienlijke mogelijkheden voor ruimere toegang tot betere gezondheidszorgstelsels. e-Gezondheidszorghulpmiddelen kunnen ertoe bijdragen dat:
 - de gezondheidstoestand verbetert, door het bevorderen van gezond leven, betere beslissingen in verband met gezondheid en verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg;
 - de bevolking en de patiënten hun gezondheid meer zelf in handen kunnen nemen door het bevorderen van beter gefundeerde beslissingen in verband met gezondheid in gezondheidszorgstelsels waar de burger centraal staat;
 - de gezondheidszorgverstrekkers, door aanzienlijke productiviteitswinst en efficiëntere gezondheidszorg en gezondheidspreventie, in staat zijn om de toenemende vraag op te vangen;
 - de gezondheidszorgdiensten verbeteren door vergemakkelijking van de medische beroepspraktijk, de uitwisseling van beste praktijken en communicatie; en
 - de gezondheidsverschillen worden verkleind door het volgen van een nieuwe aanpak ter verbetering van de gezondheid van afgelegen gemeenschappen en risicogroepen in de bevolking.
2. ERKENT de aanzienlijke bijdrage die e-gezondheidszorg kan leveren ter verbetering van
 - de toegang tot informatie en zorg;

- de beschikbaarheid van gegevens vanuit de hele Gemeenschap voor gezondheidswerkers en gezondheidsinstanties; en
 - de kwaliteit, de veiligheid, de kostenbesparingen en de efficiëntie van de gezondheidsdiensten.
3. VERWELKOMT de waardevolle bijdrage van de Commissie in haar mededeling van 29 november 2002 met de titel: e-Europe 2002: kwaliteitscriteria voor websites met medische informatie¹³, en memoreert de daarin genoemde criteria met betrekking tot transparantie en eerlijkheid, gezaghebbendheid, privacy en gegevensbescherming, actualisering van de informatie, verantwoordingsplicht en toegankelijkheid.
 4. VERWELKOMT de instelling van werkgroepen in het kader van de doelstelling gezondheidsvoorlichting van het communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008), waaronder de Groep Telematica. Zij zullen het op communautaire schaal verzamelen van gegevens met betrekking tot welomschreven Europese volksgezondheidsindicatoren bevorderen.
 5. VERWELKOMT het volksgezondheidsportaal van de Gemeenschap dat uit modules zal bestaan en ook gebruikt zou moeten worden voor de verspreiding van informatie over gezondheidsindicatoren die is verzameld in het kader van het onderdeel gezondheidsvoorlichting van het communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008)¹⁴, en een aanvulling zal zijn op geregelde rapporten over gezondheidsvraagstukken.
 6. NEEMT NOTA VAN de mededeling van de Commissie over e-Gezondheid - Naar een betere gezondheidszorg voor de Europese burgers: een actieplan voor een Europese e-gezondheidszorgruimte.¹⁵
 7. NEEMT ER NOTA VAN dat de conferentie "Ondersteuning van de Europese burger via e-gezondheidszorg" op 5-6 mei 2004 in Cork, die werd bijgewoond door ministers en hoge ambtenaren van de 25 lidstaten, alsmede door nationale en Europese deskundigen op het gebied van e-gezondheidszorg:
 - heeft benadrukt dat de ontwikkelingen in de e-gezondheidszorg mogelijkheden bieden om de zeggenschap van de Europese burger met betrekking tot zijn gezondheid en welbevinden te bevorderen;

¹³ Doc. 15135/02 SAN 226 TELECOM 67.

¹⁴ Vastgesteld krachtens Besluit nr. 1786/2002/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 september 2002 (PB L 271 van 9.10.2002, blz. 1).

¹⁵ Doc. 9185/04 SAN 78 TELECOM 91 + ADD 1.

- zich heeft uitgesproken voor de nieuwe mogelijkheden die e-gezondheidszorg, met inbegrip van het internet, bieden om gezondheidsinformatie te verspreiden, uit te wisselen en te beheren, om administratieve procedures te verbeteren, en om de diensten van de gezondheidszorg te ondersteunen;
 - heeft benadrukt dat e-gezondheidszorg mogelijkheden biedt om in te gaan op de nieuwe kansen en uitdagingen die zich in het kader van het communautaire actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008) en het bereiken van de doelen van het actieplan e-Europa 2005 voordoen;
 - heeft erkend dat e-gezondheidszorg de Europese burgers er wellicht gemakkelijker toe brengt om, via bijvoorbeeld de Europese gezondheidsverzekeringskaart, een beroep te doen op gezondheidsdiensten in een andere lidstaat dan die waar zij gewoonlijk verblijven;
 - heeft ertoe opgeroepen tijdens de ontwikkeling, het beproeven en het invoeren van e-gezondheidssystemen, alle aandacht te schenken aan databescherming, privacy en beveiliging;
 - heeft opgeroepen tot meer onderzoek naar de toepassingsmogelijkheden van e-gezondheidszorg, in het bijzonder op het stuk van de integratie van gegevens en van interoperabiliteit; en
 - heeft opgeroepen tot meer uitwisseling van beste praktijken op Europees niveau op het stuk van het verstrekken van gepersonaliseerde informatie en advies via telegezondheidsdiensten en websites betreffende de gezondheidszorg enerzijds, en van kwaliteitsborging anderzijds.
8. ERKENT dat e-gezondheidszorg alle elementen van e-overheid in algemene zin bevat, zoals hoge connectiviteit, interoperabiliteit (het vermogen van twee of meer systemen of onderdelen om gegevens uit te wisselen en informatie te gebruiken), intraoperabiliteit (de mogelijkheid om tussen componenten in een systeem informatie, functies en diensten uit te wisselen), beveiliging, privacy, beschikbaarheid en toegankelijkheid, en ERKENT dat volksgezondheid in Europa in hoofdzaak een overheidsdienst is en dat derhalve de uitdagingen en acties dezelfde zijn als die welke zijn omschreven in de mededeling van de Commissie "De rol van de elektronische overheid (eGovernment) voor de toekomst van Europa"¹⁶.
9. ERKENT dat, in een klimaat waar de gezondheidszorgstelsels steeds meer onder druk komen te staan, elektronische zorgpassen, nationale en regionale elektronische gezondheidsnetwerken en het gebruik van andere informatietechnologie de kwaliteit en de veiligheid van de gezondheidszorg die aan patiënten wordt verstrekt aanzienlijk kunnen verbeteren, en op langere termijn tevens kostenbesparend werken.

¹⁶ Doc. 13127/03 TELECOM 111.

10. ERKENT dat er nu ook gepersonaliseerde systemen voor het toezicht op en het ondersteunen van patiënten bestaan die kunnen helpen om het verblijf van patiënten in het ziekenhuis te verkorten of geheel overbodig te maken, en tegelijk hun gezondheidstoestand bewaken, ambulante patiënten helpen en het zelfstandig wonen van ouderen en chronisch zieken ondersteunen.
11. ONDERSTREEPT de bijdrage die e-gezondheidszorg kan leveren als antwoord op de steeds grotere onderlinge verwevenheid van de nationale gezondheidszorgstelsels en de toenemende mobiliteit van patiënten en gezondheidswerkers in de Gemeenschap en in derde landen. In dit verband kan e-gezondheidszorg een rol spelen bij de follow-up van de mededeling van de Commissie en de aanbevelingen van het reflectieproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie. E-gezondheidszorg kan technische oplossingen bieden voor het delen van informatie op Europees niveau en bijdragen tot het vormen van een netwerk van Europese referentiecentra. E-gezondheidszorg kan ook technische ondersteuning leveren voor Europese samenwerking bij de evaluatie van gezondheidstechnologie.
12. ERKENT het grote potentieel van smart cards met meerdere functies als een veilig persoonsidentificatiesysteem om toegang te verlenen tot medische gegevens en ziekteverzekeringsgegevens en onder stringente voorwaarden eveneens als opslagmedium voor kritische persoonlijke medische gegevens en ziekteverzekeringsgegevens. Dergelijke kaarten kunnen, samen met andere IT-oplossingen, de mobiliteit van patiënten in heel Europa helpen verbeteren.
13. ERKENT de mogelijke voordelen van verdere samenwerking bij de ontwikkeling naar een veilig interoperabel systeem voor gezondheidszorg via internationale, nationale en regionale netwerken die burgers, beroepsbeoefenaars en autoriteiten on line met elkaar verbinden en het grensoverschrijdend aanbieden van gezondheidsdiensten op het web vergemakkelijken, en ERKENT het belang van de integratie van de bestaande instrumenten en diensten op dit gebied.
14. ERKENT dat om verstandige beslissingen te nemen over welke gezondheidsinformatie zij als betrouwbaar beschouwen, of welke producten of diensten zij zullen gebruiken, mensen moeten weten welke normen een website hanteert bij de ontwikkeling van inhoud. Websites met gezondheidsinformatie moeten duidelijk maken welke bronnen zij hebben gebruikt en ervoor zorgen dat de gepresenteerde informatie passend en onafhankelijk is en op het juiste moment wordt gegeven. Ook moeten zij nagaan door wie de site vermoedelijk zal worden bezocht en ervoor zorgen dat de informatie voor alle bezoekers, inclusief personen met een handicap, in een zo begrijpelijk en toegankelijk mogelijke vorm wordt gepresenteerd. Aangezien sommige sites gesponsord worden door de ene partij en een andere partij als webhost optreedt, moeten die betrekkingen duidelijk op de site worden vermeld.
15. ERKENT dat het gezondheidsinternet nieuwe uitdagingen en kansen kan inhouden voor gezondheidswerkers die on line advies verstrekken. Deze gezondheidswerkers zouden e-patiënten met name de beperkingen van gezondheidsadvies on line moeten helpen inzien, inclusief ethische, sociale en juridische aspecten, en attent maken op het feit dat dit in de regel niet de plaats van een consult onder vier ogen kan innemen. Er moet het nodige worden gedaan om te waarborgen dat de patiënt instructies voor eventueel vereiste verdere stappen begrijpt.

16. ERKENT dat het risico van het schenden van de privacy en de vertrouwelijkheid verhoogd wordt door de technologische mogelijkheden van het internet, het wereldwijde net en de architectuur van informatiesystemen. Gebruikers en patiënten hebben het recht te verwachten dat diegenen die websites met medische informatie aanbieden, alle beschikbare redelijke voorzorgsmaatregelen treffen om persoonsgegevens te beschermen tegen inbreuken op dat vlak.
17. IS VAN MENING dat het verzamelen van medische gegevens speciale kwesties met betrekking tot gegevensbescherming doet rijzen, met name wanneer gegevens worden verzameld of gebruikt kunnen worden voor andere doelen dan de onmiddellijke gezondheidsvoordelen voor het individu. Op dit punt dient de communautaire wetgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en van persoonsgegevens te worden geëerbiedigd. Tegelijkertijd moeten websites met medische informatie duidelijk aangeven welke informatie zij verzamelen en waarvoor zij persoonsgegevens gebruiken, en moeten zij bezoekers in staat stellen zelf te beslissen of zij een dergelijk gebruik van hun gegevens toestaan door expliciet de geïnformeerde toestemming van de bezoeker voor specifieke activiteiten op het gebied van het verzamelen en delen van gegevens te vragen.
18. VERZOEKT DE LIDSTATEN OM:
- de gezondheidszorg verder te ontwikkelen en uit te voeren als onderdeel van nationale strategieën op het gebied van de volksgezondheid, zulks overeenkomstig de potentiële financiële vermogens van de lidstaten;
 - in de context van de aanneming of herziening van nationale strategieën op het gebied van de volksgezondheid na te gaan of er voor websites met medische informatie kwaliteitscriteria gelden, en zo ja, welke;
 - in de gehele samenleving kennis omtrent de gezondheid en internetvaardigheden te bevorderen, en de algemene kennis van het publiek omtrent het potentieel en de beperkingen van informatietechnologie op het gebied van de gezondheidszorg te verbreden;
 - beste praktijken op het gebied van e-gezondheidszorg verder te ontwikkelen en te verspreiden teneinde ontwikkelingen op dit gebied aan te moedigen en de potentiële voordelen ervan te realiseren; en
 - rekening te houden met het potentieel van e-gezondheidszorg als middel om het beraad op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie een praktisch vervolg te geven.
19. VERZOEKT DE COMMISSIE EN DE LIDSTATEN OM:
- binnen de Gemeenschap netwerken van organisaties, onderzoeksinstituten, bevoegde autoriteiten en andere instellingen die actief zijn op het gebied van de e-gezondheidszorg, te bevorderen;

- interoperabele en intraoperabele systemen voor de ontwikkeling van e-gezondheidszorg uit te gaan voeren.

20. VERZOEKT DE EUROPESE COMMISSIE de lidstaten te steunen in hun streven de e-gezondheidszorg te bevorderen door middel van relevante communautaire programma's en acties, met name het communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008) en:

- met het oog op een snelle groei van websites met medische informatie in de Europese Unie en de groei van het aantal Europese burgers dat dergelijke sites raadpleegt, na te gaan of de overeengekomen kwaliteitscriteria verder kunnen worden ontwikkeld voor websites op het gebied van de volksgezondheid;
- in het belang van een betere voorlichting aan de burgers het volksgezondheidsportaal tegen 2005 van start te doen gaan;
- netwerken en elektronische uitwisseling van informatie tussen belanghebbenden, waaronder gezondheidswerkers, niet-gouvernementele en consumentenorganisaties, patiënten, zorgverstrekkers en burgers te bevorderen;
- beveiligde, interoperabele informatietechnologiesystemen en gegevensnetwerken, met inbegrip van de nationale telematicastructuur, in geheel Europa verder te ontwikkelen, zodat de ontwikkeling van e-gezondheidszorg en de mogelijke verzameling van volksgezondheidsgegevens - ook betreffende de mobiliteit van patiënten en gezondheidswerkers - vanuit de gehele Gemeenschap worden vergemakkelijkt;
- de juridische facetten van e-gezondheidszorg nader te bezien teneinde verdere vooruitgang op dit gebied, met name op het vlak van de bescherming van persoons/patiëntgegevens, te bevorderen;
- het bestaande regelgevingsklimaat met betrekking tot het on line op de markt brengen, promoten, verkopen, distribueren en aankopen van farmaceutische producten, inclusief de invoer uit derde landen, nader te bezien;
- verder onderzoek te ontwikkelen naar de potentiële voordelen op het gebied van toegang tot e-gezondheidszorg, kwaliteit en besparingen;
- te overwegen om in overleg met de lidstaten richtsnoeren inzake beste praktijken vast te stellen om de coördinatie van beleid en programma's op het gebied van e-gezondheidszorg te verbeteren;
- de onderlinge vergelijkbaarheid van gegevens inzake alle e-gezondheidszorgaspecten te vergroten, en tot een multisectorale aanpak te komen inzake de bevordering van e-gezondheidszorg in de gehele Gemeenschap;

- de haalbaarheid na te gaan van infrastructuren die gebruikersvriendelijke, erkende en interoperabele systemen voor gezondheidszorgverstrekkers, ziektepreventie en gezondheidsbevordering en -voorlichting verschaffen via nationale en regionale netwerken waarin burgers, beroepsbeoefenaars en autoriteiten met elkaar in verbinding staan;
- gecoördineerde maatregelen te overwegen om gezamenlijke uitdagingen op het gebied van e-gezondheidszorg aan te pakken, met name de ontwikkeling van interfaces tussen incompatibele informatietechnologiesystemen;
- te blijven samenwerken met de relevante internationale en intergouvernementele organisaties, met name de Wereldgezondheidsorganisatie, om een doeltreffende coördinatie van activiteiten op het gebied van e-gezondheidszorg te waarborgen."

– ***DRAAIBOEKEN VOOR INFLUENZAPANDEMIEËN - Conclusies van de Raad***

De Raad heeft de volgende conclusies aangenomen:

"DE RAAD VAN DE EUROPESE UNIE:

1. ERKENT dat de opstelling van draaiboeken voor pandemieën hoofdzakelijk een bevoegdheid van de lidstaten blijft, maar dat de aanpak van deze kwestie op Europees niveau een meerwaarde inhoudt.
2. NEEMT ER NOTA VAN dat het belangrijk is te zorgen voor een doeltreffende reactie en een hoog niveau van operationele paraatheid met betrekking tot toekomstige uitbraken van pandemieën.
3. HERINNERT AAN Beschikking nr. 2119/98/EG van het Europees Parlement en de Raad tot oprichting van een netwerk voor epidemiologische surveillance en beheersing van overdraagbare ziekten in de Gemeenschap¹⁷.
4. HERINNERT AAN de conclusies van de Raad van 6 mei 2003 over het ernstig acuut respiratoir syndroom (SARS).
5. HERINNERT AAN de op 12 februari 2004 te Brussel gehouden bespreking over aviaire influenza tijdens het informele diner van de ministers en aan de bespreking tijdens de informele ministeriële overlegvergadering op 12 mei 2004 te Cork.
6. HERINNERT AAN Verordening (EG) nr. 851/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 21 april 2004 tot oprichting van een Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding¹⁸.
7. NEEMT ER NOTA VAN het werkdokument van de Commissie van 26 maart 2004 over de opstelling van een communautair draaiboek voor een influenzapandemie¹⁹.
8. NEEMT ER NOTA VAN dat de ministers van Volksgezondheid en het voor volksgezondheid en consumentenbescherming bevoegde lid van de Europese Commissie op 28 oktober 2001 het Gezondheidsbeveiligingscomité hebben opgericht als informeel samenwerkings- en coördinatieorgaan; dat het Gezondheidsbeveiligingscomité bestaat uit hooggeplaatste vertegenwoordigers van de ministers van Volksgezondheid van de lidstaten, en van de Europese Commissie.

¹⁷ PB L 268 van 3.10.1998, blz. 1.

¹⁸ PB L 142 van 30.4.2004, blz. 1.

¹⁹ Doc. 7975/04 SAN 58.

9. NEEMT ER NOTA VAN dat het mandaat van het Gezondheidsbeveiligingscomité het volgende omvat:

- uitwisselen van informatie over gezondheidsgerelateerde bedreigingen door terroristische activiteiten of de doelbewuste verspreiding van biologische of andere agentia met de bedoeling de gezondheid te schaden;
- uitwisselen van informatie en ervaring over de paraatheids- en reactieplannen en over crisisbeheersingsstrategieën;
- in staat zijn om bij gezondheidsgerelateerde crisissituaties snel te communiceren;
- verstrekken van advies aan de ministers van Volksgezondheid en de diensten van de Europese Commissie over paraatheid en reactievermogen, alsmede over de coördinatie van rampenplannen op EU-niveau;
- uitwisselen en coördineren van gezondheidsgerelateerde crisisreacties van de lidstaten en de Commissie; en
- bevorderen en ondersteunen van coördinatie- en samenwerkingsactiviteiten en -initiatieven op EU-niveau, en in concreto bijdragen aan de uitvoering ervan op nationaal niveau.

10. KOMT OVEREEN:

- de Commissie en de ministers van Volksgezondheid te verzoeken om het mandaat van het Gezondheidsbeveiligingscomité uit te breiden met de opstelling van draaiboeken voor influenzapandemieën in de Gemeenschap voor een overgangperiode van één jaar tot eind mei 2005, en vervolgens het mandaat opnieuw te bezien zodra het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding operationeel geworden is, teneinde onder meer na te gaan of in de toekomst een collectief onderhandelingsproces met de farmaceutische industrie voor de ontwikkeling en aankoop van vaccins en antivirale middelen wenselijk is, rekening houdend met de kosten, de opslag, de logistieke en juridische aspecten daarvan, met het oog op eventuele kostenbesparingen waarbij de bevoegdheid van de lidstaten echter ten volle moet worden geëerbiedigd; en
- zich vóór mei 2005 opnieuw te beraden over de opstelling van draaiboeken voor pandemieën en over de werkzaamheden van de betrokken structuren.

11. DRINGT ER BIJ DE LIDSTATEN OP AAN:

- elkaar te informeren over ontwikkelingen bij het opstellen van draaiboeken voor pandemieën, en

- hun nationale draaiboeken op het gebied van pandemieën opnieuw te bezien, te actualiseren of te voltooien, met inachtneming van de verschillende plaatselijke omstandigheden en het nut van evaluatie.

12. DRINGT ER BIJ DE LIDSTATEN EN DE COMMISSIE OP AAN:

- met de bevoegde internationale en intergouvernementele organisaties, met name de Wereldgezondheidsorganisatie, te blijven samenwerken om te zorgen voor een doeltreffende coördinatie van de activiteiten op het gebied van paraatheid en reactievermogen bij pandemieën,
- de technische bijstand op het gebied van paraatheid en reactievermogen bij pandemieën op operationeel en strategisch niveau te vergemakkelijken,
- te overwegen of een doeltreffend netwerk van referentielaboratoria voor influenza kan worden opgericht en, indien nodig, verbeterd,
- te streven naar een betere coördinatie en interoperabiliteit van de nationale draaiboeken voor influenzapandemieën,
- regelmatig vergaderingen op hoog niveau van het Gezondheidsbeveiligingscomité te beleggen,
- ervoor te zorgen dat de rol van de "Outbreak Assistance Teams" wordt verduidelijkt, en
- werk te maken van een gezamenlijke evaluatie.

13. DRINGT ER BIJ DE COMMISSIE OP AAN:

- ervoor te zorgen dat de Raad volledig en regelmatig wordt geïnformeerd en geraadpleegd over de lopende werkzaamheden op dit gebied; en
- de werkzaamheden van het krachtens Beschikking nr. 2119/98/EG van het Europees Parlement en de Raad opgerichte netwerk te blijven volgen en zich te beraden over de taken van het Europees Geneesmiddelenbureau en van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding op dit gebied."

– **MOBILITEIT VAN PATIËNTEN EN GEZONDHEIDSZORG - Conclusies van de Raad**

De Raad heeft een debat gehouden op basis van de Commissiemededeling over het vervolg van het reflectieproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, en heeft voorts de volgende conclusies aangenomen:

"DE RAAD VAN DE EUROPESE UNIE

1. WIJST OP

- de conclusies van de Raad en van de vertegenwoordigers van de lidstaten, in het kader van de Raad op 19 juli 2002 bijeen, over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie²⁰;
- het verslag van 8 december 2003 van het reflectieproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, waaraan de ministers van volksgezondheid en hun persoonlijke vertegenwoordigers, evenals vertegenwoordigers van patiënten, gezondheidswerkers, zorgverzekeraars en het Europees Parlement hebben deelgenomen;
- de mededeling van de Commissie van 20 april 2004 over het vervolg van het reflectieproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie;
- de mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's van 20 april 2004 inzake modernisering van de sociale bescherming voor de ontwikkeling van hoogwaardige, toegankelijke en houdbare gezondheidszorg en langdurige zorg; steun voor de nationale strategieën met gebruikmaking van de "open coördinatiemethode", en
- de nota van de Commissie aan het Comité voor de economische politiek van 16 maart 2004 over beheersing van de gezondheidszorguitgaven genaamd "Enkele recente ervaringen met hervorming".

2. MEMOREERT Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen.

3. ERKENT de verantwoordelijkheden die de lidstaten krachtens artikel 152 van het Verdrag hebben voor de organisatie en de verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging, en NEEMT tevens NOTA van de uitspraak van het Europese Hof van Justitie over de toepassing van de internemarktregels op de vergoeding van in een andere lidstaat verstrekte gezondheidsdiensten.

²⁰ PB C 183 van 1.8.2002, blz. 1.

4. NEEMT NOTA van de uitbreiding van de Europese Unie en de daaruit voortvloeiende grotere diversiteit in gezondheidszorgstelsels in een uitgebreid Europa en van de specifieke vraagstukken die zich kunnen voordoen rond mobiliteit van patiënten en gezondheidswerkers.
5. BENADRUKT de grote verscheidenheid aan gezondheidsdeterminanten buiten de gezondheidssector en de invloed ervan op de volksgezondheid en BEKLEMT OONT dat het laten meetellen van de gezondheid bij het plannen en uitvoeren van ander beleid dan het volksgezondheidsbeleid een essentieel onderdeel van de volksgezondheid is en bijdraagt tot het terugdringen op de lange termijn van de kosten van het aanbieden van gezondheids- en sociale diensten.
6. BENADRUKT dat de nationale gezondheidsstelsels in de Europese Unie moeten worden geleid door de beginselen van universaliteit, solidariteit en rechtvaardigheid, en dat deze beginselen moeten worden nageleefd bij verder werk op het gebied van de gezondheidszorg en andere sectoren die invloed hebben op de sector gezondheidszorg, en BEKLEMT OONT de gemeenschappelijke uitdagingen waarvoor de lidstaten zich gesteld zien bij het beschermen van deze beginselen, onder handhaving van de financiële stabiliteit en de houdbaarheid van de gezondheidszorgstelsels moeten behouden.
7. WIJST EROP dat de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorgstelsels in eerste instantie bij de lidstaten ligt, en dat de stelsels van iedere lidstaat uniek zijn en een neerslag vormen van historische ontwikkelingen, uiteenlopende sociale, economische en culturele waarden en uiteenlopende rechtsstelsels en inzichten inzake de rechten en verantwoordelijkheden van individuen, het gezin, de werkgever, liefdadigheidsinstellingen en de overheid.
8. ERKENT dat er reeds vele gevallen zijn waarin de lidstaten of regionale of lokale volksgezondheidsautoriteiten in lidstaten bilaterale of multilaterale akkoorden hebben gesloten voor het verstrekken van gezondheidszorg in buurlanden en in andere landen van de Europese Unie aan eigen burgers en aan andere burgers van deze lidstaten.
9. WIJST EROP dat zowel patiënten als gezondheidswerkers de voorkeur geven aan zo dicht mogelijk bij huis verstrekte gezondheidszorg, maar dat mensen steeds meer reizen en beter geïnformeerd zijn over alternatieven voor meer onmiddellijke behandeling in andere lidstaten en WIJST EROP dat in grensgebieden de meest toegankelijke zorg zich in een andere lidstaat kan bevinden. Deze nieuwe combinatie van mogelijkheden kan mensen stimuleren te overwegen zich in een andere lidstaat te laten behandelen.
10. ERKENT dat stijgende kosten van de gezondheidszorg op nationaal niveau kunnen leiden tot problemen inzake de toegankelijkheid, de kwaliteit en de financiering van de verstrekking van gezondheidszorg en BENADRUKT dat financiële kwesties, met name de terugbetaling, een invloedrijke rol zullen blijven spelen op de mate van patiëntenmobiliteit.

11. BENADRUKT de unieke onderscheidende kenmerken van de gezondheidszorgsector en erkent dat de markt voor de gezondheidszorg onvolmaakt is en steeds complexer wordt, met belangrijke informatie-asymmetrieën tussen zorgleveranciers en consumenten.
12. BENADRUKT dat de patiënten, wanneer zij zich tot de gezondheidszorg in het buitenland wenden, toegang tot correcte en nauwkeurige informatie moeten krijgen over de prijzen en de kosten van de behandeling, over de kwaliteit van de behandeling en over de werkwijzen die zij kunnen verwachten.
13. WIJST EROP dat informatie over gezondheid dankzij de informatietechnologie veel breder kan worden verspreid dan vroeger en WIJST ER tegelijkertijd OP dat gezondheid een van de onderwerpen is waarnaar het meest wordt gezocht op internet en dat bepaalde gezondheidsdiensten dankzij de informatietechnologie over de grenzen heen kunnen worden aangeprezen en verstrekt.
14. WIJST EROP dat de uitwisseling van deskundigheid en informatie middels technologisch aspectonderzoek van gezondheidszorg kan worden uitgebreid door toenemende systematische samenwerking in de EU, waarbij de lidstaten worden geholpen bij het plannen, verstrekken en controleren van gezondheidsdiensten op een doeltreffende en veilige wijze, uitgaande van de beste beschikbare wetenschappelijke gegevens over de medische, sociale en economische implicaties van de gezondheidstechnologie.
15. ERKENT dat andere ontwikkelingen, zoals de ontwikkelingen in verband met de interne markt, het sociaal beleid in het algemeen, werkgelegenheid en erkenning van beroepskwalificaties en diploma's, gevolgen hebben voor gezondheidszorgstelsels.
16. WIJST EROP dat de uitspraken van het Europese Hof van Justitie en de berichtgeving over deze uitspraken, wellicht de aandacht van het publiek hebben gevestigd op het toegenomen aantal mogelijkheden voor terugbetaling van geneeskundige verzorging in het buitenland, en BENADRUKT dat dient te worden onderzocht hoe de rechtszekerheid kan worden verbeterd dankzij de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie over het recht van patiënten op terugbetaling van een geneeskundige behandeling in het buitenland. Derhalve dienen de ministers van volksgezondheid de samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg te blijven versterken.
17. WIJST EROP dat bepaalde beperkingen inzake de terugbetaling van in andere lidstaten verstrekte zorg, mits zij stroken met het Verdrag, kunnen worden beschouwd als gerechtvaardigd indien zij bijvoorbeeld nodig zijn om te waarborgen dat er evenwichtige, voor iedereen toegankelijke gezondheidsdiensten worden aangeboden, om de financiële houdbaarheid van gezondheidszorgstelsels te waarborgen of om een effectieve planning van de diensten mogelijk te maken.
18. WIJST EROP dat patiënten een aantal rechten hebben en verwachtingen koesteren wanneer zij een beroep doen op de gezondheidszorg en dat deze van lidstaat tot lidstaat aanzienlijk kunnen verschillen. De patiënten zouden daarom gebaat zijn bij meer transparantie inzake gezondheidszorg, bescherming van persoonsgegevens, schadeloosstelling, geïnformeerde toestemming, rechten en plichten van gezondheidswerkers ten opzichte van patiënten en verplichtingen van patiënten, zoals de verplichting om volledige en nauwkeurige informatie te verstrekken.

19. WIJST EROP dat de invoering van de Europese ziekteverzekeringskaart per 1 juni 2004 de mobiliteit binnen de Europese Unie zal helpen bevorderen middels het vereenvoudigen van de procedures voor de toegang tot gezondheidszorg gedurende een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat.
20. WIJST EROP dat het wellicht mogelijk is om in het kader van formele afspraken vrije capaciteit te delen, teneinde wachttijden te helpen terugdringen wanneer deze niet zozeer het gevolg zijn van budgettaire beperkingen als wel van beperkte capaciteit.
21. WIJST EROP dat de snelle invoering van nieuwe medische technologie in één lidstaat duidelijke voordelen voor de patiënt kan opleveren, maar ook kan leiden tot een verhoogde druk op de andere lidstaten; dat toenemende medische specialisatie, met zeer dure klinische ingrepen, ertoe leidt dat er geleidelijk aan gespecialiseerde centra ontstaan die patiënten uit geheel Europa aantrekken en dat samenwerking op Europees niveau de toegang tot kwalitatief hoogwaardige en kosteneffectieve zorg, ook voor zeldzame ziektes, zou kunnen verbeteren.
22. WIJST EROP dat de interne markt een breed scala van aangelegenheden in verband met patiëntenmobiliteit en gezondheidszorg omvat, maar dat er zich op communautair niveau geen bestaand forum of mechanisme met ondersteunende rechtsgrondslag heeft aangediend voor verdere bespreking van coördinatie en samenwerking bij het aanbieden van grensoverschrijdende zorg (grensoverschrijdende zorg is een algemene term voor zowel samenwerking in grensgebieden als, meer in het algemeen, voor in een andere lidstaat ontvangen zorg, zonder dat nabijheid wordt gesuggereerd) en, meer in het algemeen, voor het bestuderen van het effect van de Europese Unie op gezondheidszorgstelsels.
23. ONDERSCHRIJFT de aanbevelingen in het verslag van het reflectieproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, waarin de Commissie wordt verzocht na te denken over het opzetten van een permanent mechanisme op het niveau van de Europese Unie dat Europese samenwerking op het gebied van gezondheidszorg moet ondersteunen en het effect van de Europese Unie op gezondheidszorgstelsels moet bestuderen, en NEEMT NOTA VAN het besluit van de Commissie van 20 april 2004 tot instelling van een groep op hoog niveau gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging dat hij verwelkomt als een maatregel om direct werk te maken van deze aanbevelingen.
24. SCHAART ZICH ACHTER de conclusie in het verslag van het reflectieproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, namelijk dat de verantwoordelijkheden van de lidstaten betreffende de gezondheidszorg betrekking hebben op:
 - de wijze van financiering van de gezondheidszorg en het socialezekerheidsstelsel (bijvoorbeeld belasting, sociale verzekering enz.) en de algemene organisatie van het stelsel en de wijze waarop de prijzen worden vastgesteld;
 - het stellen van algemene prioriteiten voor uitgaven in de gezondheidszorg en het recht om de reikwijdte van uit openbare middelen gefinancierde zorg te bepalen;
 - interne toewijzing van middelen (waaronder personeel) via centrale of gedelegeerde mechanismen;

- prioritering van toegang van afzonderlijke personen tot het stelsel (indien dit door het nationale stelsel wordt betaald) op basis van de klinische noodzaak;
- beheerstrategieën binnen vastgestelde begrotingen, zoals het gebruik van evidence-based geneeskunde, waarbij ruimte wordt gelaten voor nationale diversiteit in gezondheidsbeleid en behandelingspatronen, en
- aangelegenheden betreffende de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van de gezondheidszorg, zoals klinische richtsnoeren.

25. VERZOEKT DE LIDSTATEN om, met de nodige steun van de Commissie, terdege rekening te houden met de aanbevelingen in het verslag van het reflectieproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, en, in het bijzonder

- informatie uit te wisselen over bestaande bilaterale en multilaterale overeenkomsten voor het verlenen van gezondheidszorg,
- na te denken over grensoverschrijdende gezondheidsprojecten en de ontwikkeling van het netwerken binnen deze projecten, met de bedoeling om beste praktijken uit te wisselen en na te denken over het instellen van kaderovereenkomsten voor samenwerking in de sector gezondheidszorg,
- verder onderzoek te doen naar de mogelijkheden om op Europees niveau tot overeenstemming te komen over de individuele en sociale rechten en plichten van patiënten, te beginnen met het samenbrengen van de bestaande informatie over deze aangelegenheden en over de vraag hoe zij in de lidstaten zijn geregeld,
- opvattingen kenbaar te maken over hoe de verschillende toegangstrajecten naar gezondheidszorg in andere lidstaten functioneren in het land van oorsprong en over het effect van dit functioneren,
- verder onderzoek te doen naar mogelijke samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg met als doel een vervolg te geven aan de uitwisseling van informatie, ervaringen en goede praktijken,
- de Europese referentiecentra in kaart te brengen, met uitleg over de organisatie, aanwijzing en ontwikkeling van deze centra en van manieren om het netwerken en samenwerken tussen deze centra, in samenhang met de Commissie, te stimuleren,
- zich te beraden op de vraag hoe de uitwisseling van deskundigheid en informatie inzake technologisch aspectenonderzoek van gezondheidszorg tussen de lidstaten kan worden gestimuleerd en verbeterd,
- te zorgen voor toegang tot kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg voor alle burgers, overeenkomstig de beginselen van rechtvaardigheid en solidariteit, en naar behoren rekening houdend met momenteel beschikbare geneeskundige bekwaamheid en middelen.

26. IS VOORNEMENS om volgens de bestaande procedures een permanent mechanisme in te stellen, dat op hoog niveau opereert, op de gebruikelijke wijze verslag uitbrengt aan de Raad over aangelegenheden in verband met de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, en het effect van de Europese Unie op de gezondheidszorgstelsels beoordeelt.
27. VERZOEKT DE EUROPESE COMMISSIE om, na de instelling van de Groep op hoog niveau gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging, gehoor te geven aan de aanbevelingen van het verslag van het reflectieproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, en in het bijzonder
- ervoor te zorgen dat de Groep op hoog niveau gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging, waar nodig, samenwerkt met andere instanties en comités op dit gebied, met name het Comité voor sociale bescherming en het Comité voor de economische politiek,
 - zich te beraden over vervolginiciatieven betreffende mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, die gegevens moeten opleveren aan de hand waarvan besluiten kunnen worden genomen over verdere transnationale samenwerking, en
 - te zorgen voor samenwerking en coördinatie tussen de bevoegde internationale instanties, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling en de Raad van Europa.
28. VERZOEKT DE LIDSTATEN EN DE EUROPESE COMMISSIE
- bij het uitstippelen en uitvoeren van alle Europese beleidsmaatregelen en activiteiten terdege rekening te houden met de aanbevelingen van het verslag van het reflectieproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie,
 - systemen voor het verzamelen van nauwkeurige gegevens over de mobiliteit van patiënten en gezondheidswerkers te ontwikkelen en te versterken,
 - na te gaan hoe kan worden bevorderd dat gezondheid, de ontwikkeling van gezondheidsinfrastructuur en van vaardigheden gebieden worden voor financiering uit alle relevante bestaande financiële instrumenten van de Europese Unie, en
 - vergelijkbare gegevens over arbeidskrachten te verzamelen en uit te wisselen, in samenwerking met de Commissie en passende externe organisaties."

Tijdens het debat uitten enkele delegaties bezorgdheid over de gevolgen voor de gezondheidszorg van het Commissievoorstel voor een richtlijn betreffende diensten op de interne markt (*doc 6174/04*). Overeengekomen werd dat het voorzitterschap deze bezwaren onder de aandacht van de verantwoordelijke Raadsformatie zal brengen.

Voorts hebben de ministers tijdens de lunch van gedachten gewisseld over de vraag wat de prioriteiten dienen te zijn van de Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg, over de acties en projecten die op zeer korte termijn moeten worden ondernomen ten behoeve van de mobiliteit van patiënten, over de toepassing van de open coördinatiemethode in de context van de gezondheidszorg en over mogelijke manieren om om te gaan met de specifieke kenmerken van de gezondheidssector in samenhang met de internemarkteisen.

– **LANGDURIGE ZORG**

De Raad werd door de Commissie geïnformeerd over de volksgezondheidsaspecten van de mededeling "Modernisering van de sociale bescherming voor de ontwikkeling van hoogwaardige, toegankelijke en duurzame gezondheidszorg en langdurige zorg: steun aan de nationale strategieën door middel van de "open coördinatiemethode".

Zie voor meer informatie het volgende document op de website van de Raad: 8131/04.

– **INTERNATIONALE GEZONDHEIDSREGELING**

De Raad heeft herziene onderhandelingsrichtsnoeren voor de Commissie aangenomen met het oog op de herziening van de internationale gezondheidsregeling (IHR) in het kader van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Voorts werd hij door de Commissie geïnformeerd over de huidige stand van de onderhandelingen aangaande de herziening van de internationale gezondheidsregeling.

Het besluit strekt tot herziening van de onderhandelingsrichtsnoeren in het licht van nieuwe informatie die in de context van de onderhandelingen beschikbaar is gekomen.

Zie voor meer informatie het volgende document op de website van de Raad: 8815/04.

– *ALCOHOL EN JONGEREN - Conclusies van de Raad*

De Raad heeft de volgende conclusies aangenomen:

"DE RAAD VAN DE EUROPESE UNIE

1. OVEREENKOMSTIG artikel 152 van het Verdrag wordt bij de bepaling en de uitvoering van elk beleid en elk optreden van de Gemeenschap een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid verzekerd.
2. HERINNERT aan de aanbeveling van de Raad van 5 juni 2001 betreffende alcoholgebruik door jongeren, in het bijzonder kinderen en adolescenten (PB L 161 van 16.6.2001, blz. 38), waarin onder meer de Commissie werd verzocht om in samenwerking met de lidstaten:
 - de ontwikkelingen en maatregelen die in de lidstaten en op Gemeenschapsniveau zijn genomen, qua follow-up, evaluatie en toezicht, te verzorgen en in deze context een permanente, constructieve en gestructureerde dialoog met alle betrokken partijen te verzekeren;
 - op basis van door de lidstaten verstrekte informatie verslag uit te brengen over de toepassing van de voorgestelde maatregelen, deze op hun doeltreffendheid te toetsen en de noodzaak van herziening of verdere acties te overwegen; en
 - ten volle gebruik te maken van alle communautaire beleidsvormen, met name van het actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid, om de door deze aanbeveling bestreken kwesties aan te pakken.
3. HERINNERT aan de conclusies van de Raad van 5 juni 2001 betreffende een strategie van de Gemeenschap ter beperking van aan alcohol gerelateerde schade (PB C 175 van 20.06.2001, blz. 1), waarin de Raad onder meer:
 - benadrukte dat alcohol een van de voornaamste gezondheidsdeterminanten in de Europese Gemeenschap is;
 - bezorgd was over de toename van het aantal gewoontedrinkers en fuifdrinkers onder de jongeren in sommige lidstaten;
 - onderstreepte dat het wenselijk is, ter beperking van de aan alcohol gerelateerde schade een alomvattende communautaire strategie op te zetten; en
 - de Commissie verzocht voorstellen in te dienen voor een alomvattende strategie van de Gemeenschap ter beperking van de aan alcohol gerelateerde schade, die nationale beleidsmaatregelen aanvult en waarin een tijdschema voor de diverse acties is opgenomen.

4. STELT VAST dat in de gezondheidsstrategie van de Europese Gemeenschap en het programma op het gebied van de volksgezondheid 2003-2008 wordt onderkend dat alcohol een belangrijke gezondheidsdeterminant is.
5. NEEMT NOTA van recente studies waarin wordt geschat dat in 1999 55 000 jongeren, tussen 15 en 29 jaar, in de Europese regio van de WHO door aan alcohol gerelateerde oorzaken zijn gestorven. Dit betekent een onherstelbaar verlies voor de maatschappij, voor families en individuen en voor de toekomst van Europa.
6. ONDERSTREEPT dat de last van aan alcohol gerelateerd vermijdbaar sterven en lijden, met name bij jongeren, thans een gemeenschappelijk punt van zorg is en dat samenwerking en coördinatie op het niveau van de Gemeenschap noodzakelijk is. Dit is één van de meest dringende opgaven voor de ministers van Volksgezondheid op Europees niveau.
7. HERINNERT AAN het vroegere verzoek aan de Commissie om in samenwerking met de lidstaten de ontwikkelingen en maatregelen die in de lidstaten en op Gemeenschapsniveau zijn genomen, qua follow-up, evaluatie en toezicht, te verzorgen overeenkomstig de aanbeveling van de Raad betreffende alcoholgebruik door jongeren en in 2005 aan de Raad verslag uit te brengen over de toepassing in de lidstaten.
8. ONDERSTEUNT de lopende werkzaamheden van de Commissie om een alomvattende strategie inzake alcohol op te zetten, waarin wordt benadrukt dat er een meer evenwichtige aanpak moet komen waarbij meer aandacht wordt geschonken aan volksgezondheidsaspecten op andere beleidsterreinen, en HERHAALT zijn verzoek aan de Commissie om spoedig een dergelijke strategie ter beperking van de aan alcohol gerelateerde schade voor te leggen, die nationale beleidsmaatregelen aanvult en waarin een tijdschema voor de diverse acties is opgenomen.
9. ONDERSTREEPT dat in die strategie bijzondere aandacht moet worden geschonken aan jongeren en alcohol."

– *ASTMA BIJ KINDEREN - Conclusies van de Raad*

De Raad heeft de volgende conclusies aangenomen:

"DE RAAD VAN DE EUROPESE UNIE

1. CONSTATEERT met bezorgdheid dat de gevolgen van astma bij kinderen op gezondheids-, sociaal en economisch gebied in de Europese Gemeenschap steeds ernstiger worden, dat respiratoire aandoeningen bij kinderen als de meest voorkomende morbiditeitsoorzaak bij kinderen in de geïndustrialiseerde landen ernstige economische gevolgen hebben en de levenskwaliteit van de individuele mens en zijn gezin zeer nadelig beïnvloeden, en dat respiratoire aandoeningen in het Wereldgezondheidsrapport 2000 van de WGO worden aangemerkt als een van de vijf zwaarste ziektelasten (in disability-adjusted life-years).
2. HERINNERT ERAAN dat kinderen uit hoofde van het VN-Verdrag inzake de rechten van het kind recht hebben op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid.
3. MEMOREERT met bezorgdheid dat in het gezamenlijk verslag van het Europees Milieuagentschap en het Regionaal Bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie "De gezondheid van het kind en het milieu: een evaluatie van het bewijsmateriaal"²¹ wordt gesignaleerd dat astma bij kinderen in de "rijke westerse landen" de afgelopen decennia duidelijk is toegenomen, waarbij de tendens uiteenloopt van een lichte stijging tot een verdrievoudiging.
4. WIJST EROP dat er een aantal relevante communautaire programma's bestaan, onder meer op het gebied van volksgezondheid, milieu en onderzoek, die een positief effect op het terugdringen van de prevalentie van astma bij kinderen kunnen hebben.
5. VERHEUGT ZICH over de mededeling van de Commissie over een Europese strategie voor milieu en gezondheid, die de Raad op 13 juni 2003 heeft ontvangen en waarin erop wordt gewezen dat de nadruk gelegd moet worden op kinderen, omdat investeren in de gezondheid van kinderen cruciaal is voor de menselijke en economische ontwikkeling. De uiteindelijke doelstellingen van de strategie zijn: vermindering van de ziektelast die door milieufactoren in de EU wordt veroorzaakt; signalering en preventie van nieuwe, door milieufactoren veroorzaakte bedreigingen voor de gezondheid; en verbetering van de capaciteit van de EU voor beleidsvorming op dit gebied. De eerste cyclus van de strategie (2004-2010) is erop gericht een goed inzicht te krijgen in de koppeling tussen milieufactoren en, onder meer, ademhalingsaandoeningen, astma en allergieën bij kinderen.

²¹ Een gezamenlijk verslag van het Europees Milieuagentschap in Kopenhagen en het Regionaal Bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie (2002).

6. BEVESTIGT de conclusies van de Raad van 27 oktober 2003²² betreffende een Europese strategie voor milieu en gezondheid waarin de Raad zich onder andere ingenomen heeft verklaard met de nieuwe Europese strategie voor milieu en gezondheid, waarin hij heeft gewezen op de invloed die binnenmilieufactoren op de prevalentie van ademhalingsaandoeningen, astma en allergieën bij kinderen kunnen hebben, en heeft benadrukt dat het van fundamenteel belang is dat onaanvaardbare risico's zoals omgevingstabaksrook worden verminderd of volledig uitgeschakeld.
7. HERINNERT aan de studiebijeenkomst van het Gemeenschappelijk Centrum voor Onderzoek van de EU / het Ierse voorzitterschap voor Volksgezondheid over astma bij kinderen, die op 23 april 2004 in Cork is gehouden en tijdens welke:
- de aanpak van astma bij kinderen met behulp van milieugenomica werd goedgekeurd, en werd opgeroepen tot een multidisciplinaire benadering in onderzoekprojecten waarbij tegelijkertijd genetische en milieufactoren worden bestudeerd;
 - werd erkend dat Europa een geschikte basis voor dat werk is, gezien de beschikbaarheid van verschillende genetische groepen;
 - werd benadrukt dat het onderzoek naar astma bij kinderen in het kader van een aanpak met behulp van milieugenomica in de eerste plaats gericht moet zijn op een betere preventie, diagnose en beheersing van astma bij kinderen;
 - werd opgeroepen om de ethische richtsnoeren die bij dergelijk onderzoek moeten worden gehanteerd, ten volle in aanmerking te nemen;
 - werd opgeroepen om meer onderzoek te verrichten naar het probleem van astma bij kinderen, met behulp van de milieugenomica, en de keuze van astma bij kinderen als modelproject werd goedgekeurd.
8. ZIET UIT NAAR de komende pan-Europese ministersconferentie over Milieu en Gezondheid in juni 2004 te Boedapest, die naar verwachting een actieplan voor Europa "kind, milieu en gezondheid" (CEHAPE) zal goedkeuren.
9. WIJST EROP dat astma bij kinderen kan ontstaan door de interactie van veel verschillende factoren, waaronder de luchtkwaliteit binnenshuis en de luchtvervuiling buitenshuis, bouwmaterialen, ontwerp en onderhoud van gebouwen, genetica, voedingsgewoonten en andere met levensstijl samenhangende factoren, sociaal-economische omstandigheden en de kwaliteit van de medische verzorging. De reactie van de individuele astmalijder op deze verschillende factoren kan verschillen naar gelang van bijvoorbeeld geslacht en leeftijd.

²² PB C 268 van 7.11.2003, blz. 2.

10. BENADRUKT dat omgevingstabaksrook, die meer dan 50 bekende kankerverwekkende stoffen bevat, en luchtverontreiniging tot de belangrijkste bedreigingen voor gezonde luchtwegen behoren, vooral bij kinderen, en zorgen voor een verergering van astma.
11. BEKLEMT OONT dat gemeenschappelijke definities en een gemeenschappelijke terminologie een gemeenschappelijk inzicht in astma bij kinderen in heel Europa zouden vergemakkelijken, vooral indien zij in klinische gegevensbestanden worden gebruikt.
12. MERKT OP dat de incidentie van astma en verwante ziekten bij kinderen binnen de Europese Gemeenschap per regio verschilt, en dat een diepgaand onderzoek naar deze verschillen waardevolle inzichten in de oorzaken van en aanzet tot astma bij kinderen kan opleveren.
13. CONCLUDEERT dat er maatregelen op nationaal en Europees niveau genomen moeten worden om terdege te reageren op dit groeiende volksgezondheidsprobleem, met volledige eerbiediging van de nationale en communautaire bevoegdheden.
14. VERZOEKT DE COMMISSIE EN DE LIDSTATEN:
 - het onderzoek naar de etiologische factoren van astma bij kinderen (met inbegrip van milieustressoren, en de genetische en gastheereigenschappen van het individu), alsmede de redenen voor regionale verschillen in de incidentie van astma bij kinderen te stimuleren en te steunen;
 - verder te werken aan een gemeenschappelijke terminologie en aan gemeenschappelijke definities bij het onderzoek naar astma bij kinderen;
 - hoogwaardige gegevens over astma bij kinderen te verzamelen en te verspreiden;
 - de uitwisseling van beste praktijken op het gebied van de preventie en de curatieve aanpak van astma bij kinderen te stimuleren;
 - alle belanghebbende groeperingen die kunnen bijdragen tot de strijd tegen astma bij kinderen, hierbij te betrekken; en
 - ervoor te zorgen dat bij de uitvoering van het actieplan voor Europa "kind, milieu en gezondheid" (CEHAPE), dat in juni 2004 door de pan-Europese ministersconferentie voor Milieu en Gezondheid zal worden aangenomen, terdege rekening wordt gehouden met het grote volksgezondheidsprobleem dat astma bij kinderen vormt.

15. VERZOEKT DE LIDSTATEN:

- met name in hun nationaal beleid inzake volksgezondheid een multidisciplinaire aanpak te volgen, en daarin maatregelen te treffen voor het probleem van astma bij kinderen; en
- een grotere bewustwording te creëren, met name van de rol van volwassenen, met betrekking tot roken en het belang van een goede luchtkwaliteit in de dagelijkse leefomgeving van kinderen.

16. VERZOEKT DE COMMISSIE ervoor te zorgen dat astma bij kinderen in alle relevante beleidsterreinen van de Gemeenschap in aanmerking wordt genomen."

– ***CLAIMS VOOR LEVENSMIDDELEN***

De Raad heeft nota genomen van een verslag over de tot dusver geboekte vooruitgang bij de behandeling van een ontwerp-verordening van het Europees Parlement en de Raad inzake voedings- en gezondheidsclaims voor levensmiddelen.

De voorgestelde verordening strekt tot invoering van een communautair regelgevingskader betreffende het gebruik van voedings- en gezondheidsclaims in de etikettering van levensmiddelen. Zij biedt de mogelijkheid tot het formuleren van claims voor bepaalde levensmiddelen onder strikte voorwaarden en na een onafhankelijke wetenschappelijke beoordeling en vergunningverlening door de Gemeenschap.

Een communautaire harmonisatie van de regelgeving inzake claims zou bijdragen aan de bescherming van de consumenten en de volksgezondheid, en zou belemmeringen voor het goede functioneren van de interne markt wegnemen die voortkomen uit het naast elkaar bestaan van uiteenlopende nationale wetsbepalingen.

Het advies van het Europees Parlement na eerste lezing wordt nog ingewacht.

Zie voor meer informatie het volgende document op de website van de Raad: 11646/03.

– ***AAN LEVENSMIDDELEN TOEGEVOEGDE VITAMINEN EN MINERALEN***

De Raad heeft nota genomen van een verslag over de tot dusver geboekte vooruitgang bij de behandeling van een ontwerp-verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toevoeging van vitamines en mineralen en bepaalde andere stoffen aan levensmiddelen.

Met de voorgestelde verordening wordt beoogd de nationale voorschriften inzake de toevoeging van vitamines en mineralen en bepaalde andere stoffen aan levensmiddelen te harmoniseren, waarbij wordt gewaarborgd dat de betrokken producten geen risico's voor de volksgezondheid inhouden. Dit zal derhalve leiden tot een grotere bescherming van de Europese consument. De harmonisatie dient er voorts toe belemmeringen voor de intracommunautaire handel weg te nemen.

Het advies van het Europees Parlement na eerste lezing wordt nog ingewacht.

Zie voor meer informatie het volgende document op de website van de Raad: 14842/03.

DIVERSEN

- Modernisering van de sociale bescherming voor de ontwikkeling van hoogwaardige, toegankelijke en duurzame gezondheidszorg en langdurige zorg: steun aan de nationale strategieën door middel van de "open coördinatiemethode" (mededeling van de Commissie, *doc. 8131/04*)
- Ontwikkelingen inzake diensten:
 - Diensten van algemeen belang (Witboek van de Commissie, *doc. 9643/04*)
 - Diensten op de interne markt (voorstel voor een richtlijn van het Europees Parlement en de Raad, *doc. 6174/04*)
- Bescherming van werknemers tegen optische straling (gewijzigd voorstel voor een richtlijn van het Europees Parlement en de Raad, *doc. 9891/04*)
- Voorstellen van de Commissie houdende wijziging van de verordeningen tot oprichting van:
 - het Europees Agentschap voor de veiligheid en de gezondheid op het werk (Bilbao) (*doc. 9050/04, 9950/04*)
 - de Europese Stichting tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden (Dublin) (*doc. 9031/04, 9950/04*)
- De sociale dimensie van de globalisering (mededeling van de Commissie, *doc. 9824/04, 9951/04*)
- Gelijke behandeling van mannen en vrouwen in werkgelegenheid en beroep (voorstel voor een richtlijn van het Europees Parlement en de Raad - herschikte versie - (*doc. 8839/04, 9952/1/04*)
- Verslag over gendermainstreaming op het gebied van onderwijs (*doc. 9923/04*)
- Indicatoren voor seksuele intimidatie op de werkplek (*doc. 9832/04 + ADD 1*)
- Seminar van Lissabon over ontwikkeling, gelijkheid en democratie in de gemeenschap van Portugeessprekende landen, 15 maart 2004 (*doc. 9839/04*)

- Door het voorzitterschap georganiseerde evenementen:
 - Conferentie van Bundoran - "Het combineren van mobiliteit en sociale insluiting", 1-2 april 2004 (*doc. 9823/04*)
 - Conferentie van Limerick over gelijke kansen, 6-7 mei 2004 (*doc. 9825/04*)
 - Conferentie van Budapest over Verordening 1408/71, 7-8 mei 2004 (*doc. 9826/04*)
 - Conferentie van Dublin - "Het gezin, verandering en sociaal beleid in Europa", 13-14 mei 2004 (*doc. 9827/04*)
 - Conferentie van Dublin over geweld tegen vrouwen: van schending tot verdediging van de mensenrechten", 24-25 mei 2004 (*doc. 9828/04*)
 - Conferentie van Limerick - "Overbrugging van de kloof - systematische benaderingen voor de bevordering van gelijkheid en verscheidenheid in Europa", 27-28 mei 2004 (*doc. 9829/04*)
 - Conferentie van Brussel over mensen die in armoede leven", 28-29 mei 2004 (*doc. 9830/04*)
- Duurzame gezondheidszorg (*doc. 8131/04, 9946/04*)
- Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding
- Europese ziekteverzekeringskaart (*doc. 9927/04*)
- Europese strategie voor de volksgezondheid
- Milieu en volksgezondheid
- Osteoporose (*doc. 9807/04*)
- Diabetes (*doc. 9808/04*)

ANDERE GOEDGEKEURDE PUNTEN

GEZONDHEID

Kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie voor de bestrijding van tabaksgebruik

De Raad heeft een besluit aangenomen betreffende de sluiting namens de Gemeenschap van de Kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie voor de bestrijding van tabaksgebruik (*doc. 9859/04*).
