

# EUROPEAN PARLIAMENT



## DIRECTORATE GENERAL FOR RESEARCH

Working Paper

### *ABRIDGED MULTILINGUAL EDITION*

DA	DEN EUROPÆISKE UNIONS SUNDHEDSPOLITIK PÅ TÆRSKELEN TIL DET NYE ÅRTUSINDE <i>- SAMMENDRAG -</i>
DE	DIE GESUNDHEITSPOLITIK DER EUROPÄISCHEN UNION VOR DER JAHRTAUSENDWENDE <i>- ZUSAMMENFASSUNG -</i>
EL	Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΚΑΤΩΦΛΙ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΧΙΛΙΑΕΤΙΑΣ <i>- ΠΕΡΙΛΗΨΗ -</i>
EN	EUROPEAN UNION HEALTH POLICY ON THE EVE OF THE MILLENNIUM <i>- SUMMARY -</i>
ES	LA POLÍTICA SANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA A LAS PUERTAS DEL MILENIO <i>- RESUMEN -</i>
FR	POLITIQUE DE SANTÉ DE L'UNION EUROPÉENNE À LA VEILLE DU 3E MILLENAIRE <i>- SYNTHÈSE -</i>
IT	POLITICA SANITARIA DELL'UNIONE EUROPEA ALL'ALBA DEL NUOVO MILLENNIO <i>- SINTESI -</i>
NL	HET GEZONDHEIDSBELEID VAN DE EUROPESE UNIE AAN DE VOORAVOND VAN HET MILLENNIUM <i>- SAMENVATTING -</i>
PT	A POLÍTICA DE SAÚDE DA UNIÃO EUROPEIA NA VIRAGEM DO MILÉNIO <i>- SÍNTESE -</i>
FI	EUROOPAN UNIONIN TERVEYSPOLITIIKKA VUOSITUHANNEN VAIHTEESSA <i>- TIIVISTELMÄ -</i>
SV	EUROPEISKA UNIONENS HÄLSOPOLITIK INFÖR MILLENIESKIFTET <i>- SAMMANFATTNING -</i>

Public Health and Consumer Protection Series

SACO 102a XX

This abridged edition is available in:  
EN (original)  
DA/DE/EL/ES/FI/FR/IT/NL/PT/SV.

The following texts summarize the contents and findings of Working Document "European Union Health Policy on the Eve of the Millennium", Public Health and Consumer Protection Series, SACO 102. The complete version is available in EN only.

The opinions expressed in this document are the sole responsibility of the author and do not necessarily represent the official position of the European Parliament.

Reproduction and translation for non-commercial purposes are authorized, provided the source is acknowledged and the publisher is given prior notice and sent a copy.

**PUBLISHER:** EUROPEAN PARLIAMENT  
L-2929 Luxembourg

**AUTHOR:** Lyndsay MOUNTFORD

**EDITOR:** Graham R. CHAMBERS  
Division for Policies on Social Affairs, Women, Health and Culture  
Directorate-General for Research  
Tel.: (352) 4300 23957  
Fax: (352) 4300 27720  
E-mail: [gchambers@europarl.eu.int](mailto:gchambers@europarl.eu.int)  
Internet: <http://www.europarl.eu.int>

Manuscript completed in September 1998.

# EUROPEAN PARLIAMENT



## DIRECTORATE GENERAL FOR RESEARCH

Working Paper

### *ABRIDGED MULTILINGUAL EDITION*

DA	DEN EUROPÆISKE UNIONS SUNDHEDSPOLITIK PÅ TÆRSKELEN TIL DET NYE ÅRTUSINDE <i>- SAMMENDRAG -</i>
DE	DIE GESUNDHEITSPOLITIK DER EUROPÄISCHEN UNION VOR DER JAHRTAUSENDWENDE <i>- ZUSAMMENFASSUNG -</i>
EL	Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΚΑΤΩΦΛΙ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΧΙΛΙΑΕΤΙΑΣ <i>- ΠΕΡΙΛΗΨΗ -</i>
EN	EUROPEAN UNION HEALTH POLICY ON THE EVE OF THE MILLENNIUM <i>- SUMMARY -</i>
ES	LA POLÍTICA SANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA A LAS PUERTAS DEL MILENIO <i>- RESUMEN -</i>
FR	POLITIQUE DE SANTÉ DE L'UNION EUROPÉENNE À LA VEILLE DU 3E MILLENAIRE <i>- SYNTHÈSE -</i>
IT	POLITICA SANITARIA DELL'UNIONE EUROPEA ALL'ALBA DEL NUOVO MILLENNIO <i>- SINTESI -</i>
NL	HET GEZONDHEIDSBELEID VAN DE EUROPESE UNIE AAN DE VOORAVOND VAN HET MILLENNIUM <i>- SAMENVATTING -</i>
PT	A POLÍTICA DE SAÚDE DA UNIÃO EUROPEIA NA VIRAGEM DO MILÉNIO <i>- SÍNTESE -</i>
FI	EUROOPAN UNIONIN TERVEYSPOLITIIKKA VUOSITUHANNEN VAIHTEESSA <i>- TIIVISTELMÄ -</i>
SV	EUROPEISKA UNIONENS HÄLSOPOLITIK INFÖR MILLENIESKIFTET <i>- SAMMANFATTNING -</i>

Public Health and Consumer Protection Series

SACO 102a XX

07 - 1999

## CONTENTS

	<u>Page</u>
Danish .....	5
German .....	13
Greek .....	23
English .....	31
Spanish .....	39
French .....	47
Italian .....	55
Dutch .....	63
Portuguese .....	71
Finnish .....	79
Swedish .....	87

**DEN EUROPÆISKE UNIONS SUNDHEDSPOLITIK**  
**PÅ TÆRSKELEN TIL DET NYE ÅRTUSINDE**

**EN BAGGRUNDSUNDERSØGELSE FOR  
DEN OFFENTLIGE HØRING OM SUNDHEDSPOLITIKKEN**

**28. oktober 1998**

**- SAMMENDRAG -**



### *Undersøgelsens formål, kommissorium og metode*

- E.1 Denne rapport præsenterer resultaterne af en undersøgelse af Den Europæiske Unions sundhedspolitik. Undersøgelsen er bestilt af Europa-Parlamentets Udvalg om Miljø- og Sundhedsanliggender og Forbrugerbeskyttelse og blev gennemført mellem juli og september 1998. Udvalget ville gerne have et problempapir, der kunne levere oplysninger til dets offentlige høring om EU's sundhedspolitik den 28. oktober 1998.
- E.2 Undersøgelsen dækker tre hovedproblemstillinger. Den vurderer de eksisterende programmets effektivitet i forhold til omkostningerne, om medlemsstaternes interesser er ordentlig repræsenteret, og om programmerne tager tilstrækkelig hensyn til subsidiaritetsspørgsmålet.
- Den har koncentreret sig om de fire programmer, der er indeholdt i de aktuelle (1993) rammer, og som er blevet gennemført til dato, nemlig programmet til forebyggelse af kræft, aids og andre smitsomme sygdomme, programmet til forebyggelse af stofmisbrug og programmet til forbedring af befolkningens sundhedstilstand generelt samt det sundhedsovervågningsprogram, der lige er startet. De har alle fulgt et fælles gennemførelsesmønster, der består i at etablere eller styrke netværk og samarbejde, der omfatter hele Europa, og i at finansiere projekter foreslået af forskere.
- E.3 Da det ikke var praktisk muligt at se nærmere på alle eksisterende netværk og projekter inden for de givne tidsrammer, gav man sig i kast med at undersøge programmernes udformning med henblik på at finde frem til den aktuelle bedste praksis i forvaltningen af forskningen. Den er at finde i en stadig mere proaktiv strategisk tilgang, der definerer klare operationelle mål og resultater, peger på huller i den eksisterende forsknings dækning og forsøger at skabe brugerrelevante slutresultater med klare politiske implikationer. Undersøgelsen gennemgik de eksisterende programmer for disse elementer. Den så bl.a. på, hvordan "den europæiske merværdi" er defineret, og om der er blevet udvalgt projekter, der kunne levere denne. Den forsøgte ligeledes at fastslå, hvilke procedurer der eksisterer til at undersøge, om forskningsforslagene er pengene værd. Den så på netværkenes rolle for udvikling af politikker og deres effektivitet som værktøjer til gennemførelse af politikker.
- E.4 En anden række strategiske spørgsmål gik på, hvordan EU's politik burde udvikle sig i fremtiden, navnlig i lyset af Agenda 2000 og en eventuel udvidelse af EU. Et særligt spørgsmål gik på, om det var hensigtsmæssigt med en sygdomsbaseret tilgang.
- E.5 Endelig var man blevet opfordret til at overveje den fremtidige organisering af EU's sundhedspolitiske funktioner inden for Kommissionen med særlig henblik på GD XXIV.
- E.6 Som følge af tidsplanen og de tidsmæssige begrænsninger var undersøgelsen stærkt afhængig af effektive og fleksible informationsindsamlingsmetoder, hvilket betød halvt strukturerede interview og en kort litteratursøgning inden for hvert fagområde. Interviewene, hvoraf der blev gennemført i alt 55, omfattede Europa-dækkende internationale organisationer og netværk, herunder internationale specialister inden for hvert af de fagområder, der er omfattet af EU-programmerne. Disse blev suppleret med interview med repræsentanter for medlemsstaterne fra de officielle programkomitéer, navnlig fra Det

Forenede Kongerige og Finland. Et udkast til rapporten blev gennemgået af adskillige praktiserende eksperter inden for sundhedsområdet og/eller medlemsstatsrepræsentanter, der havde kendskab til EU's sundhedsprogrammer, men som ikke havde deltaget i interviewene.

### **Resultaterne af gennemgangen af programmerne**

E.7 Undersøgelsen pegede på en række EU-finansierede projekter, der er særlig gode eksempler på arbejde, der kan gøres mere effektivt på internationalt plan. Der er tale om:

- Den Europæiske Kræft- og Ernæringsundersøgelse (EPIC), der udføres af Det Internationale Kræftforskningsagentur,
- fremme og ajourføring af cancerregistre,
- netværk til overvågning af smitsomme sygdomme,
- den epidemiologiske undersøgelse af stofmisbrug, der gennemføres af Det Europæiske Center for Narkotika og Narkotikamisbrug, og
- den indsamling af international statistik om hiv- og aids-forekomsten, der gennemføres af Det Europæiske Center for Epidemiologisk Overvågning af Aids.

Den iboende internationale merværdi i disse projekter kan tilskrives:

- prøvemængdens betydning for deres resultater,
- evnen til at opstille og afprøve hypoteser som følge af den geografiske forskelligartethed i EU og de komparative analysers forklarende evne og
- en standardisering af dataene.

E.8 Projekterne er ydermere karakteriseret ved en god strategisk forståelse for deres rolle inden for de enkelte områder og en tillid til teknisk ekspertise af høj kvalitet i relation til udformningen og gennemførelsen.

E.9 Det virker sandsynligt, at en længere række sygdomsbaserede, befolkningsbaserede og politisk baserede undersøgelser også kunne drage nytte af at blive behandlet på internationalt plan, og at ikke alle muligheder bliver udnyttet. En passende reaktion fra EU via dets finansieringsprogrammer ville være at fremme meget målrettede aktiviteter, der udvælges i overensstemmelse med de definitioner af merværdi, der er givet ovenfor. Tilføjelsen af omkostningsdata og eksplicit effektivitet i forhold til omkostningerne eller cost/benefitkriterier ville hjælpe med til at prioritere disse projekter i en tilgang, der er beslægtet med det at optimere en investeringsportefølje. Sygdomsbelastning ville udgøre en væsentlig statusdeterminant, men eksisterende dækning af andet internationalt arbejde og "sjældenhed" må også figurere som determinanter for EU-merværdi.

E.10 De fleste projekter, der modtager finansiering via de eksisterende programmer, synes ikke at være udvalgt efter disse tekniske kriterier for "international eller europæisk merværdi". I stedet anvender Kommissionen "antal samarbejdspartnere" som udvælgelsesfaktor.



Resultatet er, at programmerne måske nok har skabt procesfordele, hvor samarbejdspartnerskaberne har været langvarige og succesrige, men de synes at omfatte mange projekter, der kunne have været gennemført på nationalt plan.

- E.11 En række meget specifikke kritikpunkter er de samme for hver enkelt program. De taler om manglende strategisk planlægning; manglende detail- og operationaliserede mål; en udvælgelsesproces, der mangler den strenghed, der omgiver vurderinger foretaget af ligemænd, og er meget stærkt koncentreret i Kommissionens hænder; og usikre metoder for disseminering af projektrapporter. Der hersker en betydelig forvirring omkring sondringen mellem ren forskning og aktionsorienterede undersøgelser og derved omkring GD V/F's og GD XXII's respektive roller. Programmernes manglende fleksibilitet er særligt iøjnefaldende. Kommissionens kompetencer er udstukket i det tilhørende retsinstrument og bliver derefter gennemført som udstukket. Der synes kun at være meget lidt plads til udvikling af politikker, som er udskilt i en særlig enhed i GD V/F. Sammenhængen mellem programmer og udvikling af politikker i GD V/F synes at være noget tilfældig og vilkårlig.
- E.12 Direkte sundhedsuddannelse blev betragtet som en særlig uhensigtsmæssig aktivitet på europæisk plan på grund af medlemsstaternes befolkningers geografiske og kulturelle forskellighed.

#### *EU's sundhedspolitik's fremtidige udvikling*

- E.13 Ud over dets aktuelle finansieringsaktiviteter er EU også aktiv inden for andre politiske områder med relation til sundhed. Klassisk indebærer disse de såkaldte "livsstilsspørgsmål", der bl.a. inddrager de manglende incitament til en sund kost, der ligger i den fælles landbrugspolitik. De omfatter incitament til tobaksproduktion, incitament til produktion af fødevarer med et højt indhold af animalsk fedt og destruktion af overskudslagre af frugt og grønsager, der er kendt for at være vigtige beskyttere imod en række sygdomme, herunder kræft. Andre relevante sektorer omfatter en række miljøspørgsmål i relation til affaldsprodukter, vandkvalitet, arealanvendelse, luftkvalitet, energikilder, transport og globale miljøforandringer. Hovedmålet for EU's sundhedspolitik i fremtiden og dens væsentligste sundhedstilskyndende aktivitet bør være at udvikle et tværfagligt samarbejde inden for disse områder, der omfatter velkvalificerede fagfolk inden for sundhedsområdet, og som inkorporerer sundhedsindvirkningsvurderinger i politikken. Dette bør omfatte udvikling af miljømæssige helbredsindikatorer. Formålet med sundhedsindvirkningsvurderinger vil være at tydeliggøre politikernes indvirkning på sundheden og gøre det muligt at vurdere omkostninger og afvejninger.
- E.14 EU ligger ikke inde med den fornødne retlige kompetence til at være retningsgivende i spørgsmål vedrørende organiseringen og leveringen af sundhedsydelser og lægebehandling. Dette hindrer den imidlertid ikke i at udstede markedsrelaterede direktiver, der kan have og har vidtgående konsekvenser for omkostningerne i forbindelse med og organiseringen af medlemsstaternes sundhedssektorer, og den holder sig ej heller tilbage fra at fremme samarbejde mellem medlemsstater og forskning i højteknologiske lægemidler via GD XII's Biomed-program.
- E.15 Undersøgelsen stødte på stærke synspunkter fra begge sider i debatten om, hvorvidt og hvordan EU burde udvikle undersøgelser af sundhedssektorer. De praktiserende inden for det offentlige sundhedsområde havde en tilbøjelighed til at understrege, hvor vanskeligt det

var at sikre, at sundhedsplejespørgsmålene ikke overskyggede forebyggelses-/tilskyndelsesmålsætningerne. På den anden side udtrykte mange deres tvivl med hensyn til sundhedsplejens reelle relevans og effektivitet i forhold til omkostningerne. Mange kommentatorer var positivt indstillede over for idéen om, at viden om sundhedssektorer og om indvirkningen af de forandringer, som mange sundhedssektorer for nærværende er udsat for, er rudimentær og ville nyde stor fordel af en komparativ international undersøgelse. Nogle fandt det vigtigt, at den del af Kommissionen, der er ansvarlig for at fremme, beskytte og koordinere medlemsstaternes interesser på dette område klart analyserede og drøftede indvirkningen af EU's markedsrelaterede direktiver på sundhedssektorerne med medlemsstaterne.

- E.16 EU's sameksistens med andre indflydelsesrige internationale sundhedsinstitutioner kan undertiden virke usikker. I et forsøg på at hævde sin autoritet inden for sundhedsområdet har EU undertiden fremstået, som om den ville "arbejde helt for sig selv". Mange af de interviewede så et behov for øget internationalt samarbejde, der kunne trække på og støtte ekspertisen hos sådanne institutioner som OECD og WHO. EU har en komparativ fordel inden for det europæiske sundhedspolitiske område via sin adgang til finansiering og via sin mulighed for at trække på medlemsstaternes ekspertise til politisk orienterede undersøgelser. Andre organisationer kan tilbyde teknisk ekspertise på højt niveau ud over den særlige landeviden, som både WHO og Verdensbanken har i de central- og østeuropæiske lande. Inden for samarbejdet bør der udarbejdes en klar definition af de forskellige parters respektive roller i udviklingen af fremtidige internationale sundhedspolitikker.
- E.17 Der er ingen åbenlys grund til, at udvidelsen skulle føre til nogen ændringer i den grundlæggende struktur for EU's sundhedspolitik som beskrevet ovenfor. Udvidelsen kan ændre prioriteringen af de sygdomsbaserede emner, men den vil snarere øge behovet for at integrere sundhedsområdet med miljøområdet. Det kan skærpe en udtalt følelse af, at EU's sundhedspolitik især bør rettes mod befolkningsgrupper med en lavere sundhedsstatus og/eller dårligere adgang til sundhedsydelser. Dette er yderst vanskeligt at gøre gennem et folkesundheds- (snarere end gennem et bistands-)program, og der er behov for at drøfte det ønskværdige ved og konsekvenserne af at have en mere regionalt fintfølende EU-sundhedspolitik. Uligheder på sundhedsområdet bør behandles som en del af de politiske udviklinger, der fokuserer på relative sociale og økonomiske afsavn som en forklarende faktor for ulighederne på sundhedsområdet. Svaret har imidlertid mange facetter og tjener igen til at understrege betydningen af integrerede EU-politikker.
- E.18 Der er blevet etableret en lang række forskellige netværk under de eksisterende programmer. De omfatter projektbaseret samarbejde, samarbejde mellem ledende medlemmer af medlemsstaternes sundhedssektorer og netværk mellem ikke-lovfæstede organisationer. Netværkenes sammensætning har haft en tendens til at afspejle deres rolle, der strækker sig fra handlekraftige foranstaltninger (f.eks. i forbindelse med sygdomsovervågning) til en rådgivende eller lobbyistrolle. Det er ikke altid helt klart, hvordan de frivillige netværk relaterer til medlemsstaternes lovfæstede sundhedssektorer og udviklingen af politikker eller til den frivillige sektor i medlemsstaterne. Det er ej heller altid klart, i hvilken grad netværkene udgør et yderligere lag af europæisk bureaukrati, der er centreret i og fokuseret på Bruxelles frem for at bringe succesrige partnerskaber i stand med medlemsstaterne. En del af den strategiske udvikling af et målrettet sundhedsprogram må omfatte et klart overblik over, hvilke miljøer/arenaer man ønsker som målgrupper, og hvilke alliancer og partnerskaber der skal fremmes. Et mere målrettet alternativ ville være at udvikle direkte

brugerflader mellem GD V/F og medlemsstatsrepræsentanter, og en del af den fremtidige udvikling af EU's folkesundhedsenhed bør bestå af erhvervelse af landespecifik ekspertise. Sundhedsfremme defineret som sundhedsuddannelse og en udfarende støtteform bør erstattes af en ny "intern" form for støtte, der sigter på at fremme udviklingen af en politik af høj kvalitet via de finansierede programmer og sundhedsområdets position i Kommissionen.

- E.19 EU bør ikke så meget søge at øge dets finansieringsbudgetter som anvende de eksisterende budgetter mere selektivt og med større effekt. En forøgelse af de administrative budgetter er vigtig, hvis man skal opnå en styrkelse af den eksisterende ekspertise.

### *Den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedspolitikken i Kommissionen*

- E.20 Sundhedspolitikken må være placeret i Bruxelles frem for i Luxembourg, hvis den skal have nogen chance for at blive integreret med andre politiske områder<sup>1</sup>.
- E.21 Det virker ikke sandsynligt, at man budgetmæssigt kan forsvare at etablere sundhedsområdet i et særskilt generaldirektorat, selvom det ofte er blevet bragt på bane som et ønskværdigt mål. Og hvad der er mere relevant, er, at det ville spærre sundhedsområdet, der er et arketyrisk tværgående område, inde i en klassisk vertikal struktur. Der er ikke tilstrækkelig overlappning med GD XXIV's opgaver til at forsvare en sammenlægning af GD V/F's traditionelle folkesundhedsopgaver og forbrugeranliggenderne. Hovedparten af GD XXIV's opgaver kan behandles på en selvstændig og uafhængig måde og uden et strategisk overblik over sundhedsområdet. Det samme gælder GD XI, selv om der er en meget større indholdsmæssig overlappning her og et behov for, at sundhedseksperter arbejder side om side med miljøfolk.
- E.22 En løsningsmodel, der ville give anledning til den bedste udøvelse af moderne ledelsesteknikker, ville være at bevare kernefolkesundhedsspørgsmål inden for den nuværende struktur men at integrere GD V/F mere i GD V's direktorater for sociale anliggender. Denne skulle så igen udvide deres kompetence til også at omfatte den nye sociale agenda i relation til folkesundhedsepidemiologi og uligheder på sundhedsområdet. En "livsstils"-enhed ville blive inkorporeret inden for forbrugeranliggenderne og en "miljøhygiejne"-enhed inden for GD XI. Begge udlagte enheder ville kunne trække på specialiseret, udstationeret sundhedspersonale fra GD V. Dette forudsætter, at den eksisterende udvalgsstruktur i Europa-Parlamentet fortsætter uændret, hvilket ikke nødvendigvis er tilfældet efter valget i 1999. Hovedproblemet ved en sådan løsning er, at den er yderst vanskelig at styre på en succesrig måde.
- E.23 En mindre ambitiøs version af denne løsningsmodel ville være at placere folkesundhedsområdet sammen med de sociale anliggender, men hvor der ville blive gjort brug af de eksisterende tværtjenestelige ordninger for høring af andre generaldirektorater. En særlig operationel enhed ville få ansvaret for sundhedssikkerhed og –kontrol omfattende spørgsmål som smitsomme sygdomme, vacciner og overhængende miljøtrusler.

---

<sup>1</sup> Men en afgørelse af 8. april 1965 fastslår, at "Direktoratet for Sundhedsbeskyttelse skal placeres i Luxembourg" (EFT 152 af 13.7.1967) – (Udvalgte instrumenter taget fra traktaterne, bind 1, s. 783). Denne afgørelse blev atter bekræftet ved Edinburgh-topmødet i december 1992.

- E.24 Denne løsningsmodel understreger betydningen af et visionært og effektivt lederskab og et tilstrækkeligt stort stampersonel bestående af velkvalificerede og indflydelsesrige eksperter inden for sundhedsområdet med gennemslagskraft på tværs af hele rækken af relevante EU-politikker. Dette vil igen kræve en revolution inden for Kommissionens rekrutteringspraksis.

**DIE GESUNDHEITSPOLITIK DER EUROPÄISCHEN UNION  
VOR DER JAHRTAUSENDWENDE**

**EINE RAHMENSTUDIE FÜR DIE  
ÖFFENTLICHE ANHÖRUNG ÜBER GESUNDHEITSPOLITIK**

**28. Oktober 1998**

**- ZUSAMMENFASSUNG -**



### **Zweck, Aufgaben und Methodik dieser Studie**

- E.1 Dieser Bericht legt die Ergebnisse einer Untersuchung der Gesundheitspolitik der Europäischen Union dar. Die Studie wurde vom Ausschuß für Umweltfragen, Volks-, Gesundheits- und Verbraucherschutz des Europäischen Parlaments in Auftrag gegeben und im Zeitraum Juli bis September 1998 durchgeführt. Der Ausschuß benötigte ein Themenpapier als Informationsmaterial für seine am 28. Oktober 1998 stattfindende öffentliche Anörung über die EU-Gesundheitspolitik.
- E.2 Die Untersuchung umfaßt drei Hauptthemengruppen: Sie bewertet die Kosteneffektivität existierender Programme und beurteilt, ob die Interessen der Mitgliedstaaten angemessen vertreten sind und ob die Programme in ausreichendem Umfange die Frage der Subsidiarität beachten.
- Die Untersuchung konzentrierte sich auf die vier im derzeitigen Rahmen (1993) enthaltenen Programme, die bisher schon umgesetzt worden sind, nämlich Krebs, AIDS und übertragbare Krankheiten, Drogenmißbrauch und Gesundheitsförderung, zusammen mit dem soeben begonnenen Gesundheitsüberwachungsprogramm. Alle Programme folgten einem einheitlichen Muster, das darin besteht, europaweite Netzwerke oder eine Zusammenarbeit die Finanzierung der von Forschern eingereichten Projekte einzurichten oder zu festigen.
- E.3 Angesichts der Tatsache, daß eine genaue Prüfung aller Netzwerke und Projekte innerhalb des existierenden Zeitrahmens nicht möglich ist, begann die Studie damit, die Programmentwürfe hinsichtlich der aktuellen bestmöglichen Praktiken des Forschungs-Managements zu untersuchen. Solche Praktiken zeigen sich in einem zunehmend proaktiven, strategischen Ansatz, der klar umrissene Funktionsziele und -ergebnisse definiert, Lücken in der vorhandenen Forschungsabdeckung aufzeigt und benutzerrelevante Endergebnisse mit eindeutigen Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik zu erzielen sucht. Die Studie hat die existierenden Programme hinsichtlich dieser Elemente genauestens überprüft. Speziell befaßte sie sich damit, wie die "europäische Wertschöpfung" definiert worden ist und ob Projekte ausgewählt wurden, um diese zu realisieren. Des weiteren suchte die Studie zu identifizieren, welche Verfahren bereits bestehen, um Forschungsangebote auf ihr Preis-/Leistungsverhältnis hin zu überprüfen. Die Studie untersuchte außerdem die Rolle von Networks bei der Entwicklung der Programmpolitik und deren Effektivität als Instrumente der Implementierungspolitik.
- E.4 Eine zweite Gruppe strategischer Fragen befaßte sich damit, wie die künftige Entwicklung der EU-Politik aussehen sollte, insbesondere im Hinblick auf die Agenda 2000 sowie die mögliche Erweiterung der EU. Eine spezifische Frage war, ob wohl ein krankheitorientierter Ansatz geeignet ist.
- E.5 Und schließlich sollte sich die Studie unter besonderer Berücksichtigung der GDXXIV mit der künftigen Organisation gesundheitspolitischer EU-Funktionen innerhalb der Kommission befassen.

E 6 Angesichts des Zeitplans und der zeitlichen Zwänge hat man sich bei der Untersuchung in hohem Maße an effiziente und flexible Methoden der Informationssammlung gehalten, nämlich an teilstrukturierte Befragungen sowie eine Suche nach kurzgefaßten Fachinformationen zum jeweiligen Themengebiet. Mit den Befragungen (insgesamt 55) wurden internationale Organisationen und Netzwerke aus ganz Europa erfaßt, einschließlich internationaler Spezialisten für jedes der in den EU-Programmen enthaltenen Themengebiete. Diese Interviews wurden durch weitere Befragungen von Repräsentanten der Mitgliedsstaaten in den offiziellen Programmausschüssen ergänzt, insbesondere von Repräsentanten Großbritanniens und Finnlands. Der Bericht wurde als Entwurf von mehreren praktizierenden Spezialisten des öffentlichen Gesundheitswesens bzw. von mit den EU-Gesundheitsprogrammen vertrauten, aber an den Befragungen nicht beteiligten Repräsentanten der Mitgliedstaaten überprüft.

### *Die Ergebnisse der Überprüfung der Programme*

E.7 Die Untersuchung hat eine Reihe EU-geförderter Projekte herausgegriffen, die jeweils besonders beispielhaft sind für Arbeiten, die am effektivsten auf internationalem Niveau ausgeführt werden können. Zu diesen gehören:

- die Europäische Vorsorgeuntersuchung für Krebs und Ernährung (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition - EPIC), die von der Internationalen Behörde für Krebsforschung geleitet wird;
- die Förderung und Verbesserung der Krebsregistrierbehörde;
- das Überwachungsnetzwerk für übertragbare Krankheiten;
- die vom Europäischen Zentrum für Drogen und Rauschgiftsucht unternommene Epidemiologie des Mißbrauchs von Betäubungsmitteln und
- die vom Europäischen Zentrum für die epidemiologische Überwachung von AIDS unternommene Sammlung internationaler Statistiken über die Verbreitung von HIV und AIDS.

Die diesen Projekten inhärente internationale Wertschöpfung beruht auf:

- der Wichtigkeit der Auswahlgröße für die Ergebnisse;
- der Möglichkeit, Hypothesen aufzustellen und zu testen, die aus der geographischen Vielfalt der EU und dem Aussagewert vergleichender Analysen hervorgehen;
- der Standardisierung von Daten.

E.8 Die Projekte zeigen außerdem einen guten strategischen Arbeitssatz auf dem jeweiligen Gebiet und zeichnen sich durch hochqualifizierte Fachkenntnisse hinsichtlich Zusammensetzung und Implementierung aus.



- E.9 Es ist durchaus wahrscheinlich, daß ein breiteres Spektrum der auf Krankheit, Bevölkerung und Risiko basierenden sowie auf die Programmpolitik bezogenen Untersuchungen auch durch eine Bearbeitung auf internationaler Ebene an Wert gewinnen könnte und daß noch nicht alle Möglichkeiten genutzt und ausgeschöpft werden. Eine geeignete Reaktion der EU über deren Finanzierungsprogramme wäre die Förderung der zentralen Schwerpunktaktivitäten, die nach den oben genannten Definitionen der Wertschöpfung ausgewählt werden. Die Hinzunahme von Kostendaten und eindeutige Kosten-Nutzen-Kriterien würden es erleichtern, für die Projekte Prioritäten zu setzen bei einem Ansatz ähnlich dem der Optimierung eines Investment-Portfeuille. Krankheitsbelastung wäre eine wichtige Status-Determinante, aber die bereits existierende Abdeckung durch anderweitige internationale Arbeit sowie der "Seltenheitsfaktor" müssen ebenfalls als Determinanten der EU-Wertschöpfung erscheinen.
- E.10 Die meisten im Rahmen der existierenden Programme finanzierten Projekte scheinen nicht wegen dieser technischen Kriterien der "internationalen oder europäischen Wertschöpfung" ausgewählt zu werden. Stattdessen benutzt der Ausschuß die "Zahl der beteiligten Mitarbeiter" als Schlüsselfaktor, mit dem Ergebnis, daß die Programme zwar wahrscheinlich dort, wo die Zusammenarbeit seit langem besteht und erfolgreich ist, Verfahrensoptimierungen produziert haben, offensichtlich aber viele Projekte zu erfassen scheinen, die ebenso gut auf nationaler Ebene hätten ausgeführt werden können.
- E.11 Eine Reihe sehr spezifischer Kritikpunkte betrifft jedes einzelne Programm, so z.B. den Mangel an strategischer Planung oder das Fehlen detaillierter und auf die Umsetzung bezogener Ziele; ein Auswahlverfahren, bei dem keine strenge Überprüfung durch Gleichrangige erfolgt und das daher fast ausschließlich in den Händen der Kommission liegt; unsichere Methoden hinsichtlich der Verbreitung von Projektberichten. Es herrscht erhebliche Verwirrung bei der Unterscheidung zwischen der reinen Forschung und der handlungsorientierten Untersuchung und deshalb auch bei den jeweiligen Rollen der GDV/F und der GDXXII. Die Starrheit der Programme fällt besonders auf: Die Kompetenzen der Kommission sind in dem zusätzlichen Rechtsinstrument umrissen und werden dann wie geplant umgesetzt. Es scheint wenig Raum für eine programmpolitische Entwicklung zu bestehen, für die das besondere Referat der GDV/F-Einheit zuständig ist. Abstimmungen zwischen den Programmen und den programmpolitischen Entwicklungen innerhalb der GDV/F scheinen bis zu einem gewissen Grad ad hoc und willkürlich zu sein.
- E.12 Die sogenannte "Direkte Gesundheitserziehung" wurde als besonders unangemessene Aktivität auf europäischer Ebene erachtet, und zwar gerade wegen der geographischen und kulturellen Völkervielfalt der Mitgliedstaaten.

### ***Die künftige Entwicklung der EU-Gesundheitspolitik***

- E.13 Über ihre gegenwärtigen Finanzierungsaktivitäten hinaus ist die EU auch auf anderen programmpolitischen Gebieten tätig, die von direkter Relevanz für die Gesundheit sind. Als klassisches Beispiel seien hier die sogenannten "Lebensgewohnheiten" genannt, die insbesondere die Hemmnis für eine gesunde Ernährung, wie sie in der Gemeinsamen Agrarpolitik der EU vorgesehen sind, betreffen. Zu letzteren gehören: Anreize für die Produktion von Tabak, Anreize für die Herstellung von Lebensmitteln mit hohem

tierischen Fettgehalt, sowie die Vernichtung überschüssiger Obst- und Gemüsebestände, von denen man weiß, daß sie eine wichtige Schutzwirkung gegen eine Reihe von Krankheiten (auch Krebs) haben. Weitere relevante Bereiche sind eine Reihe umwelttechnischer Fragen auf dem Gebiet der Abfallprodukte, der Wasserqualität, der Bodennutzung, der Luftqualität, der Energiequellen, des Verkehrs sowie der weltweiten Umweltveränderungen. Das Hauptziel der künftigen EU-Gesundheitspolitik und die Hauptaktivitäten der EU im Bereich der Gesundheitsförderung sollte schwerpunktmäßig die Entwicklung multidisziplinärer Aufgaben in diesen Bereichen sein, unter Beteiligung angemessen qualifizierter Fachleute aus dem Gesundheitswesen sowie unter Einbeziehung und Evaluierung der gesundheitlichen Folgen in die Politik. Dies wiederum sollte die Entwicklung umwelttechnischer Gesundheitsindikatoren miteinschließen. Sinn der Evaluierung der gesundheitlichen Folgen wäre es, die Auswirkungen dieser Politik auf die Gesundheit zu verdeutlichen und es zu ermöglichen, Kosten und Wechselwirkungen zu ermitteln.

- E.14 Die EU verfügt über keine rechtliche Kompetenz, um in Fragen der Organisation und der Erbringung von Gesundheitsleistungen und medizinischer Fürsorge Regelungen zu treffen. Dies hindert sie jedoch nicht daran, marktorientierte Richtlinien zu erlassen, die weitreichende Auswirkungen auf die Kosten und die Organisation der Gesundheitsfürsorgesysteme der Mitgliedstaaten haben können und auch haben. Die EU unterläßt es auch nicht, Kooperationen zwischen den Mitgliedstaaten sowie Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der hochtechnologischen Medizin durch das Biomed-Programm der GDXII zu fördern.
- E.15 In der Debatte war es heftig umstritten, ob und inwieweit die EU Studien zum Gesundheitswesen erstellen sollte. Fachleute des Öffentlichen Gesundheitswesens neigten zur Betonung der Schwierigkeit sicherzustellen, daß Gesundheitsthemen die Vorbeugung und Gesundheitsförderung nicht von der Tagesordnung verdrängen. Auf der anderen Seite äußerten viele Zweifel an der tatsächlichen Relevanz und Kostenwirksamkeit der Gesundheitsförderung. Viele der Kommentatoren tendierten zu der Ansicht, daß das Wissen sowohl über Gesundheitssysteme als auch über den Einfluß der Veränderungen, denen viele solcher Systeme nun ausgesetzt sind, nur ein rudimentäres ist und von einer vergleichenden internationalen Studie in hohem Maße profitieren würde. Einige erachteten es für wichtig, daß die Auswirkungen marktorientierter EU-Richtlinien auf die Gesundheitssysteme eingehend analysiert und mit den Mitgliedstaaten durch den Teil der Kommission debattiert werden müssen, der für die Förderung, den Schutz und die Koordinierung der Interessen der Mitgliedstaaten auf diesem Gebiet verantwortlich ist.
- E.16 Neben der EU bestehen noch weitere einflußreiche internationale Gesundheitsinstitutionen, mit denen die Zusammenarbeit nicht immer leicht ist. Bei dem Versuch, ihre Autorität auf dem Gebiet des Gesundheitswesens durchzusetzen, hat die EU gelegentlich den Anschein erweckt, "ihren Weg allein gehen" zu wollen. Viele der zu diesem Thema Befragten hielten eine verstärkte internationale Zusammenarbeit für notwendig, die es ermöglichen würde, auch aus dem Fachwissen anderer Institutionen (wie z.B. der OECD und der WHO) zu schöpfen bzw. solche Einrichtungen zu unterstützen. Durch ihren Zugang zu Finanzquellen sowie durch programmorientierte Untersuchungen, für die auf das Fachwissen der Mitgliedstaaten zurückgegriffen werden kann, hat die EU bei der europäischen Gesundheitspolitik einen relativen Vorteil. Andere

Organisationen können hochqualifiziertes technisches Wissen und zudem die spezifischen Landeskenntnisse der WHO wie auch der Weltbank in mittel- und osteuropäischen Ländern anbieten. Eine Zusammenarbeit erfordert jedoch eine deutliche Abgrenzung der jeweiligen Rolle bei der Entwicklung der künftigen internationalen Gesundheitspolitik.

- E.17 Es gibt keinen erkennbaren Grund, weshalb eine Erweiterung der EU eine Veränderung in der Grundstruktur der oben beschriebenen EU-Gesundheitspolitik auslösen sollte. Eine Erweiterung könnte zwar die Rangordnung der jeweiligen Krankheitsthemen ändern; wahrscheinlicher ist aber, daß die Einbindung der Gesundheitsfragen in die Umweltpolitik noch dringlicher wird. Dadurch könnte sich das Erfordernis ergeben, die EU-Gesundheitspolitik insbesondere auf diejenigen Bevölkerungsgruppen auszurichten, die einen niedrigeren Gesundheitsstatus und/oder einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen haben. Es ist extrem schwierig, dies mittels eines öffentlichen Gesundheitsprogrammes (anstelle eines Hilfsprogramms) zu erreichen, und es muß erst ausdiskutiert werden, ob eine eher regionalspezifische EU-Gesundheitspolitik mit entsprechenden Implikationen wünschenswert ist. Ungleichheiten im Gesundheitswesen sollten im Rahmen der programmpolitischen Entwicklungen unter besonderer Berücksichtigung der relativen sozialen und wirtschaftlichen Notlage als Grund für diese Ungleichheiten behandelt werden. Die Reaktion darauf ist jedoch vielschichtig und dient wiederum dazu, die Bedeutung einer integrierten EU-Politik zu betonen.
- E.18 Die verschiedensten Netzwerke sind nach den existierenden Programmen eingerichtet worden. Zu diesen gehören die projektorientierte Zusammenarbeit, die Zusammenarbeit führender Vertreter der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten sowie die Netzwerke nichtstatutarischer Organisationen. Die Zusammensetzung der Netzwerke tendierte dazu, ihre Rolle widerzuspiegeln, von Aktivitäten auf Exekutivebene (z.B. bei der Krankheitsüberwachung) über beratende Funktionen bis hin zu den Lobbyisten. Wie die freiwilligen Netzwerke mit den gesetzlichen (also statutarischen) Gesundheitssystemen und der programmpolitischen Entwicklung der Mitgliedstaaten bzw. den freiwilligen Sektoren innerhalb der Mitgliedstaaten zusammenhängen, ist nicht immer klar; auch ist nicht immer deutlich, inwieweit die Netzwerke eine zusätzliche Ebene europäischer Bürokratie darstellen, die sich auf Brüssel ausrichtet und konzentriert, anstatt erfolgreiche Partnerschaften mit Mitgliedstaaten einzurichten. Die strategische Entwicklung eines einschlägigen öffentlichen Gesundheitsprogramms muß auch ein klares Bild von den angestrebten Rahmen/Bereichen enthalten bzw. eine Vorstellung darüber, welche Bündnisse und Partnerschaften gefördert werden sollen. Eine gezieltere Alternative wäre die Entwicklung direkter Schnittstellen zwischen GDV/F und den Vertretern der Mitgliedstaaten; und der Erwerb eines länderspezifischen Wissens sollte im Rahmen der künftigen Entwicklung des EU-Referates für das öffentliche Gesundheitswesen der EU ins Auge gefaßt werden. Gesundheitsförderung, die sich als Gesundheitserziehung versteht und ein weitausholendes Engagement, sollten einer neuen "internen" Art des Engagements Platz machen, das die Förderung der Entwicklung einer qualitativ hochwertigen Politik durch finanzierte Programme und durch den Stellenwert des öffentlichen Gesundheitswesens bei der Kommission zum Ziel hat.
- E.19 Die EU sollte weniger danach streben, ihre Finanzhaushalte aufzustocken, als existierende Budgets selektiver und effektiver auszugeben. Eine Erhöhung

administrativer Budgets ist für die Optimierung existierenden Fachwissens von ausschlaggebender Bedeutung.

### ***Die künftige Organisation der Gesundheitspolitik innerhalb des Ausschusses***

- E.20 Die Gesundheitspolitik muß ihren Standort in Brüssel, und nicht in Luxemburg, haben, um eine Chance zu haben, mit anderen programmpolitischen Bereichen integriert zu werden<sup>1</sup>.
- E.21 Obwohl oft als ein wünschenswertes Ziel hypothetisch diskutiert, scheint die Einrichtung des Bereichs Gesundheit als einer getrennten DG aus Gründen des Budget wahrscheinlich nicht berechtigt zu sein. Von noch größerer Relevanz ist die Tatsache, daß eine solche DG das Gesundheitswesen, das archetypisch eine fachübergreifende Organisation ist, auf eine klassisch senkrechte Struktur begrenzen würde. Es gibt zu wenige Überschneidungen mit der DGXXIV, als daß ein Zusammenschluß zwischen dem traditionellen DGV/F-Geschäft im öffentlichen Gesundheitswesen und dem Bereich Verbraucherangelegenheiten gerechtfertigt wäre. Die meisten Angelegenheiten des DGXXIV können auf unabhängige Weise und ohne strategische Beaufsichtigung des Gesundheitswesens gehandhabt werden. Dasselbe gilt für DGXI, obwohl hier eine weitaus größere Themenüberschneidung herrscht und die Notwendigkeit, gesundheitliches Fachwissen mit den Belangen von Umweltschützern zu koordinieren.
- E.22 Eine Option, die die beste Umsetzung moderner Managementmethoden beanspruchen würde, ist die Beibehaltung der zentralen Themen des Öffentlichen Gesundheitswesens innerhalb der gegenwärtigen Struktur; die DGV/F sollte jedoch wesentlich enger in das DGV-Direktorium für soziale Angelegenheiten integriert werden. Dies wiederum dürfte ihre Aufgaben erweitern, indem die neue soziale Tagesordnung für Öffentliche Gesundheitsepidemiologie und Ungleichheiten der Gesundheit mit eingeschlossen sind. Eine Einheit "Lebensgewohnheiten" würde innerhalb des Bereichs Verbraucherangelegenheiten integriert werden, und eine Einheit "Umwelts-Gesundheit" innerhalb der DGXI. Diese beiden übertragenen Einheiten würden spezialisierte Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitswesens des DGV anziehen. Dies setzt voraus, daß die existierende Struktur des Ausschusses im Parlament unverändert bliebe, was aber nach den Wahlen im Jahr 1999 unter Umständen nicht der Fall sein könnte. Das Hauptproblem mit einem solchen Arrangement ist, daß es nur äußerst schwer erfolgreich gehandhabt werden kann.
- E.23 Eine weniger ambitionierte Version dieser Option würde das Öffentliche Gesundheitswesen mit dem Bereich Sozialwesen zwar vorsehen, die vorhandenen Einrichtungen jedoch für bereichsübergreifende Konsultationen mit den anderen DGs benutzen. Eine spezielle Betriebseinheit wäre für die Sicherheit und Kontrolle im Gesundheitswesen verantwortlich, zu welchem Ressort solche Bereiche wie übertragbare Krankheiten, Impfstoffe oder unmittelbare Umweltbedrohungen gehören.

---

<sup>1</sup> Eine Entscheidung vom 8. April 1965 besagt jedoch: "Das Direktorium für Gesundheitsschutz wird in Luxemburg angesiedelt sein." (OJ 152 13/7/67) - (Ausgewählte Instrumente aus den Staatsverträgen, Buch 1, Seite 783). Diese Entscheidung wurde auf dem Edinburgh-Gipfelgespräch im Dezember 1992 erneut bestätigt.

- E.24 Diese Möglichkeit betont die Bedeutung einer visionären und effektiven Führung und eines genügend großen Kaders gut qualifizierter und einflußreicher Gesundheitsexperten, die fähig sind, diesen Einfluß in der gesamten Palette der einschlägigen EU-Politik geltend zu machen. Dafür wiederum wird eine Umwälzung bei den Personaleinstellungspraktiken des Ausschusses notwendig werden.



**Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΣΤΟ ΚΑΤΩΦΛΙ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΧΙΛΙΑΕΤΙΑΣ**

**ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΨΕΙ ΤΗΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΑΚΡΟΑΣΗΣ ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ  
ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
28 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1998**

**- ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ -**





### *Οι Στόχοι, το Πεδίο Εφαρμογής και η Μεθοδολογία της Μελέτης*

- E.1 Η παρούσα έκθεση αναφέρεται στα πορίσματα μίας μελέτης με αντικείμενο την πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας η οποία διεξήχθη μεταξύ Ιουλίου και Σεπτεμβρίου του 1998 μετά από εντολή της Επιτροπής Περιβάλλοντος, Δημόσιας Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, που ζήτησε την υποβολή ενημερωτικού εγγράφου για τη Δημόσια Ακρόαση της 28<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 1998 με αντικείμενο την πολιτική της ΕΕ στον τομέα της υγείας.
- E.2 Η εν λόγω μελέτη καλύπτει τρεις βασικές κατηγορίες θεμάτων. Αξιολογεί την αποδοτικότητα των υφιστάμενων προγραμμάτων, την ορθότητα της εκπροσώπησης των συμφερόντων των κρατών μελών και το κατά πόσο τα συγκεκριμένα προγράμματα αποδίδουν την οφειλόμενη προσοχή στο ζήτημα της επικουρικότητας. Η μελέτη επικεντρώνεται στα τέσσερα προγράμματα που περιλαμβάνει το σημερινό πλαίσιο (1993) και που έχουν υλοποιηθεί μέχρι στιγμής, δηλ: Καρκίνος, AIDS και Μεταδιδόμενα Νοσήματα, Χρήση Ναρκωτικών και Προώθηση της Υγείας, παράλληλα με το Πρόγραμμα Παρακολούθησης της Υγείας που μόλις ξεκίνησε. Όλα τα προγράμματα ακολούθησαν κοινή πορεία υλοποίησης η οποία συνίσταται στη δημιουργία ή ενίσχυση ευρωπαϊκών δικτύων ή συνεργασιών και στη χρηματοδότηση των μελετών που υποβάλλουν οι ερευνητές.
- E.3 Με δεδομένο το μη εφικτό της διεξοδικής εξέτασης όλων των δικτύων και των μελετών μέσα στα συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια, η μελέτη επικεντρώθηκε στο σχεδιασμό των προγραμμάτων με κριτήριο τη σημερινή βέλτιστη πρακτική στη διαχείριση της έρευνας. Η πρακτική αυτή έγκειται σε μία στρατηγική προσέγγιση που θα τάσσεται όλο και περισσότερο υπέρ της δράσης, που θα θέτει σαφείς επιχειρησιακούς στόχους και αποτελέσματα, που θα εντοπίζει τα κενά σε όσα καλύπτει σήμερα η έρευνα και θα στοχεύει σε τελικά αποτελέσματα τα οποία θα είναι συναφή προς τους χρήστες, ενώ παράλληλα θα συνεπάγονται σαφείς επιπτώσεις ως προς τη χάραξη πολιτικής. Η μελέτη εξέτασε διεξοδικά τα υπάρχοντα προγράμματα από τις παραπάνω οπτικές γωνίες. Συγκεκριμένα, εξέτασε τον τρόπο με τον οποίο ορίζεται η "ευρωπαϊκή προστιθέμενη αξία" και το κατά πόσο έχουν επιλεγεί προγράμματα που αποσκοπούν σε μία τέτοια κατάληξη. Επίσης, γίνεται προσπάθεια να προσδιοριστούν οι υπάρχουσες διαδικασίες διεξοδικής εξέτασης του κατά πόσο τα συγκεκριμένα ερευνητικά εγχειρήματα αξίζουν τα χρήματά τους. Τέλος, εξετάζεται ο ρόλος των δικτύων για την ανάπτυξη πολιτικής και η αποτελεσματικότητά τους ως μέσα υλοποίησης μιας συγκεκριμένης πολιτικής.
- E.4 Μία δεύτερη ομάδα στρατηγικών ερωτημάτων αφορά τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να αναπτυχθεί η πολιτική της ΕΕ στο μέλλον και, συγκεκριμένα, ενόψει της Ατζέντα 2000 και της πιθανής διεύρυνσης της ΕΕ. Ένα συγκεκριμένο ερώτημα που εξετάστηκε ήταν η καταλληλότητα μίας προσέγγισης που βασίζεται στις ίδιες τις ασθένειες.

- E.5 Τέλος, ζητήθηκε να εξεταστεί στο πλαίσιο της μελέτης, το ζήτημα της μελλοντικής οργάνωσης των λειτουργιών της πολιτικής της ΕΕ στον τομέα της υγείας της στο πλαίσιο της Επιτροπής και, ειδικότερα, της 24<sup>ης</sup> Γενικής Διεύθυνσης.
- E.6 Δεδομένου του χρονοδιαγράμματος και των χρονικών περιορισμών, η μελέτη στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό σε αποτελεσματικές και ευέλικτες μεθόδους συλλογής πληροφοριών όπως οι ημιδομημένες συνεντεύξεις και η σύντομη βιβλιογραφική έρευνα για κάθε αντικείμενο. Οι συνολικά 55 συνεντεύξεις κάλυψαν διεθνείς οργανισμούς και δίκτυα από όλη την Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένων και διεθνών εμπειρογνομώνων σε καθένα από τα αντικείμενα των προγραμμάτων της ΕΕ, σε συνδυασμό με συνεντεύξεις εκπροσώπων των κρατών μελών από τις επίσημες επιτροπές των προγραμμάτων, ειδικά από το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Φινλανδία. Το σχέδιο έκθεσης επανεξέτασαν ειδικοί παράγοντες της δημόσιας υγείας και/ή εκπρόσωποι των κρατών μελών που γνωρίζουν τα προγράμματα υγείας της ΕΕ, οι οποίοι όμως δε μετείχαν στις συνεντεύξεις.

#### *Αποτελέσματα της Διεξοδικής Εξέτασης των Προγραμμάτων*

- E.7 Η μελέτη εντόπισε μία σειρά προγραμμάτων που χρηματοδοτούνται από την ΕΕ και συνιστούν ιδιαίτερα θετικά παραδείγματα έργου που μπορεί να επιτελεστεί κατά το βέλτιστο τρόπο σε διεθνές επίπεδο. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν:
- την Ευρωπαϊκή Μελλοντική Διερεύνηση Καρκίνου και Διατροφής (EPIC) του Διεθνούς Γραφείου Ερευνών για τον Καρκίνο.
  - την προώθηση και την αναβάθμιση των Ληξιαρχείων Καρκίνου.
  - τα δίκτυα ελέγχου των μεταδιδόμενων νοσημάτων.
  - την επιδημιολογία της χρήσης ουσιών που έχει αναλάβει το Ευρωπαϊκό Κέντρο για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία και
  - τη συλλογή διεθνών στατιστικών στοιχείων για τη συχνότητα του HIV και του AIDS που έχει αναλάβει το Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Επιδημιολογική Παρακολούθηση του AIDS.
- Η εγγενής και διεθνώς προστιθέμενη αξία αυτών των προγραμμάτων προκύπτει:
- από τη σημασία για τα μεγέθους δείγματος ευρήματά τους
  - από τη δυνατότητα διατύπωσης και διακρίβωσης υποθέσεων που προκύπτουν από τη γεωγραφική διαφοροποίηση της ΕΕ και τον επεξηγηματικό χαρακτήρα των συγκριτικών αναλύσεων
  - από την τυποποίηση των δεδομένων

- E.8 Επιπλέον, τα projects αυτά χαρακτηρίζει η σαφής στρατηγική κατανόηση του ρόλου τους σε κάθε συγκεκριμένο αντικείμενο, καθώς και η υψηλής ποιότητας τεχνική κατάρτιση ως προς το σχεδιασμό και την υλοποίηση.
- E.9 Κατά πάσα πιθανότητα, ένα ευρύτερο φάσμα μελετών που θα βασίζονται σε συγκεκριμένες ασθένειες, πληθυσμιακές ομάδες και κινδύνους και θα συνδέονται με συγκεκριμένες πολιτικές θα μπορούσε επίσης να αποδώσει σε συνδυασμό με μία αντιμετώπιση σε διεθνές επίπεδο. Προφανώς, δεν έχουν διερευνηθεί όλες οι δυνατότητες. Η κατάλληλη απάντηση μέσω των προγραμμάτων χρηματοδότησης της ΕΕ θα ήταν η προώθηση δραστηριοτήτων που επικεντρώνονται σε αυστηρά συγκεκριμένα θέματα και επιλέγονται βάσει των προαναφερόμενων ορισμών της προστιθέμενης αξίας. Η προσθήκη δεδομένων κόστους και τα σαφή κριτήρια αποδοτικότητας ή συσχετισμού κόστους-ωφέλειας θα βοηθούσαν στην αναγόρευση αυτών των προγραμμάτων σε προτεραιότητα στο πλαίσιο μίας προσέγγισης συναφούς προς τη βελτιστοποίηση ενός χαρτοφυλακίου επενδύσεων. Η επιβάρυνση που συνεπάγεται η ασθένεια θα αποτελούσε μία από τις σημαντικές ορίζουσες της κατάστασης αλλά και η σημερινή κάλυψη από άλλες πτυχές του διεθνούς έργου και η "σπανιότητα" πρέπει να συμπεριληφθούν στις ορίζουσες της προστιθέμενης αξίας της ΕΕ.
- E.10 Τα περισσότερα προγράμματα που χρηματοδοτούνται στο πλαίσιο των υφιστάμενων προγραμμάτων δε φαίνεται να επιλέχθηκαν βάσει των προαναφερόμενων τεχνικών κριτηρίων της "διεθνούς ή ευρωπαϊκής προστιθέμενης αξίας". Αντί για αυτό, η Επιτροπή χρησιμοποιεί τον "αριθμό των συνεργατών" ως μείζον κριτήριο, με αποτέλεσμα τα προγράμματα να έχουν, προφανώς, αποδώσει διαδικαστικά οφέλη εκεί όπου οι συνεργασίες ήταν μακροχρόνιες και επιτυχείς αλλά και να περιλαμβάνουν πολλά προγράμματα που θα μπορούσαν να είχαν υλοποιηθεί σε εθνικό επίπεδο.
- E.11 Υπάρχουν ορισμένα πολύ συγκεκριμένα αρνητικά στοιχεία που ισχύουν για όλα τα προγράμματα, όπως η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού, η απουσία λεπτομερών και επιχειρησιακών στόχων, η διαδικασία επιλογής που στερείται της εναργούς αξιολόγησης από συναδέλφους και ολοκληρώνεται, σε μεγάλο βαθμό, στο πλαίσιο της Επιτροπής, οι ασαφείς μέθοδοι κοινοποίησης των εκθέσεων που αφορούν τα προγράμματα. Υπάρχει μεγάλη σύγχυση αναφορικά με το διαχωρισμό μεταξύ της αμιγούς έρευνας και της μελέτης με προσανατολισμό τη δράση, όπως και μεταξύ των αντίστοιχων ρόλων της ΓΔΥ/ΣΤ και της 22<sup>nc</sup> Γενικής Διεύθυνσης. Εντυπωσιακή είναι η έλλειψη ευελιξίας των προγραμμάτων. Οι αρμοδιότητες της Επιτροπής παρατίθενται στα νομικά έγγραφα και, κατόπιν, υλοποιούνται ως έχουν. Ελάχιστες δυνατότητες φαίνεται να υπάρχουν για ανάπτυξη πολιτικής, κάτι το οποίο έχει διαχωριστεί και ανήκει σε χωριστή μονάδα της ΓΔΥ/ΣΤ. Ο συσχετισμός μεταξύ προγραμμάτων και κατευθύνσεων ανάπτυξης της πολιτικής στο πλαίσιο της ΓΔΥ/ΣΤ είναι μάλλον κάπως αποσπασματικός και άναρχος.
- E.12 Η Άμεση Εκπαίδευση Υγείας αντιμετωπίστηκε ως έντονα ακατάλληλη δραστηριότητα σε ευρωπαϊκό επίπεδο, κυρίως λόγω της γεωγραφικής και πολιτισμικής διαφοροποίησης του πληθυσμού των κρατών μελών.

*Η Μελλοντική Ανάπτυξη της Πολιτικής της ΕΕ στον Τομέα της Υγείας*

- E.13 Πέρα από τις σημερινές χρηματοδοτικές δραστηριότητές της, η ΕΕ δραστηριοποιείται και σε άλλους χώρους που έχουν άμεση σχέση με την υγεία όπως τα λεγόμενα “θέματα τρόπου ζωής”, όπου εμπλέκονται συγκεκριμένα τα αντικίνητρα υγιεινής διατροφής που περιλαμβάνει η Κοινή Αγροτική Πολιτική. Εδώ περιλαμβάνονται τα κίνητρα παραγωγής καπνού, τα κίνητρα παραγωγής τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε ζωικό λίπος και καταστροφής των πλεονασμάτων σε φρούτα και λαχανικά που προστατεύουν σημαντικά, ως γνωστόν, από ένα φάσμα ασθενειών όπου συγκαταλέγεται και ο καρκίνος. Άλλοι συναφείς τομείς περιλαμβάνουν ένα φάσμα περιβαλλοντικών ζητημάτων που αφορούν τα απόβλητα, την ποιότητα του νερού, τη χρήση γης, την ποιότητα του αέρα, τις ενεργειακές πηγές, τις μεταφορές και τις περιβαλλοντικές αλλαγές σε ολόκληρο τον κόσμο. Η αιχμή του δόρατος της πολιτικής της ΕΕ στον τομέα της υγείας στο μέλλον και η βασική δραστηριότητα προώθησης της υγείας πρέπει να είναι η ανάπτυξη ενός διεπιστημονικού έργου στους τομείς αυτούς, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών του χώρου της υγείας που έχουν τα κατάλληλα προσόντα, και η ενσωμάτωση της αξιολόγησης του αντίκτυπου για την υγεία του πληθυσμού στη χάραξη της πολιτικής, στην οποία θα πρέπει να συμπεριληφθεί και η εξέλιξη των δεκτών στον τομέα της δημόσιας υγείας. Ο στόχος της αξιολόγησης αυτής θα είναι η διασάφηση των επιπτώσεων της πολιτικής στον τομέα της υγείας και η εκτίμηση του κόστους και των αντισταθμιστικών οφελών.
- E.14 Η ΕΕ δεν είναι νομικά αρμόδια να κατευθύνει την οργάνωση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περίθαλψης. Αυτό, ωστόσο, δεν την εμποδίζει να εκδίδει οδηγίες που αφορούν την αγορά και που μπορούν να έχουν (και έχουν) εκτενείς επιπτώσεις στο κόστος και στην οργάνωση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών, ούτε την αποτρέπει από το να προωθεί τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και την έρευνα των επιτευγμάτων υψηλής τεχνολογίας της θεραπευτικής ιατρικής μέσω του προγράμματος Biomed της 12<sup>ης</sup> Γενικής Διεύθυνσης.
- E.15 Όπως προκύπτει από τη μελέτη, τα επιχειρήματα και τα αντεπιχειρήματα για το αν και σε ποιο βαθμό πρέπει η ΕΕ να μελετήσει τα συστήματα υγείας είναι εξίσου σθεναρά. Οι παράγοντες της δημόσιας υγείας υπογραμμίζουν πόσο δύσκολο είναι να διασφαλιστεί ότι τα ζητήματα υγείας δε θα παραγκωνίσουν εκείνα της πρόληψης/προώθησης. Από την άλλη πλευρά, πολλοί εξέφρασαν αμφιβολίες για την πραγματική συνάφεια και αποδοτικότητα της προώθησης της υγείας. Πολλοί σχολιαστές συγκλίνουν με την άποψη ότι η γνώση των συστημάτων υγείας και των επιπτώσεων που συνεπάγονται οι αλλαγές στις οποίες υπόκεινται πολλά συστήματα υγείας σήμερα είναι στοιχειώδης ανάγκη και ότι η συγκριτική διεθνής μελέτη θα βοηθούσε σημαντικά από την άποψη αυτή. Ορισμένοι θεωρούν αναγκαίο να αναλυθεί σαφώς ο αντίκτυπος που έχουν στα συστήματα υγείας οι οδηγίες της ΕΕ σχετικά με την αγορά και να αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης μεταξύ των κρατών μελών και ενός μέρους της Επιτροπής που θα επιφορτιστεί με την προώθηση, την προστασία και το συντονισμό των συμφερόντων των κρατών μελών στον τομέα αυτό.

- E.16 Η ΕΕ συνυπάρχει, καίτοι αμήχανα ορισμένες φορές, με άλλους σημαίνοντες διεθνείς οργανισμούς στο χώρο της υγείας. Σε μία προσπάθεια διατράνωσης των εξουσιών της στο χώρο αυτό, ορισμένες φορές δείχνει να θέλει να “πορευτεί μόνη της”. Πολλοί από τους ερωτηθέντες συμφωνούν ότι χρειάζεται να ενταθεί η διεθνής συνεργασία που θα μπορούσε να αντλήσει στοιχεία και να στηριχτεί στις εξειδικευμένες γνώσεις οργανισμών όπως ο ΟΟΣΑ και η ΠΟΥ. Η ΕΕ έχει το συγκριτικό πλεονέκτημα στην ευρωπαϊκή πολιτική υγείας μέσω της πρόσβασής της στη χρηματοδότηση και στις μελέτες με προσανατολισμό τη χάραξη πολιτικής (αντλώντας από τις ειδικές γνώσεις των κρατών μελών). Οι άλλοι οργανισμοί μπορούν να προσφέρουν υψηλό επίπεδο τεχνικών γνώσεων, πέρα από τη συγκεκριμένη γνώση της κάθε χώρας που διαθέτουν τόσο η ΠΟΥ όσο και η Παγκόσμια Τράπεζα στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Οι συνεργασίες πρέπει να διέπονται από τη σαφή οριοθέτηση των αντίστοιχων ρόλων σε ό,τι αφορά τις διεθνείς πολιτικές που θα αναπτυχθούν στο μέλλον στον τομέα της υγείας.
- E.17 Δεν είναι προφανές ότι η διεύρυνση συνεπάγεται μεταβολές στο υπόβαθρο της πολιτικής της ΕΕ στον τομέα της υγείας. Η διεύρυνση ενδέχεται να αλλάξει τις προτεραιότητες στους θεματικούς άξονες με σημείο αναφοράς τις συγκεκριμένες ασθένειες. Το πιθανότερο, πάντως, είναι να εντείνει την ανάγκη ενσωμάτωσης της διάστασης της υγείας στα περιβαλλοντικά ζητήματα και να επιτείνει ακόμη περισσότερο την έμμεση άποψη ότι η πολιτική υγείας της ΕΕ πρέπει να προσανατολιστεί ιδιαίτερα στις πληθυσμιακές εκείνες ομάδες με τη χειρότερη κατάσταση υγείας και/ή δυσχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Κάτι τέτοιο είναι εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθεί μέσα από ένα πρόγραμμα δημόσιας υγείας (παρά βοήθειας), ενώ πρέπει να συζητηθούν η σκοπιμότητα και οι επιπτώσεις μίας πολιτικής υγείας της ΕΕ που θα επιδεικνύει μεγαλύτερη περιφερειακή ευαισθησία. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας πρέπει να αντιμετωπίζονται ως στοιχείο της ανάπτυξης των πολιτικών που επικεντρώνονται στη σχετική κοινωνική και οικονομική υποβάθμιση ως παράγοντα που επεξηγεί τις ανισότητες αυτές. Η απάντηση, ωστόσο, είναι πολύπλευρη και συμβάλλει ακόμη μια φορά στο να τονιστεί η σημασία που έχουν οι ολοκληρωμένες πολιτικές της ΕΕ.
- E.18 Πολλά είναι τα δίκτυα που έχουν συσταθεί στο πλαίσιο των σημερινών προγραμμάτων και που περιλαμβάνουν συνεργασίες στο πλαίσιο προγράμματος, συνεργασίες μεταξύ των στελεχών των συστημάτων υγείας των κρατών μελών και δίκτυα οργανισμών που δεν προβλέπονται από το νόμο. Η σύνθεση των δικτύων αντανακλά, γενικά, το ρόλο τους καλύπτοντας το χώρο από την εκτελεστική δράση (π.χ. έλεγχος των ασθενειών) ως τη συμβουλευτική δράση και την άσκηση πίεσης. Το πώς ακριβώς σχετίζονται τα δίκτυα των εθελοντών με τα νομοθετημένα συστήματα υγείας των κρατών μελών και την ανάπτυξη της πολιτικής ή με τον εθελοντικό τομέα στα κράτη μέλη δεν είναι πάντοτε σαφές, ούτε και είναι πάντοτε προφανές σε ποιο βαθμό τα δίκτυα συνιστούν ένα πρόσθετο επίπεδο ευρωπαϊκής γραφειοκρατίας που εστιάζει και επικεντρώνεται στις Βρυξέλλες παρά στην οικοδόμηση μιας επιτυχούς σύμπραξης με τα κράτη μέλη. Τμήμα της στρατηγικής ανάπτυξης ενός προσανατολισμένου προγράμματος δημόσιας υγείας πρέπει να περιλαμβάνει μία σαφή αντίληψη του είδους των πλαισίων/πεδίων που πρέπει να

αποτελέσουν το στόχο, καθώς και των συμμαχιών και των συμπράξεων που πρέπει να προωθηθούν. Μία πιο έντονα προσανατολισμένη εναλλακτική λύση θα ήταν να αναπτυχθούν άμεσες διεπαφές μεταξύ της ΓΔV/F και εκπροσώπων των κρατών μελών, ενώ τμήμα της μελλοντικής ανάπτυξης της Μονάδας Δημόσιας Υγείας της ΕΕ θα πρέπει να είναι η απόκτηση ειδικών γνώσεων για την κάθε χώρα. Η προώθηση της υγείας, οριζόμενη ως εκπαίδευση για την υγεία και ως διεισδυτικός τρόπος προάσπισης, πρέπει να δώσει τη θέση της σε μία νέα "εσωτερική" προάσπιση που στοχεύει στην προώθηση μιας πολιτικής υψηλής ποιότητας μέσω των χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων και της θέσης της δημόσιας υγείας στην Επιτροπή.

- E.19 Η ΕΕ δε θα πρέπει να προσπαθεί τόσο πολύ να αυξήσει τους προϋπολογισμούς χρηματοδότησης αλλά να εκταμιεύει τα υπάρχοντα κονδύλια πιο επιλεκτικά και πιο αποτελεσματικά. Η αύξηση των διοικητικών προϋπολογισμών είναι ουσιαστικής σημασίας προκειμένου να αξιοποιηθούν οι υπάρχουσες ειδικές γνώσεις.

#### *Η Μελλοντική Οργάνωση της Πολιτικής Υγείας στο Πλαίσιο της Επιτροπής*

- E.20 Η πολιτική υγείας πρέπει μάλλον να εδρεύει στις Βρυξέλλες και όχι στο Λουξεμβούργο, αν πρόκειται να έχει κάποιες πιθανότητες ενσωμάτωσης στους υπόλοιπους τομείς της κοινοτικής πολιτικής<sup>1</sup>.
- E.21 Η δημιουργία χωριστής Γενικής Διεύθυνσης με αντικείμενο την υγεία προτείνεται συχνά ως επιθυμητός στόχος αλλά είναι μάλλον απίθανο να δικαιολογηθεί δημοσιονομικά. Πιο σωστά θα έλεγε κανείς ότι περιορίζει την υγεία, ένα αντικείμενο ανέκαθεν συνυφασμένο με τόσα άλλα, μέσα σε μία κλασικά κάθετη διάρθρωση. Η αλληλεπικάλυψη με την 24<sup>η</sup> Γενική Διεύθυνση δεν επαρκεί για να δικαιολογήσει μία συγχώνευση μεταξύ του κλασικού αντικειμένου της δημόσιας υγείας της ΓΔV/F και των Υποθέσεων των Καταναλωτών. Μεγάλο μέρος του αντικειμένου της 24<sup>ης</sup> Γενικής Διεύθυνσης μπορεί να αντιμετωπιστεί αυτοτελώς και χωρίς στρατηγικές αβλεψίες στο χώρο της υγείας. Το ίδιο ισχύει και για την 11<sup>η</sup> Γενική Διεύθυνση, καίτοι εκεί η αλληλεπικάλυψη των αντικειμένων είναι πολύ μεγαλύτερη και υπάρχει ανάγκη για συνδυασμό των εμπειρογνομόνων στον τομέα της υγείας και των περιβαλλοντολόγων.
- E.22 Μία εναλλακτική λύση, που θα συνοδεύεται από τη βέλτιστη εφαρμογή των σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης, είναι τα κεντρικά ζητήματα της δημόσιας υγείας να παραμείνουν στο πλαίσιο της σημερινής δομής αλλά η ΓΔV/F να ενσωματωθεί σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό στις διευθύνσεις κοινωνικών υποθέσεων της 5<sup>ης</sup> Γενικής Διεύθυνσης, διευρύνοντας έτσι τη δικαιοδοσία τους και συμπεριλαμβάνοντας τη νέα κοινωνική ατζέντα της επιδημιολογίας της δημόσιας υγείας και των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας. Μία μονάδα

<sup>1</sup> Ωστόσο, η απόφαση της 8<sup>ης</sup> Απριλίου 1965 αναφέρει ότι "Η Διεύθυνση Προστασίας της Υγείας εδρεύει στο Λουξεμβούργο" (ΕΕ 152 13/7/67). (Επιλεγμένα Έγγραφα από τις Συνθήκες, Τόμος 1, σελ. 783). Η εν λόγω απόφαση επαναβεβαιώθηκε από τη σύνοδο κορυφής του Εδιμβούργου το Δεκέμβριο του 1992.

“Τρόπων Ζωής” θα ενσωματωθεί στις Υποθέσεις των Καταναλωτών και μία Μονάδα “Περιβαλλοντικής Υγείας” στην 11<sup>η</sup> Γενική Διεύθυνση, ενώ και οι δύο μονάδες θα αξιοποιούν τις γνώσεις του ειδικού στελεχικού δυναμικού της δημόσιας υγείας από την 5<sup>η</sup> Γενική Διεύθυνση. Μία τέτοια σκέψη λαμβάνει ως δεδομένο ότι η υπάρχουσα διάρθρωση του Κοινοβουλίου σε επιτροπές θα εξακολουθήσει αμετάβλητη και στο μέλλον, ενδέχεται όμως να αλλάξουν τα πράγματα μετά τις ευρωεκλογές του 1999. Το κύριο πρόβλημα με μια τέτοια ρύθμιση είναι ότι η επιτυχής διαχείρισή της συνεπάγεται τεράστιες δυσκολίες.

- E.23 Μία λιγότερο αισιόδοξη εκδοχή της παραπάνω εναλλακτικής λύσης είναι να περάσει η δημόσια υγεία στις κοινωνικές υποθέσεις αλλά, παράλληλα, να αξιοποιηθούν οι σημερινές ρυθμίσεις ώστε να γίνονται διαβουλεύσεις τόσο μεταξύ των υπηρεσιών όσο και με άλλες Γενικές Διευθύνσεις. Μία ειδική Επιχειρησιακή Μονάδα θα είναι υπεύθυνη για την ασφάλεια και τον έλεγχο της υγείας και θα καλύπτει θέματα όπως τα μεταδιδόμενα νοσήματα, τα εμβόλια και οι άμεσες περιβαλλοντικές απειλές.
- E.24 Η εν λόγω εναλλακτική λύση τονίζει τη σημασία μίας αποτελεσματικής ηγεσίας οραματιστών, καθώς και ενός αρκετά μεγάλου φάσματος σημειόντων και προσοντούχων εμπειρογνομόνων της δημόσιας υγείας που να μπορούν να ασκήσουν τη δική τους επίδραση σε όλες τις συναφείς πολιτικές της ΕΕ. Αυτό δεν είναι δυνατό χωρίς την επανάσταση στις πρακτικές πρόσληψης της Επιτροπής.

**EUROPEAN UNION HEALTH POLICY  
ON THE EVE OF THE MILLENNIUM**

**A BACKGROUND STUDY FOR THE  
PUBLIC HEARING ON HEALTH POLICY**

**28 October 1998**

**- SUMMARY -**





### ***The Purpose, Terms Of Reference And Methodology Of The Study***

- E.1 This report sets out the findings of a study of European Union Health Policy. The study was commissioned by the Environment, Consumer Protection and Public Health Committee of the European Parliament and was conducted between July and September 1998. The Committee required an issues paper which would inform its Public Hearing on EU health Policy on 28th October 1998.
- E.2 The study covers three main sets of issues. It assesses the cost-effectiveness of the existing programmes, whether Member States' interests are properly represented and whether the programmes give sufficient attention to the question of subsidiarity. It concentrated on the four programmes contained in the current (1993) framework which have been implemented to date: Cancer, AIDS and Communicable Diseases, Drug abuse and Health Promotion, along with the Health Monitoring programme which has just started. All have followed a common implementation pattern which consists of establishing or strengthening European-wide networks or collaborations and funding projects submitted by researchers.
- E.3 In view of the impracticability of scrutinising all the networks and projects within the existing timeframe, the study set out to explore the design of the programmes with reference to current best practice in the management of research. This is to be found in an increasingly proactive, strategic approach which defines clear operational objectives and outputs, identifies the gaps in the coverage of existing research and attempts to generate user-relevant end-results with clear policy implications. The study scrutinised the existing programmes for these elements. Specifically it looked at how "European value-added" has been defined and whether projects had been selected to deliver it. It also sought to identify what procedures exist for scrutinising research bids for value for money. It considered the role of Networks in policy development and their effectiveness as tools of implementing policy.
- E.4 A second set of strategic questions related to how EU policy should develop in the future, particularly in the light of Agenda 2000 and possible enlargement of the EU. A specific question was whether a disease-based approach was appropriate.
- E.5 Finally, the study was invited to consider future organisation of the health policy functions of the EU within the Commission, with particular reference to DGXXIV.
- E.6 In view of timescale and timing constraints, the study relied heavily on efficient and flexible information-gathering methods, namely semi-structured interviews and a brief literature search in each subject area. The interviews, totalling 55, covered Europe-wide international organisations and networks, including international specialists in each of the subject areas represented in the EU programmes. These were supplemented by interviews with representatives of Member States from the official programme committees, particularly from the UK and Finland. The report was reviewed in draft by several specialist public health practitioners and/or representatives of member states who were acquainted with the EU health programmes, but had not been involved in the interviews.

### *Results of the Scrutiny of Programmes*

- E.7 The study identified a number of EU-sponsored projects which are particularly good examples of work which can be done most effectively at international level. These include:
- the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) run by the International Agency for Research in Cancer;
  - the promotion and upgrading of Cancer Registries;
  - communicable disease surveillance networks;
  - the epidemiology of substance abuse undertaken by the European Centre for Drugs and Drug Addiction, and
  - the collection of international statistics of incidence of HIV and AIDS undertaken by the European Centre for the Epidemiological Monitoring of Aids.

The inherent international value-added of these projects derives from:

- the importance to their findings of sample size;
- the ability to construct and test hypotheses arising from the geographical diversity of the EU and the explanatory power of comparative analyses;
- standardisation of data.

E.8 In addition, the projects are characterised by good strategic understanding of their role in each particular field and a reliance on high quality technical expertise for design and implementation.

E.9 It seems likely that a wider range of disease-based, population-based, risk-based and policy-related studies might also yield value from treatment at international level and that not all possibilities are being exploited. An appropriate response by the EU through its funding programmes, would be to promote highly focused activities which are selected according to the definitions of value added set out above. The addition of cost data, and explicit cost-effectiveness or cost-benefit criteria would help to prioritise these projects in an approach akin to optimising a portfolio of investments. Burden of disease would be an important determinant of status, but existing coverage by other international work, and "rarity" must also feature as determinants of EU value-added.

E.10 Most projects financed under the existing programmes do not appear to be selected against these technical criteria of "international or European value-added". Instead, the Commission uses "number of collaborators" as a key test. The result is that the programmes have probably generated process benefits where collaborations have been long lasting and successful, but seem to include many projects which could have been carried out at national level.

E.11 A number of very specific criticisms are common to each of the programmes. They include a lack of strategic planning; the absence of detailed and operationalised objectives; a selection process which lacks the rigour of peer review and is heavily concentrated in the

hands of the Commission; uncertain methods of dissemination of project reports. There is considerable confusion about the distinction between pure research and action oriented study, and hence about the respective roles of DGV/F and DGXXII. The rigidity of the programmes is particularly striking: the competences of the Commission are set out in the facilitating legal instrument and then implemented as set out. There appears to be little room for policy development which is separated out into a distinct unit of DGV/F. Read across between programmes and policy development within DGV/F appears to be somewhat ad hoc and haphazard.

- E.12 Direct Health Education was seen as a particularly inappropriate activity at European level, precisely because of the geographical and cultural diversity of Member States' populations.

### *Future Development of EU Health Policy*

- E.13 In addition to its current funding activities, the EU is active in other policy areas which have a direct bearing on health. Classically these involve the so-called "lifestyle issues", which implicate in particular the disincentives to healthy diet contained in the Common Agricultural Policy. These include incentives to tobacco production, incentives to production of foods high in animal fat, and destruction of surpluses of fruit and vegetables, known to be important protectors against a range of illnesses including cancer. Other relevant sectors include a range of environmental issues concerned with waste products, water quality, land use, air quality, energy sources, transport and global environmental changes. The main thrust of EU health policy in future, and its main health promotion activity, should be the development of multidisciplinary working in these areas involving suitably qualified health professionals and incorporating health impact assessment into policy. This should include the development of environmental health indicators. The purpose of health impact assessment would be to enable the effects of policies on health to be made explicit and to enable costs and trade-offs to be evaluated.
- E.14 The EU does not have legal competence to be directive over questions concerning the organisation and delivery of health services and medical care. This does not, however, inhibit it from issuing market-related directives which can and do have extensive implications for the costs and organisation of Member States' health care systems. Nor does it refrain from promoting co-operation between Members States and research into high technology curative medicine through DGXII's Biomed programme.
- E.15 The study encountered strong views on both sides of the debate about whether and how far the EU should develop studies of health care systems. Public health practitioners tended to stress the difficulty of ensuring that health care issues did not hijack the prevention/promotion agenda. On the other side, many expressed doubts about the real relevance and cost-effectiveness of health promotion. Many commentators were sympathetic to the notion that knowledge of health care systems, and of the impact of changes to which many health care systems are now subject, is rudimentary and would benefit greatly from comparative international study. Some regarded it as important that the impact of EU market-related directives on health systems was clearly analysed and debated with Member States by a part of the Commission responsible for promoting, protecting and co-ordinating Member States' interests in this area.

- E.16 The EU coexists, sometimes uneasily, with other influential international health care institutions. In an attempt to assert its authority in health it has sometimes appeared to want to "go it alone". Many of those interviewed saw the need for increased international collaboration which would draw on and support the expertise of institutions such as the OECD and WHO. The EU has a comparative advantage in European health policy through its access to funding and, drawing on Member States expertise, policy-oriented study. Other organisations can offer high levels of technical expertise, in addition to the specific country knowledge of both the WHO and World Bank in Central and Eastern European countries. Collaborations need to be subject to clear statements of respective roles in the development of future international health policies.
- E.17 There is no obvious reason why Enlargement should cause the basic structure of EU health policy described above to be altered. Enlargement might alter the prioritisation of disease-based topics, but is more likely to enhance the need for health to be integrated with environmental issues. It might exacerbate an implicit sense that EU health policy should be geared particularly to populations with lower health status and/or poorer access to health services. This is extremely difficult to do through a public health (rather than an aid) programme and the desirability and implications of having a more regionally-sensitive EU health policy need to be debated. Health inequalities ought to be dealt with as part of policy developments which focus on relative social and economic deprivation as an explanatory factor of health inequalities. The response, however, is multi-faceted and again serves to emphasise the importance of integrated EU policies.
- E.18 A variety of Networks have been set up under the existing programmes. These involve project-based collaborations, collaborations of executive members of Member States' health systems, and networks of non-statutory organisations. The composition of networks has tended to reflect their role, from executive actions (e.g. in disease surveillance) to advisory, to lobbying. Quite how the voluntary networks relate to Member States statutory health systems and policy development or to the voluntary sector in Member States is not always clear; nor is it always obvious how far the networks constitute an additional level of European bureaucracy which is centred and focused on Brussels rather than effecting successful partnerships with Member States. Part of the strategic development of a focused public health programme must involve a clear view of what settings/arenas should be targeted and what alliances and partnerships should be promoted. A more focused alternative would be to develop direct interfaces between DGV/F and member states' representatives, and part of the future development of the EU Public Health Unit should be the acquisition of country-specific expertise. Health promotion defined as health education and an outreaching style of advocacy should give way to a new "internal" advocacy which aims to promote the development of high quality policy through the funded programmes and the position of public health in the Commission.
- E.19 The EU should not so much seek to increase its funding budgets as to spend existing budgets more selectively and to greater effect. An increase in administrative budgets is essential to achieve the enhancement of existing expertise.

*Future Organisation of Health Policy in the Commission*

- E.20 Health policy must be located in Brussels rather than Luxembourg to stand any chance of integration with other policy areas<sup>1</sup>.
- E.21 Establishing health as a separate DG, though often mooted as a desirable objective, seems unlikely to be justified in terms of budgets. More pertinently, it constrains health, an archetypally cross-cutting agenda, within a classically vertical structure. There is insufficient overlap with DGXXIV to justify a merger between the traditional public health business of DGV/F and Consumer Affairs. Much of DGXXIV's business can be dealt with in a self-contained way and without strategic health oversight. The same is true of DGXI although there is a much greater overlap of subject matter and a need to have health expertise working alongside the environmentalists.
- E.22 One option which would call on the best exercise of modern management techniques, is for core public health issues to be retained in the current structure, but for DGV /F to be much more closely integrated with the Social Affairs directorates of DGV. This should in turn expand their remit to include the new social agenda of public health epidemiology and of health inequalities. A "Lifestyles" unit would be incorporated within Consumer Affairs and an "Environmental Health" Unit within DGXI. Both devolved units would draw on specialist, outposted public health staff from DGV. This assumes that the existing Committee structure in Parliament would continue unchanged, which may not be the case after the 1999 elections. The main problem with such an arrangement is that it is extremely difficult to manage successfully.
- E.23 A less ambitious version of this option would locate public health with social affairs, but would use existing arrangements for inter-service consultation with other DGs. A special Operational Unit would be responsible for health security and control, covering issues such as communicable diseases, vaccines and immediate environmental threats.
- E.24 This option stresses the importance of visionary and effective leadership and a large enough cadre of well-qualified and influential public health experts able to make an impact across the range of relevant EU policies. This will in turn require a revolution in Commission recruitment practices.

---

<sup>1</sup> However, a Decision of 8th April 1965 states that "The Directorate for Health Protection **shall** be located in Luxembourg." (OJ 152 13/7/67) - (Selected Instruments taken from the Treaties, Book 1, p.783). This Decision was re-confirmed by the Edinburgh Summit of December 1992.



**LA POLÍTICA SANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA  
A LAS PUERTAS DEL MILENIO**

**ESTUDIO DE FONDO PARA  
LA AUDIENCIA PÚBLICA SOBRE POLÍTICA SANITARIA**

**28 de octubre de 1998**

**- RESUMEN -**





***Finalidad, términos de referencia y metodología del estudio***

- E.1 Este informe presenta los resultados de un estudio sobre la Política Sanitaria de la Unión Europea. El estudio fue encargado por la Comisión de Medio Ambiente, Protección del Consumidor y Salud Pública del Parlamento Europeo y se llevó a cabo entre julio y septiembre de 1998. Dicha Comisión solicitó un ficha temática para su Audiencia pública sobre Política Sanitaria de la UE del 28 de octubre de 1998.
- E.2 El estudio abarca tres grupos de temas fundamentales. Evalúa la eficiencia de los programas actuales, examina si los intereses de los Estados miembros están debidamente representados y si los programas prestan suficiente atención a la cuestión de la subsidiariedad.  
Se centra en los cuatro programas comprendidos en el marco actual (1993) y que han sido ejecutados hasta la fecha: cáncer, sida y enfermedades de notificación obligatoria, uso indebido de drogas y promoción de la salud, junto con el programa de vigilancia sanitaria que acaba de empezar. Todos han seguido un modelo de ejecución común que consiste en establecer o reforzar colaboraciones o circuitos por toda Europa y financiar proyectos propuestos por los investigadores.
- E.3 A la vista de la imposibilidad de examinar en detalle todos los proyectos y circuitos en el período de tiempo disponible, el estudio se centró en examinar el diseño de los programas a la luz de las mejores prácticas actuales en materia de gestión de la investigación. Esta radica en un enfoque estratégico basado cada vez más en la anticipación activa, que define claramente los objetivos operativos y los frutos a obtener, detecta las lagunas en la cobertura de la investigación actual e intenta alcanzar resultados finales relevantes para el usuario con claras implicaciones políticas. El estudio examinó con detalle los programas existentes en lo relacionado con tales elementos. Especialmente se fijó en cómo se había definido el “valor añadido europeo” y en si los proyectos se habían seleccionado para aportarlo. También se trató de determinar qué procedimientos existen para examinar las ofertas de investigación desde el punto de vista de su eficiencia económica. Se planteó el papel de las Redes en el desarrollo de la política y su eficacia como instrumentos de aplicación de la política.
- E.4 Una segunda serie de cuestiones estratégicas está relacionada con la futura evolución de la política de la UE, sobre todo desde la perspectiva de la Agenda 2000 y de la posible ampliación de la UE. Una cuestión específica fue si resulta adecuado un enfoque basado en las patologías.
- E.5 Por último, se señaló la conveniencia de profundizar en la organización futura de las funciones asociadas a la política sanitaria de la UE en la Comisión, particularmente en lo referente a la DG XXIV.
- E.6 Teniendo en cuenta el calendario y los plazos disponibles, el estudio se ha basado, sobre todo, en métodos flexibles y eficientes de recopilación de información, concretamente en entrevistas semiestructuradas y una breve investigación bibliográfica con respecto a cada uno de los temas. Las entrevistas, que en total suman 55, han abarcado circuitos y

organizaciones internacionales de toda Europa, inclusive especialistas internacionales de cada una de las áreas temáticas que aparecen en los programas de la UE. Todo ello se ha completado con entrevistas a representantes de los Estados miembros en los comités oficiales de los programas, en particular del Reino Unido y Finlandia. El borrador del informe ha sido revisado por diversos especialistas en salud pública o representantes de los Estados miembros familiarizados con los programas sanitarios de la UE, pero a los que no se había entrevistado.

### ***Resultados del examen de los programas***

E.7 El estudio identifica una serie de proyectos patrocinados por la UE que son ejemplos muy buenos del trabajo que puede hacerse de la manera más eficaz a escala internacional. Se trata de:

- la Encuesta Prospectiva Europea sobre Cáncer y Nutrición (EPIC), gestionada por el Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer;
- la promoción y mejora de los Registros de Cáncer;
- los circuitos de vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria;
- la epidemiología del abuso de drogas, a cargo del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, y
- la preparación de estadísticas internacionales sobre la incidencia del VIH y del sida, a cargo del Centro Europeo de Vigilancia Epidemiológica del Sida.

El valor añadido internacional inherente a estos proyectos procede de:

- la importancia del tamaño de la muestra para sus hallazgos,
- la capacidad para formular y comprobar hipótesis obtenidas a partir de la diversidad geográfica de la UE y del potencial explicativo de los análisis comparados,
- la normalización de los datos.

E.8 Además, los proyectos se caracterizan por una correcta comprensión estratégica de su función en cada uno de los ámbitos particulares y por el hecho de estar basados en experiencias técnicas de alta calidad en lo tocante a diseño y ejecución.

E.9 Es probable que del enfoque internacional se derive todo un abanico más amplio de estudios basados en enfermedades, poblaciones y riesgos y de estudios relacionados con la política, y que no se estén aprovechando todas las posibilidades. Una respuesta adecuada por parte de la UE, con sus programas de financiación, sería la de promocionar actividades altamente selectivas que podrían elegirse con arreglo a los criterios de valor añadido citados anteriormente. El hecho de añadir las cifras de costes y criterios explícitos de coste-eficacia o coste-beneficio, contribuiría a priorizar estos proyectos en un enfoque

encaminado a optimizar una cartera de inversiones. El coste social de la enfermedad podría ser un factor determinante de la importancia, pero también hay que aplicar, como elementos determinantes del valor añadido europeo, la posible inclusión en otros trabajos internacionales y la “rareza” de un proyecto.

- E.10 La mayoría de proyectos financiados a través de los programas existentes no parecen haber sido seleccionados a la luz de estos criterios técnicos de “valor añadido europeo o internacional”. En su lugar, la Comisión emplea, como criterio clave, el “número de colaboradores”. El resultado es que los programas probablemente han generado beneficios de proceso allí donde las colaboraciones han dado resultado y han durado bastante tiempo, pero al parecer se han incluido muchos proyectos que podrían haberse llevado a cabo a escala nacional.
- E.11 Hay un número de puntos críticos muy específicos que son comunes a todos los programas, entre otros la falta de planificación estratégica; la ausencia de objetivos operativos y detallados; un proceso de selección que carece del rigor de una revisión profesional y que se concentra fundamentalmente en manos de la Comisión; métodos inciertos de difusión de los informes de proyecto. Existe una notable confusión en lo tocante a la distinción entre investigación pura y estudios orientados a la acción, y de ahí también la confusión respecto de las funciones de la DG V/F y la DG XXII. La rigidez de los programas resulta particularmente chocante: las competencias de la Comisión se establecen en los instrumentos legales correspondientes y luego se aplican al pie de la letra. Parece que hay poco margen para el desarrollo político, el cual queda encomendado a una unidad distinta de la DG V/F. Una lectura cruzada entre programas y desarrollo político en la DG V/F se presenta como algo aventurado y casual.
- E.12 La educación sanitaria directa se considera una actividad particularmente inadecuada a escala europea, precisamente debido a la diversidad cultural y geográfica de las poblaciones de los Estados miembros.

### ***Futuro desarrollo de la Política Sanitaria de la UE***

- E.13 Además de sus actividades corrientes de financiación, la UE interviene en otros ámbitos políticos que tienen un impacto directo sobre la salud. Tradicionalmente, esto abarca las llamadas “cuestiones de estilo de vida”, que implican en particular los aspectos que desincentivan la dieta sana contenidos en la Política Agrícola Común. Se trata, entre otros, de los incentivos a la producción de tabaco, a la producción de alimentos ricos en grasa animal y a la destrucción de los excedentes de frutas y verduras de las que se sabe que protegen contra una serie de enfermedades, entre ellas el cáncer. Otros sectores importantes abarcan toda una serie de aspectos medioambientales relacionados con los residuos, la calidad del agua, el uso del suelo, la calidad del aire, las fuentes de energía, el transporte y los cambios ambientales a escala mundial. El principal reto futuro de la política sanitaria de la UE, y su actividad central de promoción de la salud, están en el desarrollo de trabajos multidisciplinarios en estos ámbitos con la participación de profesionales de la sanidad debidamente cualificados e incorporar a la política los estudios de impacto sanitario. Esto debería incluir el desarrollo de indicadores de salud ambiental. La finalidad del estudio de impacto sanitario sería la de poder explicitar los efectos de las políticas sanitarias y evaluar los costes y los beneficios.

- E.14 La UE no tiene competencias legislativas para regular cuestiones relacionadas con la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. Sin embargo, esto no le impide promulgar directivas relativas al mercado que puedan tener y tengan profundas implicaciones en los costes y la organización de los sistemas sanitarios de los Estados miembros. Tampoco se abstiene de promover la cooperación entre los Estados miembros y la investigación en materia de medicina curativa de alta tecnología a través del programa Biomed de la DG XII.
- E.15 El estudio ha hallado argumentos sólidos en ambas partes del debate acerca de si la UE debe realizar estudios sobre los sistemas de sanidad y sobre la manera de llevarlo a cabo. Los profesionales de la sanidad pública suelen destacar la dificultad de asegurar que las cuestiones de atención sanitaria no condicionen la agenda de promoción/prevenición. Por otra parte se expresaron dudas acerca de la importancia efectiva y la eficiencia de la promoción de la salud. Muchos interlocutores coincidieron en la idea general de que el conocimiento de los sistemas sanitarios, y el impacto de los cambios que actualmente experimentan muchos de ellos, es rudimentario y mejoraría mucho con un estudio comparativo internacional. Para algunos es importante analizar a fondo el impacto de las directivas de mercado de la UE en los sistemas sanitarios y discutirlo con los Estados miembros por una parte de la Comisión responsable de promover, proteger y coordinar los intereses de los Estados miembros en este ámbito.
- E.16 La UE coexiste, a veces con dificultad, con otras instituciones internacionales que cuidan de la salud. En un intento de afirmar su autoridad en lo tocante a la sanidad, algunas veces ha dado la impresión de que quería “ir sola”. Muchos entrevistados ven la necesidad de aumentar la colaboración internacional basada en la experiencia de instituciones tales como la OCDE y la OMS, y que a su vez enriqueciera esta experiencia. La UE dispone de una ventaja comparativa en el ámbito de la política sanitaria europea gracias su acceso a la financiación y a los estudios orientados a la formulación de políticas aprovechando las experiencias de los Estados miembros. Otras organizaciones pueden ofrecer altos niveles de profesionalidad técnica, además del conocimiento específico, tanto por parte de la OMS como del Banco Mundial, de los países de Europa central y oriental. Las colaboraciones han de basarse en una definición clara de las funciones respectivas en el desarrollo de las futuras políticas sanitarias internacionales.
- E.17 No hay razón para pensar que la estructura básica de la política sanitaria de la UE, descrita anteriormente, vaya a ser alterada por la ampliación. La ampliación quizá altere la prioridad de los temas centrados en enfermedades, pero lo más probable es que aumente la necesidad de que la sanidad se integre con los temas ambientales. Puede que exacerbe la noción implícita de que la política sanitaria de la UE debería orientarse en especial a las poblaciones con un nivel sanitario más bajo o con menos acceso a los servicios sanitarios. Esto es muy difícil de conseguir con un programa (antes que una ayuda) de salud pública, y sería bueno debatir la conveniencia y las implicaciones de una política sanitaria comunitaria más sensible para con las regiones. Las desigualdades en materia de salud deberían tratarse en el marco de las orientaciones políticas centradas en las privaciones sociales y económicas como factor explicativo de las desigualdades de salud. Sin embargo, la respuesta tiene múltiples facetas y sirve de nuevo para acentuar la importancia de las políticas europeas integradas.
- E.18 Al amparo de los programas existentes se han establecido una gran variedad de circuitos. Abarcan colaboraciones basadas en proyectos, colaboraciones de los miembros ejecutivos

de los sistemas sanitarios de los Estados miembros y circuitos de organizaciones no oficiales. La composición de los circuitos suele reflejar su función, desde acciones ejecutivas (p.ej., en el control de enfermedades) hasta el asesoramiento o la defensa de intereses. No siempre queda claro hasta qué punto los circuitos voluntarios se relacionan con los sistemas sanitarios oficiales de los Estados miembros y sus desarrollos políticos o con los sectores de voluntariado, como tampoco se sabe a ciencia cierta hasta qué punto los circuitos constituyen un nivel suplementarios de la burocracia europea que está más pendiente de Bruselas que de mantener una eficaz colaboración con los Estados miembros. Parte del desarrollo estratégico de un programa específico de salud pública debe abarcar una visión más clara de los escenarios/arenas a los que hay que apuntar y de las alianzas y asociaciones que deben promoverse. Una alternativa más específica sería la de desarrollar interfaces directas entre la DG V/F y las representaciones de los Estados miembros, y parte del desarrollo futuro de la Unidad de Salud Pública de la UE debería ser la adquisición de conocimientos específicos de cada país. La promoción de la salud, entendida como educación para la salud, y un estilo de promoción extensiva abrirían paso a una nueva promoción “interna” encaminada a fomentar el desarrollo de una política de alta calidad a través de los programas financiados y del lugar que ocupa la salud pública en la Comisión.

- E.19 La UE no sólo debería invertir tiempo en buscar el modo de aumentar sus presupuestos de financiación, sino también en la manera de invertir los presupuestos existentes de forma más selectiva y eficaz. Un aumento de los presupuestos administrativos es esencial para conseguir el refuerzo de la competencia actual.

#### ***Futura organización de la Política Sanitaria en la Comisión***

- E.20 La política sanitaria debe ubicarse en Bruselas, más que en Luxemburgo, para aprovechar cualquier oportunidad de integración con otras áreas políticas<sup>1</sup>.
- E.21 Parece poco probable que pueda justificarse en términos presupuestarios el establecimiento de la sanidad como una DG independiente, aunque a menudo se haya planteado como un objetivo deseable. Más exactamente, ello limitaría a la sanidad, una típica actividad transversal, al integrarla en una clásica estructura vertical. El solapamiento con la DG XXIV es insuficiente para justificar una fusión entre los temas tradicionales de salud pública de la DG V/F y los asuntos de protección del consumidor. Buena parte de los temas de la DG XXIV pueden resolverse internamente y sin una visión estratégica de la sanidad. Lo mismo puede decirse de la DG XI, aunque el solapamiento de temas es mucho mayor y existe una mayor necesidad de tener a expertos en sanidad trabajando junto a expertos en medio ambiente.
- E.22 Una opción, que podría considerarse un buen ejercicio de técnicas modernas de administración, es la de mantener en la estructura actual los aspectos centrales de la salud pública, pero la DG V/F debería integrarse mucho más con las direcciones de asuntos sociales de la DG V. Ésta, a su vez, debería ampliar su campo de acción para incluir la nueva agenda social de epidemiología y desigualdades sanitarias. Una unidad de “estilos

---

<sup>1</sup> Sin embargo, una Decisión del 8 de abril de 1965 establece que “La Dirección de Protección de la Salud **deberá** estar ubicada en Luxemburgo.” (DO 152 13/7/67) - (Instrumentos seleccionados tomados de los Tratados, Tomo I, p.783). Esta Decisión fue confirmada en la Cumbre de Edimburgo de diciembre de 1992.

de vida” debería incorporarse a los asuntos de protección del consumidor y una Unidad de “salud ambiental” a la DG XI. Ambas unidades recurrirían a un equipo avanzado de expertos de la salud pública de la DG V. Esto supone que la actual estructura de la Comisión parlamentaria continuaría igual, cosa que quizá ya no sea así después de las elecciones de 1999. El principal problema de esta redistribución es que resulta sumamente difícil sacarla adelante con garantías de éxito.

- E.23 Una versión menos ambiciosa de esta opción consistiría en integrar la salud pública con asuntos sociales, pero recurriendo a los equipos existentes para las consultas entre servicios de otras DG. Una Unidad Operativa especial sería la responsable de seguridad y control sanitario, ocupándose de aspectos tales como las enfermedades de notificación obligatoria, vacunas y amenazas ambientales inmediatas.
- E.24 Esta opción destaca la importancia de un liderazgo eficaz y con visión de futuro y de un cuadro suficientemente amplio de expertos en sanidad pública, bien calificados e influyentes, capaces de sacar adelante las políticas de la UE en esta materia. A su vez, esto implica una revolución en las prácticas de reclutamiento por parte de la Comisión.

**POLITIQUE DE SANTÉ DE L'UNION EUROPÉENNE  
À LA VEILLE DU 3<sup>E</sup> MILLÉNAIRE**

**ÉTUDE DE FOND POUR  
L'AUDITION PUBLIQUE SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ**

**28 octobre 1998**

**- SYNTHÈSE -**





### **Objectif, cadre et méthodologie de l'étude**

- E.1 Ce rapport expose les résultats d'une étude sur la politique de santé de l'Union européenne. Cette étude avait été commanditée par la Commission pour l'environnement, la protection des consommateurs et la santé publique du Parlement européen et a été réalisée entre juillet et septembre 1998. La Commission demandait un rapport faisant le point sur les questions à examiner en vue de son Audience publique sur la politique de santé de l'Union européenne du 28 octobre 1998.
- E.2 L'étude porte sur trois principaux groupes de problèmes. Elle évalue la rentabilité des programmes existants, la représentation des intérêts des États membres et l'attention portée par ces programmes à la question de la subsidiarité. Elle est axée sur les quatre programmes figurant dans le dispositif cadre actuel (1993) qui ont été mis en oeuvre à ce jour : cancer, SIDA et maladies transmissibles, toxicomanie et promotion de la santé, ainsi que le programme de suivi de la santé qui vient de démarrer. Tous ces programmes ont été mis en oeuvre selon un schéma commun qui consiste à établir ou renforcer les réseaux ou les collaborations à l'échelle européenne et à financer de projets soumis par des chercheurs.
- E.3 Considérant l'impossibilité d'un examen minutieux de tous les réseaux et projets dans les délais impartis, l'étude s'est fixé pour objectif d'explorer la structure des programmes à la lumière des solutions actuelles les plus efficaces en matière de gestion de la recherche. Ces solutions impliquent l'adoption de méthodes plus stratégiques et dynamiques, avec une définition claire des objectifs et des résultats opérationnels, l'identification des lacunes dans la recherche existante et l'obtention de résultats finals présentant un intérêt pour l'utilisateur, avec des implications précises en matière de politique à suivre. L'étude a recherché ces éléments dans les programmes existants. Elle s'est intéressée expressément à la définition de la « valeur ajoutée européenne » et a cherché à savoir si les projets sélectionnés étaient en mesure de l'offrir. Elle a également tenté d'identifier les procédures utilisées pour évaluer la rentabilité des dépenses lors de l'examen des offres de recherche. Elle a étudié le rôle des réseaux dans le développement des politiques et leur efficacité en tant qu'outils de mise en oeuvre de ces politiques.
- E.4 Un deuxième groupe de questions stratégiques concernait la manière dont la politique européenne devrait se développer à l'avenir, notamment à la lumière de l'Agenda 2000 et de l'élargissement possible de l'Union européenne. Une question spécifique concernait la pertinence d'une approche basée sur la maladie.
- E.5 Enfin, l'étude se devait de considérer l'organisation future des fonctions de politique de santé de l'Union européenne au sein de la Commission, eu égard notamment à la DGXXIV.
- E.6 En raison des délais et des contraintes de calendrier, cette étude s'est appuyée principalement sur des méthodes de collecte d'informations efficaces et souples, c'est-à-dire des entretiens semi-structurés et une brève recherche documentaire dans chacun des domaines abordés. Ces entretiens, au nombre de 55, ont fait intervenir des organisations et réseaux internationaux à l'échelle européenne, y compris des spécialistes internationaux de chacun des secteurs couverts par les programmes de l'Union européenne. Ils ont été

complétés par des entretiens avec des représentants des États membres appartenant aux comités officiels des programmes, notamment britanniques et finlandais. L'avant-projet de rapport a été examiné par plusieurs médecins spécialisés de la santé publique et/ou représentants des États membres qui connaissent bien les programmes de santé de l'Union européenne, mais n'ont pas participé aux entretiens.

### **Résultats de l'examen des programmes**

E.7 L'étude a identifié plusieurs projets subventionnés par l'Union européenne qui sont particulièrement représentatifs de travaux pouvant être réalisés de manière efficace au niveau international. Ils comprennent :

- l'enquête prospective européenne sur le cancer et la nutrition (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition - EPIC) menée par l'Agence internationale de recherche sur le cancer,
- la promotion et la mise à niveau des registres du cancer,
- les réseaux de surveillance des maladies transmissibles,
- l'épidémiologie de l'abus de drogues entreprise par le Centre européen pour la drogue et la toxicomanie,
- la collecte de statistiques internationales sur l'incidence du VIH et du SIDA entrepris par le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA.

La valeur ajoutée à l'échelle internationale de ces projets provient de :

- l'importance de la taille des échantillons pour les résultats,
- la capacité à construire et à tester des hypothèses résultant de la diversité géographique de l'Union européenne et de la valeur explicative des analyses comparatives,
- la normalisation des données.

E.8 En outre, ces projets se caractérisent par une bonne compréhension, en termes stratégiques, de leur rôle dans chaque domaine spécifique et le recours à des experts de haut niveau pour la conception et la mise en oeuvre.

E.9 Il semble probable qu'une fourchette plus large d'études basées sur les maladies, les populations, les risques et les politiques menées serait également profitable au niveau international et que toutes les possibilités ne sont pas exploitées. Une réponse appropriée de l'Union européenne, à travers ses programmes de subventions, serait la promotion d'activités extrêmement ciblées, sélectionnées en fonction de leur valeur ajoutée, telle que définie ci-dessus. L'ajout de données de coûts et de critères explicites de rentabilité aiderait à établir une priorité entre ces projets dans le but d'optimiser le portefeuille d'investissements. Si la charge que constitue la maladie doit constituer un déterminant important de son statut, le fait qu'elle soit couverte par d'autres travaux internationaux, ainsi que sa "rareté" doivent également figurer parmi les déterminants de la valeur ajoutée européenne.

- E.10 La majorité des projets financés dans le cadre des programmes existants ne semblent pas avoir été sélectionnés conformément à ces critères techniques de « valeur ajoutée internationale ou européenne ». Au lieu de cela, la Commission utilise le « nombre de collaborateurs » comme critère principal. Il en résulte que, s'ils ont pu s'avérer profitables dans les cas de collaborations réussies à long terme, ils semblent inclure de nombreux projets qui auraient pu être réalisés au niveau national.
- E.11 Certaines critiques très spécifiques s'adressent à tous les programmes. Elles concernent le manque de planification stratégique ; l'absence d'objectifs détaillés avec des moyens de mise en oeuvre ; un processus de sélection auquel il manque la rigueur d'un examen par des pairs et qui est fortement concentré entre les mains de la Commission ; un certain flou quant aux méthodes de diffusion des rapports de projets. Il existe une grande confusion en ce qui concerne la distinction entre la recherche pure et la recherche en vue d'applications immédiates et, par conséquent, au sujet des rôles respectifs de la DGV/F et de la DGXXII. La rigidité des programmes est particulièrement frappante : les compétences de la Commission sont arrêtées dans un acte d'habilitation puis mises en oeuvre telles qu'elles ont été arrêtées. Il semble que peu de place soit laissée au développement d'une politique, qui est du ressort d'une unité séparée de la DGV/F. Le rapprochement entre les programmes et l'élaboration des politiques au sein de la DGV/F semble se faire au cas par cas, de manière aléatoire.
- E.12 L'éducation sanitaire directe a été considérée comme une activité particulièrement inappropriée au niveau européen, précisément en raison de la diversité culturelle et géographique des populations des États membres.

### ***Évolution future de la politique de santé de l'Union européenne***

- E.13 Outre ses activités de financement actuelles, l'Union européenne agit dans d'autres domaines politiques qui ont une incidence directe sur la santé. Traditionnellement, ceux-ci comprennent les problèmes dits de "mode de vie", qui impliquent notamment les incitations contraires à une diététique saine de la Politique agricole commune. Celles-ci comprennent les primes à la production de tabac, les primes à la production d'aliments riches en graisse animale et la destruction des surplus de fruits et légumes, connus pour leurs propriétés notables de protection contre certaines maladies, dont le cancer. D'autres secteurs importants englobent une série de problèmes d'environnement relatifs à la production de déchets, à la qualité de l'eau, à l'utilisation de la terre, à la qualité de l'air, aux sources d'énergie et aux modifications globales du milieu naturel. Le moteur principal de la politique de santé de l'Union européenne à l'avenir, ainsi que son activité fondamentale de promotion de la santé, devraient être le développement d'une action multidisciplinaire dans ces domaines, à laquelle participeraient des professionnels de la santé dûment qualifiés et l'intégration de l'évaluation de l'impact sur la santé des politiques menées. Ceci devrait comprendre l'élaboration d'indicateurs d'impact de l'environnement sur la santé. L'évaluation de l'impact sur la santé viserait à rendre explicites les effets sur la santé des diverses politiques et de permettre d'évaluer les coûts et des rééquilibrages à effectuer.
- E.14 L'Union européenne n'est pas compétente pour donner des directives en matière d'organisation des services de santé et de délivrance des soins. Toutefois, ceci ne lui interdit pas d'adresser des directives liées au marché qui peuvent avoir, et ont, des répercussions considérables sur les coûts et l'organisation des systèmes de soins des États

membres. Cela ne l'empêche pas non plus de promouvoir la coopération entre les États membres, ainsi que la recherche sur la médecine curative de haute technologie par l'intermédiaire du programme Biomed de la GD XII.

- E.15 Des opinions fortement opposées se sont exprimées sur la question de savoir si, et jusqu'où, l'Union européenne doit développer l'étude des systèmes de soins. Les praticiens de la santé publique ont insisté sur la difficulté d'éviter que les questions de santé publique prennent le pas sur les programmes de prévention/promotion. À l'inverse, beaucoup ont exprimé leur scepticisme quant à la pertinence et à la rentabilité de la promotion de la santé. De nombreux commentateurs étaient plutôt d'accord avec l'idée que la connaissance des systèmes de santé et de l'impact des modifications dont beaucoup d'entre eux font actuellement l'objet est rudimentaire et bénéficierait largement d'une étude comparative à l'échelle internationale. D'autres ont pensé qu'il était important que l'incidence des directives de l'Union européenne concernant le marché sur les systèmes de santé soit clairement analysée et discutée avec les États membres par une division de la Commission en charge de la promotion, de la protection et de la coordination des intérêts des États membres dans ce domaine.
- E.16 L'Union européenne coexiste, parfois difficilement, avec d'autres institutions internationales de santé publique influentes. Dans sa tentative d'affirmation de son autorité en matière de santé, elle a parfois donné l'impression de vouloir « faire cavalier seul ». Parmi les personnes interrogées, beaucoup ont compris la nécessité d'une collaboration internationale renforcée qui soutiendrait et tirerait parti de l'expertise d'institutions telles que l'OCDE et l'OMS. L'Union européenne possède comparativement un avantage en matière de politique de santé européenne par son accès au financement et, grâce à l'expertise des États membres, à des études en vue de définir ses orientations. D'autres organisations offrent des compétences techniques de haut niveau, en plus des connaissances spécifiques à chaque pays que possèdent l'OMS et la Banque Mondiale sur les pays d'Europe Centrale. Pour toute collaboration, il est nécessaire de définir clairement les rôles respectifs dans le développement des futures politiques de santé internationales.
- E.17 Il n'y a aucune raison évidente de penser que l'élargissement entraînerait la modification de la structure de base de la politique de santé de l'Union européenne décrite ci-dessus. S'il est vrai que l'élargissement pourrait changer l'ordre de priorité des maladies prises en compte, il risque surtout de renforcer le besoin d'intégrer les problèmes de santé aux problèmes d'environnement. Il pourrait exacerber le sentiment implicite que la politique de santé de l'Union européenne devrait s'adresser particulièrement aux populations dont l'état de santé est le plus mauvais et/ou pour lesquelles l'accès aux soins est le plus difficile. Ceci est extrêmement difficile à réaliser par le biais d'un programme de santé publique (plutôt qu'un programme d'aide) et il est nécessaire de débattre de l'opportunité et des implications d'une politique de santé européenne plus régionalisée. Les inégalités en matière de santé doivent être traitées dans le cadre de l'élaboration de politiques qui s'intéressent aux carences sociales et économiques relatives comme facteur explicatif de ces inégalités. La réponse, cependant, présente de multiples facettes et permet une fois de plus d'insister sur l'importance de politiques européennes intégrées.
- E.18 Une variété de réseaux ont été mis en place dans le cadre des programmes existants. Ceux-ci impliquent des collaborations basées sur des projets, des collaborations entre responsables des systèmes de santé des États membres, ainsi que des réseaux

d'organisations non officielles. La composition des réseaux tend à refléter leur rôle, de l'action concrète (ex. surveillance des maladies) à l'exercice de pressions, en passant par un rôle consultatif. Les relations des réseaux privés avec les systèmes de santé officiels et les politiques des États membres ou avec le secteur bénévole des États membres ne sont pas toujours claires ; de même, il n'est pas toujours évident de déterminer dans quelle mesure les réseaux constituent un niveau supplémentaire de bureaucratie européenne centralisée et ciblée sur Bruxelles ou permettent l'exercice d'un partenariat efficace avec les États membres. Le développement stratégique d'un programme de santé publique ciblé doit impliquer une définition claire des milieux/secteurs à privilégier ainsi que des alliances et partenariats à promouvoir. Une solution plus ciblée serait le développement d'interfaces directes entre la DGV/F et les représentants des états membres, et l'acquisition de compétences spécifiques à chaque pays devrait faire partie du développement futur de l'unité de santé publique de l'Union européenne. La promotion de la santé sous sa définition actuelle, à savoir éducation sanitaire et plaidoyer tourné vers l'extérieur, devrait laisser la place à un plaidoyer "interne" visant à promouvoir le développement d'une politique de qualité par l'intermédiaire des programmes subventionnés et de la position de la santé publique au sein de la Commission.

- E.19 L'Union européenne ne devrait pas tant chercher à augmenter ses budgets de subvention, mais plutôt à dépenser les fonds existants de manière plus sélective et plus efficace. L'augmentation des budgets administratifs est indispensable pour l'amélioration des compétences existantes.

### *Organisation future de la politique de santé dans la Commission*

- E.20 Les organes chargés de la politique de santé doivent être situés à Bruxelles plutôt qu'à Luxembourg si l'on veut que cette politique ait une chance d'être intégrée à d'autres domaines<sup>1</sup>.
- E.21 L'institution d'une DG séparée dédiée à la santé, quoi que souvent présentée comme un objectif souhaitable, ne semble guère justifiée en terme de budgets. Plus pertinemment, cela confine la santé, exemple de domaine interdisciplinaire, dans une structure verticale classique. La frange commune avec la DGXXIV est insuffisante pour justifier une fusion entre les affaires de santé publique traditionnelles de la DGV/F et les affaires liées aux consommateurs. La majorité des affaires de la DGXXIV peuvent être traitées de manière autonome et sans surveillance stratégique de la santé. Il en va de même pour la DGXI, bien que le chevauchement des domaines concernés soit plus important et qu'il existe un besoin de collaboration entre les spécialistes de la santé publique et les environnementalistes.
- E.22 Une des solutions qui permettrait une meilleure utilisation des techniques de gestion modernes serait de maintenir les questions centrales de santé publique dans la structure actuelle, mais d'associer plus étroitement la DGV/F et les directions des affaires sociales de la DGV. Ceci permettrait d'étendre leurs compétences pour inclure le nouveau programme social sur l'épidémiologie de santé publique et les inégalités en matière de

---

<sup>1</sup> Cependant, une Décision du 8 avril 1965 déclare que "La Direction pour la protection de la santé **doit** se trouver à Luxembourg" (JO 152 du 13/7/67) - (Actes sélectionnés tirés des Traités, Livre 1, p.783). Cette décision a été confirmée au Sommet d'Édinbourg en décembre 1992.

santé. Une unité "Modes de vie" serait incorporée aux affaires liées aux consommateurs et une unité "Santé environnementale" à la DGXI. Les deux unités désignées feraient appel à du personnel de santé publique spécialisé transféré de la DGV. Cette solution part du principe que la structure actuelle des commissions au Parlement reste inchangée, ce qui pourrait ne pas être le cas après les élections de 1999. Le problème principal de ce type d'organisation est qu'elle est extrêmement difficile à gérer.

- E.23 Une version moins ambitieuse de cette option consisterait à placer la santé publique avec les affaires sociales, et à tirer parti des dispositions existantes pour la consultation inter-service avec les autres DG. Une unité opérationnelle spéciale serait responsable de la sécurité sanitaire et des contrôles, couvrant des questions telles que les maladies transmissibles, les vaccins et les menaces immédiates pour l'environnement.
- E.24 Cette option souligne l'importance d'une conduite clairvoyante et efficace, ainsi que d'un encadrement suffisamment large d'experts de la santé publique qualifiés et influents capables d'avoir un impact sur l'ensemble des politiques européennes concernées. Ce qui nécessitera à terme une révolution dans les pratiques de recrutement de la Commission.

**POLITICA SANITARIA DELL'UNIONE EUROPEA  
ALL'ALBA DEL NUOVO MILLENNIO**

**STUDIO PRELIMINARE PER  
LA AUDIZIONE PUBBLICA SULLA POLITICA SANITARIA**

**28 Ottobre 1998**

**- SINTESI -**





**Scopo, termini di riferimento e metodologia di studio**

- E.1 La presente relazione illustra i risultati di uno studio sulla politica sanitaria dell'Unione europea. Lo studio è stato richiesto dalla commissione per l'ambiente, la tutela dei consumatori e la sanità pubblica del Parlamento europeo ed è stato condotto tra i mesi di luglio e settembre 1998. La commissione ha richiesto l'elaborazione di un documento sulle questioni emerse dallo studio destinato ad informare l'audizione pubblica sulla politica sanitaria dell'Unione europea il 28 ottobre 1998.
- E.2 Lo studio contempla tre serie principali di questioni. Esso valuta il rapporto costi/efficacia dei programmi esistenti e verifica se gli interessi degli Stati membri sono rappresentati in maniera adeguata e se i programmi prestano sufficiente attenzione alla questione della sussidiarietà.  
Lo studio si articola sui quattro programmi previsti dal quadro attuale (1993) e finora attuati: Cancro, AIDS e malattie trasmissibili, Abuso di droghe e Promozione della salute nonché il programma di monitoraggio della salute appena avviato. Tutti i programmi hanno seguito uno schema di attuazione comune, che prevede l'istituzione o il rafforzamento di reti o di cooperazioni a livello europeo e il finanziamento di progetti presentati da ricercatori.
- E.3 Data l'impossibilità pratica di analizzare tutte le reti e tutti i progetti nell'intervallo di tempo a disposizione, lo studio ha esaminato l'architettura dei programmi in riferimento alle migliori prassi di gestione della ricerca attualmente adottate. Queste ultime prevedono un'impostazione strategica sempre più orientata all'azione, che definisca obiettivi e risultati operativi precisi, identifichi le carenze negli attuali ambiti di ricerca e miri a produrre risultati finali significativi per l'utenza con chiare implicazioni per le politiche in materia. I programmi esistenti sono stati analizzati al fine di accertare la presenza dei suddetti elementi. In particolare, è stata esaminata la definizione della nozione di "valore aggiunto europeo" e si è verificato se i progetti siano stati selezionati in funzione della loro capacità di assicurarli. Lo studio ha inoltre cercato di identificare quali procedure siano disponibili per valutare le proposte di ricerca in funzione della loro capacità di offrire un buon ritorno dei fondi investiti e ha preso in considerazione il ruolo delle reti nella definizione delle politiche e la loro efficacia come strumenti di attuazione.
- E.4 Una seconda serie di questioni strategiche ha riguardato l'evoluzione che la politica dell'Unione europea dovrebbe seguire in futuro, in particolare alla luce di Agenda 2000 e nella prospettiva dell'ampliamento dell'Unione. In particolare, è stata esaminata la validità di un'impostazione basata sulle malattie.
- E.5 Infine, lo studio si è posto l'obiettivo di esaminare la futura organizzazione delle funzioni connesse alla politica sanitaria dell'Unione europea all'interno della Commissione, in particolare della DG XXIV.
- E.6 Tenuto conto delle scadenze e dei limiti di tempo, lo studio ha fatto ampio affidamento su metodi efficaci e flessibili di raccolta delle informazioni, ovvero interviste parzialmente strutturate ed una breve ricerca nella letteratura disponibile in ogni settore considerato. Le

interviste, 55 in tutto, sono state rivolte ad organizzazioni e reti internazionali attive a livello europeo nonché ad esperti internazionali in ciascuno dei settori contemplati dai programmi dell'Unione europea. Questa indagine è stata integrata con interviste rivolte ai rappresentanti degli Stati membri facenti parte dei comitati ufficiali di programma, in particolare nel Regno Unito e in Finlandia. Il progetto di relazione è stato sottoposto a revisione da parte di diversi professionisti e/o rappresentanti degli Stati membri esperti in materia di sanità pubblica, che conoscessero i programmi sanitari dell'UE ma non avessero preso parte alle interviste.

### ***Risultati dell'esame dei programmi***

E.7 Lo studio ha identificato diversi progetti finanziati dall'Unione europea che forniscono esempi particolarmente validi di attività che si possono realizzare con maggiore efficacia a livello internazionale. Tra questi figurano:

- l'analisi delle prospettive europee in materia di cancro e nutrizione (EPIC) realizzata dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro;
- la promozione e il miglioramento dei registri sul cancro;
- le reti di sorveglianza delle malattie trasmissibili;
- l'epidemiologia dell'abuso di sostanze curata dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze;
- la raccolta di dati statistici internazionali sull'incidenza dell'HIV e dell'AIDS realizzata dal Centro europeo di sorveglianza epidemiologica dell'AIDS.

Il valore aggiunto internazionale insito in questi progetti deriva da:

- importanza delle dimensioni del campione per i risultati cui pervengono;
- capacità di elaborare e verificare ipotesi derivanti dalla diversità geografica dell'UE e potere esplicativo delle analisi comparative;
- standardizzazione dei dati.

E.8 Inoltre, i progetti si distinguono per la buona comprensione strategica del loro ruolo in ogni singolo settore e per il ricorso a competenze tecniche di alto livello per le attività di definizione e attuazione.

E.9 Vi è motivo di ritenere che anche una serie più ampia di studi basati sulla malattia, sulla popolazione, sul rischio e correlati alle politiche in materia possa ottenere risultati proficui da una trattazione a livello internazionale e che non tutte le possibilità vengano sfruttate. Una risposta adeguata dell'UE attraverso il finanziamento di programmi potrebbe consistere nel promuovere attività ben mirate, selezionate in base alle definizioni di valore

aggiunto suindicate. L'integrazione di dati sui costi e di criteri espliciti basati sul rapporto costo/efficacia o costo/benefici contribuirebbe a stabilire l'ordine di priorità di questi progetti in un'ottica analoga a quella dell'ottimizzazione di un portafoglio di investimenti. L'importanza della malattia dovrebbe essere un elemento di primo piano per determinare la situazione di fatto, ma anche la trattazione da parte di altri studi internazionali e la "rarietà" devono figurare tra i fattori determinanti del valore aggiunto europeo.

- E.10 Gran parte dei progetti finanziati nel quadro dei programmi esistenti non sembra essere selezionata in base a tali criteri tecnici di "valore aggiunto internazionale o europeo". La Commissione usa piuttosto il "numero di collaboratori" come elemento decisivo. Ne risulta che i programmi hanno verosimilmente generato vantaggi operativi nel caso di collaborazioni proficue e di lunga durata, ma sembrano includere numerosi progetti che si sarebbero potuti attuare a livello nazionale.
- E.11 Diverse critiche molto specifiche sono comuni a tutti i programmi. Tra queste figurano: una scarsa pianificazione strategica, l'assenza di obiettivi circostanziati e resi operativi, una procedura di selezione che manca del rigore di un esame di esperti di livello adeguato ed è fortemente concentrata nelle mani della Commissione, metodi incerti di diffusione delle relazioni sui progetti. Vi è una notevole confusione in merito alla distinzione tra ricerca pura e studio orientato all'azione e di conseguenza tra i rispettivi ruoli della DG V/F e della DG XXII. La rigidità dei programmi è particolarmente sconcertante: le competenze della Commissione sono stabilite dallo strumento giuridico di agevolazione e poi espletate secondo quanto stabilito. I margini per la definizione delle politiche sembrano assai ridotti e questa attività viene distinta e affidata ad un'unità specifica della DG V/F. Districarsi tra i programmi e la definizione delle politiche all'interno della DG V/F si presenta come un compito ad hoc e fortuito.
- E.12 L'educazione sanitaria diretta è stata considerata un'attività particolarmente inadatta ad essere attuata su scala europea, precisamente a causa della diversità geografica e culturale tra le popolazioni degli Stati membri.

### ***Sviluppo futuro della politica sanitaria dell'Unione europea***

- E.13 Oltre alle sue attuali attività di finanziamento, l'Unione europea interviene nelle politiche di altri settori che hanno un'influenza diretta sulla sanità. Tradizionalmente esse implicano le cosiddette "questioni di stile di vita", che comportano, in particolare, i disincentivi alla dieta salutare contenuti nella politica agricola comune. Questi ultimi comprendono incentivi alla produzione di tabacco, incentivi alla produzione di alimenti ad alto contenuto di grassi animali e la distruzione delle eccedenze di frutta e ortaggi, i quali sono noti per fornire un'importante protezione contro tutta una serie di malattie tra cui il cancro. Gli altri settori interessati comprendono diverse questioni ambientali riguardanti i rifiuti, la qualità delle acque, l'utilizzazione del suolo, la qualità dell'aria, le fonti di energia, i trasporti e le modificazioni dell'ambiente globale. Il principale orientamento futuro della politica sanitaria dell'Unione europea, e la sua principale attività di promozione della salute, dovrebbe essere lo sviluppo di progetti multidisciplinari in questi settori, che prevedano la partecipazione di professionisti del settore sanitario in possesso di qualifiche adeguate e introducano la valutazione dell'impatto sulla salute nelle politiche. Si dovrebbe anche prevedere l'elaborazione di indicatori di salute ambientali. La valutazione dell'impatto

sulla salute dovrebbe essere finalizzata a rendere espliciti gli effetti delle politiche sulla salute nonché a valutare costi e benefici.

- E.14 L'Unione europea non ha competenza giuridica per indicare gli orientamenti da seguire per le questioni concernenti l'organizzazione e la prestazione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica. Questo tuttavia non le vieta di emanare direttive connesse al mercato che possono avere e che hanno implicazioni di vasta portata per i costi e per l'organizzazione dei sistemi di assistenza sanitaria degli Stati membri. Né le impedisce di promuovere la cooperazione tra gli Stati membri e la ricerca nel campo della medicina curativa ad alta tecnologia nel quadro del programma Biomed della DG XII.
- E.15 Lo studio ha incontrato fermi pareri da entrambe le parti del dibattito in merito a se e in quale misura l'UE dovrebbe promuovere studi sui sistemi di assistenza sanitaria. I professionisti del settore sanitario pubblico tendono ad evidenziare la difficoltà di assicurare che le questioni concernenti l'assistenza sanitaria non distolgano l'attenzione dall'agenda della prevenzione/promozione. Dall'altra parte, sono stati manifestati dubbi in merito alla reale rilevanza e all'efficacia delle attività di promozione della salute rispetto ai costi che esse comportano. Molti interlocutori hanno sostenuto che la conoscenza dei sistemi di assistenza sanitaria, e dell'impatto dei cambiamenti cui sono oggi sottoposti molti di essi, sia solo rudimentale e che studi comparativi condotti su scala internazionale apporterebbero un notevole miglioramento. Secondo alcuni è necessario che l'impatto delle direttive connesse al mercato sui sistemi sanitari dell'Unione europea sia oggetto di analisi approfondite e venga discusso con gli Stati membri dalla componente della Commissione responsabile per la promozione, la tutela e il coordinamento degli interessi degli Stati membri in questo contesto.
- E.16 L'Unione europea coesiste, talvolta a disagio, con altre influenti istituzioni sanitarie internazionali. Nel tentativo di asserire la propria autorità in materia di sanità, in alcune circostanze essa ha dato l'impressione di voler "agire da sola". Numerosi intervistati hanno rilevato la necessità di intensificare la collaborazione internazionale, che potrebbe non solo avvalersi ma anche sostenere le competenze di istituzioni quali l'OCSE e l'OMS. L'Unione dispone di un vantaggio relativo nel campo della politica sanitaria europea dovuto alla possibilità di accedere a finanziamenti e, attraverso le competenze degli Stati membri, a studi orientati alle politiche. Altre organizzazioni possono offrire elevati livelli di competenza tecnica, che si aggiungono alla conoscenza specifica dei paesi da parte dell'OMS e della Banca mondiale in relazione ai paesi dell'Europa centrale e orientale. Le collaborazioni devono prevedere una precisa definizione dei rispettivi ruoli nella formulazione delle future politiche sanitarie internazionali.
- E.17 Non vi sono ragioni palesi per cui l'ampliamento dovrebbe provocare un'alterazione della struttura di base delle politiche sanitarie dell'UE descritta in precedenza. L'ampliamento può alterare l'ordine di priorità delle tematiche connesse alle malattie, ma è più probabile che amplifichi la necessità di integrare le questioni sanitarie con quelle ambientali. Esso può esacerbare la sensazione implicita che la politica sanitaria dell'UE debba essere congegnata tenendo specificamente conto delle popolazioni che presentano condizioni sanitarie sfavorevoli e/o carenze di accesso ai servizi sanitari. È assai difficile agire in tal senso mediante un programma di sanità pubblica (anziché con l'erogazione di aiuti) ed è necessario esaminare se l'adozione di una politica sanitaria dell'Unione europea sensibile ai contesti regionali sia auspicabile e quali siano le conseguenze di una siffatta decisione.

Le disuguaglianze in campo sanitario devono essere affrontate nell'ambito della formulazione di politiche, prestando attenzione alle privazioni sociali ed economiche in quanto fattori in grado di spiegare le disuguaglianze in campo sanitario. La risposta, tuttavia, presenta molteplici aspetti ed anche in questo caso serve ad evidenziare l'importanza di politiche integrate dell'Unione europea.

- E.18 Nell'ambito degli attuali programmi sono state costituite diverse reti, che prevedono collaborazioni nell'ambito di progetti, collaborazioni tra funzionari esecutivi dei sistemi sanitari degli Stati membri e reti di organizzazioni non regolamentari. La composizione delle reti tende a rifletterne il ruolo, che varia dall'azione esecutiva (per es., sorveglianza delle malattie) alle attività di consulenza e di lobby. Il modo in cui le reti di volontariato si rapportano con i sistemi sanitari previsti dalla legge degli Stati membri e la definizione delle politiche o con il volontariato a livello nazionale non sempre è chiaro; né è sempre evidente fino a che punto le reti costituiscano un ulteriore livello di burocrazia europea accentrata e concentrata a Bruxelles anziché favorire cooperazioni proficue tra gli Stati membri. Lo sviluppo strategico di un programma ben mirato di sanità pubblica deve prevedere una chiara identificazione dei contesti/settori cui va rivolto nonché delle alleanze e delle cooperazioni da promuovere. Un'alternativa più specifica potrebbe prevedere un interfacciamento diretto tra la DG V/F e i rappresentanti degli Stati membri mentre le attività future dell'Unità per la sanità pubblica dell'Unione europea dovrebbero comprendere l'acquisizione di competenze specifiche su ogni paese. La promozione della salute definita come educazione sanitaria e modalità di sostegno ad ampio raggio dovrebbero dare la precedenza ad un nuovo tipo di sostegno "interno", mirato a promuovere la formulazione di politiche di alta qualità attraverso i programmi finanziati e l'influenza della Commissione in materia di sanità pubblica.
- E.19 L'Unione europea non dovrebbe tanto cercare di incrementare i fondi destinati ai finanziamenti quanto erogare i fondi disponibili in maniera più selettiva ed efficace. Un incremento della dotazione per le attività amministrative è essenziale per migliorare le attuali competenze.

### ***Organizzazione futura della politica sanitaria all'interno della Commissione***

- E.20 La politica sanitaria deve essere decisa a Bruxelles e non a Lussemburgo perché si possa realizzare un'integrazione con le politiche di altri settori<sup>1</sup>.
- E.21 Sembra improbabile che l'istituzione di una DG distinta per la sanità, benché spesso caldeggiata come obiettivo auspicabile, possa essere giustificata in termini di bilancio. Più in particolare, tale decisione confinerebbe la sanità, che prevede un'agenda tipicamente trasversale, nell'ambito di una struttura tipicamente verticale. Non vi è sufficiente sovrapposizione con la DG XXIV per giustificare una fusione tra le attività tradizionali della DG V/F nel campo della sanità pubblica e la tutela dei consumatori. Gran parte delle attività della DG XXIV si possono affrontare in modo autonomo e senza supervisione sanitaria strategica. Lo stesso vale per la DG XI, sebbene sussista una maggiore

---

<sup>1</sup> Tuttavia, una decisione dell'8 aprile 1965 afferma che "La direzione della protezione sanitaria è installata a Lussemburgo." (GU 152, 13.7.67) - (Strumenti selezionati estratti dai Trattati, Vol. I, pag. 783). Questa decisione è stata riconfermata dal Vertice di Edimburgo nel dicembre 1992.

sovrapposizione di tematiche e una necessità di promuovere una collaborazione tra esperti in materia di salute e ambientalisti.

- E.22 Una possibile soluzione, per cui è indispensabile fare ricorso alle migliori tecniche moderne di gestione, consiste nel mantenere le questioni fondamentali concernenti la sanità pubblica nell'ambito della struttura attuale, prevedendo però una più stretta integrazione della DG V/F con le direzioni competenti in materia di affari sociali della DG V. Questo dovrebbe a sua volta ampliare la loro sfera di azione in modo da comprendere la nuova agenda sociale dell'epidemiologia della sanità pubblica e delle disuguaglianze in materia di salute. Si dovrebbe istituire un'unità "Stili di vita" nell'ambito della tutela dei consumatori e un'unità "Salute ambientale" in seno alla DG XI. Entrambe le unità potrebbero avvalersi di personale specializzato in materia di sanità pubblica, distaccato dalla DG V. Questo presuppone che l'attuale struttura delle commissioni parlamentari resti invariata, situazione che potrebbe invece mutare in seguito alle elezioni del 1999. Il problema principale di questa soluzione è che risulta estremamente difficile gestirla in maniera efficace.
- E.23 Una versione meno ambiziosa di questa soluzione consiste nel collocare la sanità pubblica negli affari sociali, utilizzando però le strutture esistenti per le consultazioni tra i diversi servizi con altre DG. Un'apposita unità operativa sarebbe responsabile della sicurezza e del controllo della salute e si occuperebbe di problemi quali le malattie trasmissibili, le vaccinazioni e i rischi ambientali immediati.
- E.24 Questa soluzione evidenzia la necessità di una leadership lungimirante ed efficiente e di un gruppo sufficientemente ampio di esperti ben qualificati ed influenti in materia di sanità pubblica, in grado di esercitare un impatto sull'intera serie di politiche dell'Unione europea in materia. Questo richiederebbe a sua volta una modifica radicale delle procedure di reclutamento della Commissione.

**HET GEZONDHEIDSBELEID VAN DE EUROPESE UNIE**

**AAN DE VOORAVOND HET MILLENNIUM**

**EEN ACHTERGRONDSTUDIE**

**VOOR DE OPENBARE HOORZITTING OVER HET GEZONDHEIDSBELEID**

**28 Oktober 1998**

**- SAMENVATTING -**





***Het doel, de taakomschrijving en de methodiek van de studie***

- E.1 In dit verslag worden de resultaten neergelegd van een studie naar het gezondheidsbeleid van de Europese Unie. De studie is in de periode juli-september 1998 uitgevoerd in opdracht van de Commissie milieubeheer, volksgezondheid en consumentenbescherming van het Europees Parlement. De commissie had verzocht om een studiedocument met informatie voor de openbare hoorzitting over het gezondheidsbeleid van de Europese Unie op 28 oktober 1998.
- E.2 De studie behandelt drie voornamelijk reeksen vraagstukken. In de studie wordt beoordeeld of de bestaande programma's rendabel zijn, of de belangen van de lidstaten naar behoren worden behartigd en of er in het kader van de programma's voldoende aandacht wordt besteed aan het subsidiariteitsbeginsel.  
De studie was toegespitst op de vier programma's die in het huidige (1993) actiekader worden uitgevoerd: kanker, AIDS en besmettelijke ziekten, drugsverslaving en gezondheidsbevordering, alsook op het programma inzake gezondheidsmonitoring dat onlangs van start is gegaan. Bij de tenuitvoerlegging van deze programma's is er hetzelfde patroon gevolgd, namelijk Europese netwerken of samenwerkingsverbanden tot stand brengen en versterken en door onderzoekers voorgestelde projecten financieren.
- E.3 Aangezien het onmogelijk was alle netwerken en projecten binnen de beschikbare tijd in detail te onderzoeken, heeft men in het kader van de studie getracht de programma's te toetsen aan de huidige beste praktijken op het gebied van het onderzoeksbeheer. Deze bestaan in een toenemende pro-actieve, strategische benadering waarin operationele doelstellingen en resultaten duidelijk worden omschreven, de hiaten in het bestrijktgebied van het bestaande onderzoek worden vastgesteld en ernaar wordt gestreefd voor de gebruiker relevante eindresultaten te behalen met duidelijke implicaties voor het beleid. Er werd nauwkeurig nagegaan of de bestaande programma's over deze elementen beschikken. In het bijzonder werd er gekeken naar de omschrijving van het begrip "Europese meerwaarde" en of de projecten waren geselecteerd om hiertoe bij te dragen. Tevens trachtte men te bepalen welke procedures er zijn om offertes voor onderzoeken op juiste waarde te schatten. Gekeken werd naar de rol van netwerken bij beleidsontwikkeling en hun doeltreffendheid als instrumenten voor beleidsuitvoering.
- E.4 Een tweede reeks strategische vraagstukken had betrekking op de wijze waarop het EU-beleid zich in de toekomst moet ontwikkelen, in het bijzonder met het oog op Agenda 2000 en de mogelijke uitbreiding van de EU. Een specifieke vraag was of een op ziekten gebaseerde aanpak passend is.
- E.5 Ten slotte besteedde men in het kader van de studie aandacht aan de toekomstige organisatie van de functies met betrekking tot het gezondheidsbeleid van de EU in de Commissie, en DGXXIV in het bijzonder.
- E.6 Gezien de beperkte tijd die beschikbaar was, steunde de studie in grote mate op doeltreffende en flexibele informatieverzamelingsmethoden, en wel semi-gestructureerde interviews en een kort literatuuronderzoek op elk terrein. De interviews, 55 in totaal,

hadden betrekking op internationale organisaties en netwerken uit heel Europa, waaronder internationale deskundigen op elk van de actiegebieden van de EU-programma's. Deze interviews werden aangevuld met vraaggesprekken met vertegenwoordigers uit de lidstaten in officiële programmacomités, in het bijzonder uit het VK en Finland. Het ontwerpdocument werd herzien door enkele deskundige beroepsbeoefenaars op het gebied van de volksgezondheid en/of vertegenwoordigers uit de lidstaten die vertrouwd waren met de EU-programma's inzake gezondheid, maar niet bij de vraaggesprekken betrokken waren.

### *Resultaten van de kritische analyse van programma's*

E.7 In het kader van de studie werden enkele door de EU gesponsorde projecten vastgesteld die zeer goed voorbeelden zijn van werkzaamheden die zeer doeltreffend op internationaal niveau kunnen worden verricht. Deze zijn onder meer:

- het netwerk van Europese prospectieve studies over voeding en kanker (EPIC), geleid door het Internationaal Centrum voor kankeronderzoek;
- de bevordering en verbetering van de kankerregistratie;
- netwerken voor de surveillance van besmettelijke ziekten;
- epidemiologisch onderzoek naar het gebruik van verdovende middelen door het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving;
- de verzameling van internationale statistieken van de incidentie van HIV en AIDS door het Europees Centrum voor de Epidemiologische Controle van Aids.

De inherente internationale meerwaarde van de projecten vloeit voort uit:

- het belang van hun bevindingen van steekproefgrootte;
- het vermogen om hypothesen te ontwikkelen en te testen op grond van de geografische diversiteit van de EU en de door vergelijkende analyses geboden verklaringsgrond;
- de standaardisatie van gegevens.

E.8 Daarnaast worden de projecten gekenmerkt door een goed strategisch begrip van hun rol op elk specifiek gebied en door het gebruik van hoogwaardige technische deskundigenkennis voor opzet en uitvoering.

E.9 Het lijkt waarschijnlijk dat meerdere op ziekten, populaties of risicofactoren gebaseerde en met beleid samenhangende studies eveneens baat kunnen hebben bij een aanpak op internationaal niveau en dat niet alle mogelijkheden worden benut. Een passende reactie van de EU zou zijn in het kader van haar financieringsprogramma's zeer gerichte activiteiten te bevorderen die worden geselecteerd overeenkomstig de eerder gegeven definities van meerwaarde. Aanvullende gegevens over de kosten en expliciete criteria voor de rentabiliteitsberekening of kosten-batenanalyse zouden bijdragen tot het prioriteren van deze projecten in een aanpak die vergelijkbaar is met het optimaliseren van een portefeuille van investeringen. De totale omvang van een ziekte zou een belangrijke

determinant voor de status zijn, maar bestaande dekking door andere internationale werkzaamheden en “zeldzaamheid” moeten eveneens determinanten voor de EU-meerwaarde zijn.

- E.10 De meeste projecten die in het kader van de bestaande programma's worden gefinancierd, lijken niet te worden geselecteerd aan de hand van deze technische criteria voor "internationale of Europese meerwaarde". In plaats daarvan gebruikt de Commissie het "aantal deelnemers" als controlesleutel. Het resultaat is dat de programma's waarschijnlijk voordelen hebben opgeleverd bij langdurige en succesvolle samenwerkingsverbanden, maar hiertoe lijken vele projecten te behoren die op nationaal niveau konden worden uitgevoerd.
- E.11 De programma's hebben enkele zeer specifieke kritische punten gemeenschappelijk. Deze zijn onder meer: een gebrek aan strategische planning; het ontbreken van gedetailleerde en geoperationaliseerde doelstellingen; een selectieproces zonder strikte toepassing van intercollegiale toetsing en grotendeels in handen van de Commissie; onzekere methoden voor de verspreiding van projectverslagen. Er heerst veel verwarring over het verschil tussen zuiver onderzoek en actiegerichte studies en bijgevolg over de respectieve rollen van DGV/F en DGXXII. De starheid van de programma's is bijzonder opvallend: de bevoegdheden van de Commissie worden bepaald in het desbetreffende juridische instrument en vervolgens uitgevoerd zoals is uiteengezet. Er lijkt weinig ruimte te zijn voor beleidsontwikkeling die in een afzonderlijke eenheid van DGV/F wordt ondergebracht. De uitwisseling tussen programma's en beleidsontwikkeling in DGV/F lijkt enigszins ad hoc en op goed geluk plaats te vinden.
- E.12 Gezondheidsonderwijs werd gezien als een actie die bijzonder ongeschikt is om op Europees niveau uit te voeren, juist vanwege de geografische en culturele diversiteit van de bevolkingen van de lidstaten.

### ***Toekomstige ontwikkeling van het gezondheidsbeleid van de Europese Unie***

- E.13 Naast de huidige financieringsactiviteiten is de EU werkzaam op andere beleidsterreinen die in nauw verband staan met de gezondheid. Hierbij gaat het traditioneel om de zogenoemde “vraagstukken op het gebied van de levensstijl”, die vooral betrekking hebben op belemmeringen voor een gezonde voeding zoals vervat in het gemeenschappelijk landbouwbeleid. Deze zijn onder meer stimuleringsmaatregelen voor de tabaksproductie, stimuleringsmaatregelen voor de productie van voedingsmiddelen met een hoog gehalte aan dierlijk vet en de vernietiging van overschotten van fruit en groenten, waarvan bekend is dat zij een belangrijke bescherming bieden tegen verschillende ziekten, waaronder kanker. Andere belangrijke sectoren hebben onder meer betrekking op verschillende milieuvraagstukken inzake afvalproducten, waterkwaliteit, grondgebruik, luchtkwaliteit, energiebronnen, vervoer en veranderingen in het wereldmilieu. De voornaamste stuwkracht van het gezondheidsbeleid van de EU in de toekomst, en de voornaamste actie op het gebied van de gezondheidsbevordering, moet bestaan in de ontwikkeling van een multidisciplinaire benadering op deze terreinen, waarbij gekwalificeerde beroepsbeoefenaars op het gebied van de gezondheidszorg worden betrokken en de beoordeling van de gezondheidseffecten wordt opgenomen in het beleid. In dit verband moeten er tevens milieuhygiëne-indicatoren worden ontwikkeld. Het doel van de

beoordeling van de gezondheidseffecten zou zijn de gevolgen van beleidslijnen op de gezondheid te verduidelijken en de kosten en wisselwerking te evalueren.

- E.14 De EU heeft geen wettelijke bevoegdheid om regels te stellen voor de organisatie en de verlening van gezondheidsdiensten en medische zorg. Dit verhindert de EU evenwel niet marktgeoriënteerde richtlijnen vast te stellen die grote gevolgen (kunnen) hebben voor de kosten en de organisatie van de gezondheidszorgstelsels in de lidstaten. Evenmin laat zij na de samenwerking tussen lidstaten en het onderzoek naar technologisch geavanceerde curatieve geneesmiddelen te bevorderen via het programma Biomed van DGXII.
- E.15 Tijdens de studie werd men geconfronteerd met uitgesproken meningen in het debat over de vraag of en in hoeverre de EU onderzoeken naar gezondheidszorgstelsels moet verrichten. Vele beroepsbeoefenaars op het gebied van de volksgezondheid benadrukten dat het moeilijk was ervoor te zorgen dat vraagstukken op het gebied van gezondheidszorg niet te veel overheersten op de agenda voor preventie/bevordering. Anderzijds hadden velen twijfels over het belang en de rentabiliteit van gezondheidsbevordering. Vele commentatoren waren het ermee eens dat de kennis omtrent de gezondheidszorgstelsels en het effect van de veranderingen die vele gezondheidszorgstelsels nu ondergaan, zich in een beginstadium bevindt en veel baat zou hebben bij vergelijkend onderzoek op internationaal niveau. Enkelen achtten het van belang dat het effect van marktgeoriënteerde EU-richtlijnen op gezondheidsstelsels duidelijk werd geanalyseerd en met de lidstaten werd besproken door Diensten van de Commissie belast met de bevordering, bescherming en coördinatie van de belangen van de lidstaten op dit terrein.
- E.16 De EU treedt, soms stroef, op naast andere invloedrijke internationale gezondheidsorganisaties. In een poging om haar autoriteit op het gebied van gezondheid te doen gelden, heeft zij soms de indruk gewekt "alles op haar eentje te willen doen". Velen van de geïnterviewden meenden dat er behoefte was aan een grotere internationale samenwerking, waarbij gebruik wordt gemaakt van en steun wordt verleend aan de deskundigenkennis van instellingen zoals de OESO en de WGO. De EU heeft een betrekkelijk voordeel bij het Europese gezondheidsbeleid, via haar toegang tot financiering en beleidsgericht onderzoek, waarbij ze gebruik maakt van de deskundigenkennis van de lidstaten. Andere organisaties kunnen hoogwaardige technische deskundigenkennis bieden, naast de specifieke landenkennis van de WGO en de Wereldbank met betrekking tot Midden- en Oost-Europese landen. Bij de samenwerking moet de respectieve rol in de ontwikkeling van een toekomstig internationaal gezondheidsbeleid duidelijk worden omschreven.
- E.17 Er is geen duidelijke reden waarom de uitbreiding gepaard zou gaan met een verandering van de eerder beschreven basisstructuur van het gezondheidsbeleid van de EU. De uitbreiding kan het vaststellen van prioriteiten ten aanzien van met ziekten samenhangende vraagstukken wijzigen. Waarschijnlijker is echter dat de uitbreiding de noodzaak van de integratie van gezondheid in milieuvraagstukken zal vergroten. Zij zou het onuitgesproken gevoel kunnen versterken dat het gezondheidsbeleid van de EU vooral moet worden afgestemd op bevolkingen met een slechtere gezondheidstoestand en/of een slechtere toegang tot gezondheidsdiensten. Dit is zeer moeilijk te verwezenlijken via een volksgezondheidsprogramma (in plaats van een hulpprogramma). Verder moet er worden nagedacht over de wenselijkheid en de gevolgen van een Europees gezondheidsbeleid dat in grotere mate is afgestemd op regio's. Ongelijkheden in de gezondheidstoestand zouden

moeten worden aangepakt in het kader van beleidsontwikkelingen die zijn gericht op betrekkelijke sociale en economische tenachterstelling als verklarende factor voor de ongelijke gezondheidstoestand. Deze reactie heeft echter meerdere facetten en benadrukt opnieuw het belang van de geïntegreerde EU-beleidsvormen.

- E.18 Er zijn verschillende netwerken opgezet in het kader van de bestaande programma's. Deze omvatten projectgebonden samenwerkingsverbanden, samenwerkingen tussen leidinggevende personen van gezondheidsstelsels in de lidstaten en netwerken van niet wettelijk erkende organisaties. De samenstelling van de netwerken geeft vaak hun rol weer, zoals uitvoerende acties (bijvoorbeeld bij surveillance van ziekten), adviseren en lobbyen. Hoe de vrijwilligersnetwerken betrokken zijn bij officiële gezondheidsstelsels en beleidsontwikkeling in de lidstaten of bij de sector van het vrijwilligerswerk in de lidstaten, is niet altijd duidelijk. Ook is het niet altijd evident in hoeverre de netwerken veeleer een aanvullende Europese bureaucratie vormen die is gevestigd in en geconcentreerd op Brussel, dan succesvolle partnerschappen met de lidstaten tot stand brengen. De strategische ontwikkeling van een gericht volksgezondheidsprogramma moet ook een duidelijke visie op de doelgebieden en de te bevorderen allianties en partnerschappen omvatten. Een meer gericht alternatief zou zijn directe raakvlakken tussen DGV/F en de vertegenwoordigers van de lidstaten te ontwikkelen. De toekomstige ontwikkeling van de Eenheid volksgezondheid van de EU zou deels moeten worden gericht op de verwerving van op landen toegespitste deskundigenkennis. Gezondheidsbevordering, gedefinieerd als gezondheidsonderwijs en een verder reikende bemiddeling, moet de weg voorbereiden naar een "interne" bemiddeling, gericht op de bevordering van de ontwikkeling van een hoogwaardig beleid via gefinancierde programma's en van de positie van volksgezondheid binnen de Commissie.
- E.19 De EU moet de begrotingsgelden voor financieringen niet verhogen, maar ernaar streven de bestaande begrotingsgelden selectiever en effectiever te besteden. De verhoging van de begrotingsgelden voor administratieve activiteiten is noodzakelijk om de bestaande deskundigenkennis te kunnen uitbreiden.

### *Toekomstige organisatie van het gezondheidsbeleid in de Commissie*

- E.20 Het gezondheidsbeleid moet niet zozeer in Luxemburg als wel in Brussel worden gevestigd, zodat de integratie in andere beleidsvormen kans van slagen heeft<sup>1</sup>.
- E.21 Het lijkt onwaarschijnlijk dat één afzonderlijk DG voor volksgezondheid vanuit het oogpunt van de begroting kan worden gerechtvaardigd, ofschoon het vaak als een wenselijke doelstelling aan de orde komt. Belangrijker is dat de volksgezondheid, die verschillende beleidsterreinen raakt, zo wordt beperkt tot een klassieke verticale structuur. Er is onvoldoende overlapping met DGXXIV om een samensmelting van de traditionele werkzaamheden op het gebied van volksgezondheid van DGV/F met Consumentenbeleid te rechtvaardigen. Veel van de werkzaamheden van DGXXIV kunnen onafhankelijk worden verricht en zonder strategisch toezicht vanuit het oogpunt van de gezondheid.

---

<sup>1</sup> In een besluit van 8 april 1965 staat evenwel dat "de Directie Bescherming van de gezondheid te Luxemburg **wordt gevestigd**." (PB 152 13/7/67) - (Europese Unie: Verdragsteksten, Band 1, Deel 1, blz. 783). Dit besluit is opnieuw bevestigd tijdens de Top van Edinburgh van december 1992.

Hetzelfde geldt voor DGXI, hoewel hier sprake is van een grotere overlapping en er behoefte is aan de samenwerking tussen gezondheidsdeskundigen en milieudeskundigen.

- E.22 Een optie waarbij een beroep wordt gedaan op de beste praktijken op het gebied van moderne managementtechnieken, is de huidige structuur aan te houden voor de voornaamste volksgezondheidsvraagstukken, maar DGV/F in veel grotere mate te integreren in de directoraten sociale zaken van DGV. Hierdoor zou hun mandaat worden uitgebreid tot de nieuwe sociale agenda met betrekking tot epidemiologisch onderzoek naar volksgezondheid en ongelijkheden in de gezondheidstoestand. Er zou een Eenheid "Levensstijlen" worden ondergebracht in Consumentenbeleid en een Eenheid "Milieuhygiëne" in DGXI. Beide eenheden zouden gebruik maken van gedetacheerde personeelsleden van DGV, gespecialiseerd op het gebied van de volksgezondheid. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de bestaande structuur van commissies van het Parlement ongewijzigd blijft, wat misschien niet het geval zal zijn na de verkiezingen in 1999. Het voornaamste probleem van een dergelijke regeling is dat een succesvol beheer uiterst moeilijk is.
- E.23 Bij een minder ambitieuze benadering van deze optie zou volksgezondheid bij sociale zaken worden ondergebracht, maar met behoud van de bestaande mechanismen voor het overleg met andere DG's. Een speciale operationele eenheid zou worden belast met de veiligheid en de controle op het gebied van gezondheidsvraagstukken, waaronder vraagstukken zoals besmettelijke ziekten, vaccins en onmiddellijke milieugevaren.
- E.24 Bij deze optie ligt de nadruk op een vooruitziende en effectieve leiding en een voldoende groot kader van gekwalificeerde en gezaghebbende deskundigen op het gebied van de volksgezondheid, in staat om invloed uit te oefenen op alle relevante EU-beleidsvormen. Hiervoor is een radicale verandering in de aanwervingspraktijken van de Commissie noodzakelijk.

**A POLÍTICA DE SAÚDE DA UNIÃO EUROPEIA  
NA VIRAGEM DO MILÉNIO**

**ESTUDO DE ENQUADRAMENTO PARA A  
AUDIÇÃO PÚBLICA SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE**

**28 de Outubro de 1998**

**- SÍNTESE -**





***Finalidade, âmbito e metodologia do presente estudo***

- E.1 O presente relatório apresenta as conclusões de um estudo sobre a política de saúde da União Europeia. O estudo foi encomendado pela Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor do Parlamento Europeu, tendo sido realizado entre Julho e Setembro de 1998. A comissão solicitou um documento com uma síntese dos principais problemas, que servisse de ponto de partida para a Audição Pública sobre a Política de Saúde Pública da UE a realizar em 28 de Outubro de 1998.
- E.2 O estudo debruça-se sobre três conjuntos de questões fundamentais. Avalia o rácio custos-benefícios dos programas existentes, verifica se os interesses dos Estados-Membros estão adequadamente representados e se nos programas é concedida uma atenção suficiente à questão da subsidiariedade.
- O estudo concentrou-se nos quatro programas contidos no quadro actual (1993) de acção no domínio da saúde pública que foram implementados até à data: o Programa de acção das Comunidades Europeias contra o cancro, o Programa de acção comunitária relativo à prevenção da SIDA e de outras doenças transmissíveis, o Programa de acção comunitária no âmbito da prevenção da toxicodependência e o Programa de acção comunitária de promoção, informação, educação e formação em matéria de saúde, juntamente com o Programa de acção comunitária relativo à vigilância da saúde recentemente iniciado. Todos estes programas seguiram um padrão de execução comum, que consiste no estabelecimento ou no reforço de redes à escala europeia ou nas acções de colaboração e projectos de financiamento apresentados por investigadores.
- E.3 Perante a impraticabilidade de examinar todas as redes e projectos existentes no quadro cronológico actual, o estudo propôs-se investigar a concepção dos programas por referência às melhores práticas actuais de gestão da investigação. Estas consistem numa abordagem cada vez mais proactiva e estratégica, que define objectivos e resultados operacionais claros, identifica as lacunas existentes na cobertura da investigação e procura gerar resultados finais relevantes para os utilizadores, com implicações claras para as políticas a executar. O estudo procurou estes elementos nos programas existentes. Examinou especificamente de que modo o “valor acrescentado europeu” fora definido e se tinham sido seleccionados projectos capazes de obtê-lo. Procurou também identificar os procedimentos existentes para analisar a capacidade de optimização dos recursos dos projectos de investigação propostos para financiamento. Considerou o papel das redes no desenvolvimento das políticas e a sua eficácia como instrumentos de implementação daquelas.
- E.4 Um segundo conjunto de questões estratégicas dizia respeito ao modo como a política comunitária deve desenvolver-se no futuro, especialmente tendo em conta a Agenda 2000 e o possível alargamento da UE. Uma questão específica era a de saber se uma abordagem baseada na doença era ou não adequada.
- E.5 Por último, instava-se o autor do estudo a considerar a futura organização das funções de política de saúde da UE no seio da Comissão, com especial referência à DGXXIV.

- E.6 Tendo em conta o calendário e as limitações temporais, o estudo apoiou-se fortemente em métodos eficientes e flexíveis de recolha de informação, designadamente em entrevistas semi-estruturadas, e numa breve pesquisa bibliográfica em cada uma das áreas temáticas. As entrevistas, 55 no total, abrangeram organizações e redes internacionais de toda a Europa, incluindo especialistas internacionais em cada uma das áreas temáticas representadas nos programas da União. Estas entrevistas foram completadas por entrevistas com representantes dos Estados-Membros nos comités oficiais dos programas, em especial do Reino Unido e da Finlândia. O projecto de relatório foi revisto por vários especialistas no domínio da saúde pública e/ou representantes dos Estados-Membros familiarizados com os programas comunitários na área da saúde, mas que não tinham participado nas entrevistas.

### *Resultados da análise dos programas*

- E.7 O estudo identificou vários projectos patrocinados pela União Europeia que constituíam exemplos particularmente conseguidos do trabalho que pode ser feito com mais eficiência a nível internacional. Entre estes, incluem-se:

- a Investigação Prospectiva Europeia do Cancro e da Nutrição (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition - EPIC) dirigida pela International Agency for Research in Cancer (Agência Internacional de Pesquisa do Cancro).
- a promoção e o aperfeiçoamento dos registos relativos ao cancro.
- redes de vigilância das doenças transmissíveis.
- a epidemiologia do abuso de substâncias, empreendida pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, e
- a recolha de dados estatísticos internacionais sobre a incidência do HIV e da SIDA, empreendida pelo Centro Europeu de Controlo Epidemiológico da SIDA.

O valor acrescentado internacional inerente a estes projectos é derivado:

- da importância da dimensão da amostra para as suas conclusões,
- da capacidade de construir e testar hipóteses, decorrente da diversidade geográfica da UE e da capacidade interpretativa das análises comparativas,
- da normalização dos dados.

- E.8 Além disso, os projectos são caracterizados pelo correcto entendimento estratégico dos respectivos papéis em cada domínio específico e pelo recurso a conhecimentos técnicos especializados de elevada qualidade em matéria de concepção e de execução.

- E.9 Parece provável que uma gama mais ampla de estudos baseados na doença, na população ou nos riscos e relativos às políticas também possa tirar proveito do tratamento a nível

internacional e que nem todas as possibilidades estejam a ser exploradas. Uma resposta adequada da UE a esta situação, através dos seus programas de financiamento, seria a promoção de actividades dirigidas a alvos muito específicos, seleccionadas de acordo com as definições de valor-acrescentado atrás expostas. A adição de dados sobre os custos e a existência de critérios explícitos em matéria de eficiência económica e de análise custos-benefícios ajudariam a estabelecer uma hierarquia de prioridades para estes projectos, numa abordagem de carácter semelhante à da optimização de uma carteira de investimentos. Os encargos impostos pela doença seriam um factor determinante da sua posição na hierarquia de prioridades, mas a existência de cobertura por outra rede internacional e a “raridade” também devem figurar entre os factores determinantes do valor acrescentado comunitário.

- E.10 A maioria dos projectos financiados ao abrigo dos programas existentes não parece ser seleccionada de acordo com estes critérios técnicos de “valor acrescentado internacional ou europeu”. Em vez disso, a Comissão utiliza o “número de colaboradores” como bitola fundamental. Consequentemente, é provável que os programas tenham trazido benefícios operacionais nos casos em que as colaborações foram duradouras e bem sucedidas, mas parecem incluir muitos projectos que poderiam ter sido realizados a nível nacional.
- E.11 Há vários motivos muito específicos de crítica que os diversos programas suscitam em comum. Entre eles, contam-se a falta de planeamento estratégico; a ausência de objectivos pormenorizados e práticos; um processo de selecção a que falta o rigor da análise de especialistas independentes e que se encontra fortemente concentrado nas mãos da Comissão; a indefinição dos métodos de divulgação dos relatórios dos projectos. Existe uma confusão considerável a respeito da distinção entre investigação pura e estudos orientados para a acção e, consequentemente, a respeito dos papéis respectivos da DGV/F e da DGXXII. A rigidez dos programas é particularmente notável: as competências da Comissão são definidas no instrumento jurídico respectivo e depois aplicadas tal qual foram definidas. Parece haver pouca margem para o desenvolvimento de políticas, o qual se encontra separado numa unidade distinta da DGV/F. A concertação entre os programas e o desenvolvimento de políticas no seio da DGV/F parece ser um tanto *ad hoc* e fortuita.
- E.12 A Educação Sanitária Directa foi considerada como uma actividade particularmente inadequada a nível europeu, precisamente devido à diversidade geográfica e cultural das populações dos Estados-Membros.

### ***Desenvolvimento Futuro da Política de Saúde da UE***

- E.13 Além das suas actuais actividades de financiamento, a UE intervém activamente noutras áreas políticas com incidência directa sobre a saúde. Tradicionalmente, estas áreas envolvem as chamadas “questões de estilo de vida”, que implicam, em especial, os desincentivos a uma dieta saudável contidos na Política Agrícola Comum. Entre eles contam-se os incentivos à produção de tabaco e a produção de alimentos com elevado teor de gordura animal, bem como a destruição dos excedentes de frutas e legumes, que se sabe serem protectores importantes contra uma série de doenças, incluindo o cancro. Outros sectores pertinentes incluem uma série de questões ambientais relativas à produção de resíduos, à qualidade da água, à utilização do solo, à qualidade do ar, às fontes energéticas, aos transportes e às alterações climáticas a nível mundial. O principal impulso que deve

ser dado pela política de saúde da UE, no futuro, e a sua principal actividade neste domínio deverá ser o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar nestas áreas, que envolva profissionais de saúde com qualificações adequadas e incorpore nas políticas a avaliação do impacto sobre a saúde. Este trabalho deverá incluir o desenvolvimento de indicadores de saúde relacionados com o ambiente. A avaliação do impacto sobre a saúde deverá ter o objectivo de permitir a explicitação dos efeitos das políticas sobre a saúde e o cálculo dos custos e soluções de compromisso.

- E.14 A União Europeia não tem competência jurídica para dar directivas sobre questões relativas à organização e à prestação dos serviços de saúde e dos cuidados médicos. Isto não a impede, todavia, de emitir directivas relacionadas com o mercado, que poderão ter, e têm, amplas consequências para os custos e a organização dos sistemas de saúde dos Estados-Membros. Além disso, também não a coíbe de promover a cooperação entre os Estados-Membros e a investigação em matéria de medicina curativa de alta tecnologia, através do programa BIOMED da DGXII.
- E.15 O estudo deparou com uma forte argumentação de ambos os lados do debate sobre a questão de saber se, e até que ponto, a UE deverá promover estudos dos sistemas de saúde. Os técnicos de saúde pública inclinavam-se para salientar a dificuldade de assegurar que as questões relativas aos cuidados de saúde não desviem as atenções das tarefas de prevenção/promoção. Por outro lado, muitos expressaram dúvidas sobre a verdadeira pertinência e a eficiência económica da promoção da saúde. Muitos comentadores concordavam com a ideia de que o conhecimento dos sistemas de saúde, e do impacto das alterações a que muitos deles estão a ser sujeitos, é rudimentar e tiraria grandes benefícios de um estudo comparativo a nível internacional. Alguns consideravam importante que o impacto sobre os sistemas de saúde das directivas da UE relativas ao mercado fosse claramente analisado e debatido com os Estados-Membros pelos sectores da Comissão responsáveis pela promoção, protecção e coordenação dos interesses dos Estados-Membros nesta área.
- E.16 A UE coexiste, por vezes constringidamente, com outras influentes organizações de saúde internacionais. Numa tentativa de afirmar a sua autoridade no domínio da saúde, pareceu por vezes querer “agir sozinha”. Muitos dos entrevistados consideravam necessário aumentar a colaboração internacional, assente no acervo de conhecimentos especializados de instituições como a OCDE e a OMS e contribuindo, por sua vez, para o aumentar. A UE possui uma vantagem comparativa na política de saúde europeia através do seu acesso ao financiamento e, com base nos peritos existentes nos Estados-Membros, a estudos orientados para as políticas. Outras organizações podem oferecer níveis elevados de conhecimentos técnicos especializados, além do conhecimento específico dos países da Europa Central e Oriental que tanto a OMS como o Banco Mundial possuem. As colaborações têm de estar sujeitas a definições claras dos papéis respectivos no desenvolvimento das futuras políticas internacionais de saúde.
- E.17 Não existe qualquer razão evidente para que o alargamento venha a causar uma alteração da estrutura básica da política de saúde da UE atrás descrita. O alargamento poderá alterar a hierarquia de prioridades dos temas baseados nas doenças, mas é mais provável que aumente a necessidade de uma concertação da saúde com as questões ambientais. O alargamento poderá exacerbar um sentimento implícito de que a política de saúde da UE deve ser orientada em especial para as populações em pior situação sanitária e/ou com

menor acesso aos serviços de saúde. Isto é extremamente difícil de fazer através de um programa de saúde pública (em vez de um programa de auxílio), sendo necessário debater até que ponto é desejável e que implicações poderá ter a adopção de uma política de saúde mais sensível aos aspectos regionais. As desigualdades em matéria de saúde devem ser tratadas como parte de desenvolvimentos políticos centrados no relativo desfavorecimento social e económico como factor explicativo das desigualdades no domínio da saúde. A resposta, porém, é multifacetada e serve, uma vez mais, para enfatizar a importância da integração das políticas comunitárias.

- E.18 Foram constituídas diversas redes ao abrigo dos programas existentes. Estas envolvem colaborações baseadas em projectos, colaborações entre quadros superiores dos sistemas de saúde dos Estados-Membros e redes de organizações não oficiais. A composição das redes tem-se inclinado a reflectir os respectivos papéis, desde as acções a nível estatal (por exemplo, a vigilância de doenças), a actividades de consultoria e à actividade de grupos de interesses. A forma exacta como as redes de voluntários se relacionam com os sistemas oficiais de saúde dos Estados-Membros e o desenvolvimento de políticas ou com o sector do voluntariado dos Estados-Membros nem sempre é clara; tal como nem sempre é evidente até que ponto as redes constituem um nível adicional da burocracia europeia, centrada e concentrada em Bruxelas, em vez de pôr em prática parcerias bem sucedidas com os Estados-Membros. Parte do desenvolvimento estratégico de um programa de saúde público centrado num objectivo preciso tem de implicar uma perspectiva clara dos cenários/arenas que devem ser visados e das alianças e parcerias que devem ser promovidas. Uma alternativa mais centrada consistiria em desenvolver interfaces directas entre a DGV/F e os representantes dos Estados-Membros, e parte do futuro desenvolvimento da Unidade de Saúde Pública da UE deveria consistir na agregação de peritos com conhecimentos especializados específicos de cada país. A promoção da saúde definida como educação sanitária e um estilo de activismo virado para fora deveria dar lugar a um novo activismo "interno", tendo em vista promover o desenvolvimento de políticas de elevada qualidade através dos programas financiados e da posição da saúde pública no seio da Comissão.
- E.19 A UE não deve procurar um aumento dos seus orçamentos de financiamento, mas sim gastar os orçamentos existentes de forma mais selectiva e eficaz. O aumento dos orçamentos administrativos é essencial para obter um aumento dos conhecimentos especializados existentes.

### *Futura Organização da Política de Saúde na Comissão*

- E.20 A política de saúde deve estar localizada em Bruxelas, e não no Luxemburgo, para poder ter alguma possibilidade de coordenação com outras áreas políticas.<sup>1</sup>
- E.21 A constituição de uma Direcção-Geral separada, se bem que frequentemente citada como um objectivo desejável, não parece ser justificável em termos orçamentais e, o que é ainda mais pertinente, espartilha a saúde, uma questão tipicamente transversal, numa estrutura classicamente vertical. Não existe suficiente sobreposição com a DGXXIV para se

---

<sup>1</sup> Contudo, uma Decisão de 8 de Abril de 1965 determina que "A Direcção-Geral de Protecção da Saúde **ficará** localizada no Luxemburgo." (OJ 152 13/7/67) - (Instrumentos seleccionados extraídos dos Tratados, Livro 1 p.783). Esta Decisão foi de novo confirmada pela Cimeira de Edimburgo de Dezembro de 1992.

justificar uma fusão entre a tradicional actividade de saúde pública da DGV/F e a Defesa do Consumidor. Grande parte da actividade da DGXXIV pode ser tratada de forma circunscrita e sem uma supervisão estratégica por parte da saúde. O mesmo se aplica à DGXI, embora exista uma sobreposição muito maior dos temas e uma necessidade de ter peritos em saúde a trabalhar lado a lado com os ambientalistas.

- E.22 Uma opção que iria exigir o melhor exercício das modernas técnicas de gestão seria a manutenção das questões fundamentais de saúde pública na estrutura actual, mas com uma coordenação muito mais estreita entre a DGV/F e as direcções dos Assuntos Sociais da DGV. Isto levaria, por sua vez, a uma expansão das respectivas atribuições de modo a incluir a nova agenda social da epidemiologia da saúde pública e das desigualdades em matéria de saúde. Seria incorporada uma unidade “Estilos de vida” na Unidade da Defesa do Consumidor e uma Unidade “Saúde Ambiental” na DGXI. Ambas as unidades transferidas deveriam contar com pessoal de saúde pública especializado, destacado da DGV. Isto pressupõe que a actual estrutura de comissões existente no Parlamento não seria mudada, o que poderá não ser verdade depois das eleições de 1999. O principal problema da organização que descrevemos é ser extremamente difícil de gerir eficazmente.
- E.23 Uma versão menos ambiciosa desta opção seria juntar a saúde pública aos assuntos sociais, mas utilizando os dispositivos existentes de concertação inter-serviços com as outras direcções-gerais. Uma unidade operacional especial ficaria responsável pela segurança e o controlo sanitários, abrangendo questões como as doenças transmissíveis, as vacinas e as ameaças ambientais iminentes.
- E.24 Esta opção realça a importância de uma liderança inovadora e eficiente e de um quadro suficientemente amplo de peritos em saúde pública bem qualificados e prestigiados, capazes de influenciar as várias políticas relevantes da UE. Tal exigirá, por sua vez, uma revolução nas práticas de recrutamento da Comissão.

**EUROOPAN UNIONIN TERVEYSPOLITIikka**  
**VUOSITUHANNEN VAIHTEESSA**

**TAUSTATUTKIMUS**  
**TERVEYSPOLITIikkaA KOSKEVA KUULEMISTILAISUUS**

**28. lokakuuta 1998**

**- TIIVISTELMÄ -**





### ***Tutkimuksen tarkoitus, piiri ja metodologia***

E.1 Tässä selvityksessä kuvataan Euroopan unionin terveystalitiikkaa koskevan tutkimuksen tulokset. Tutkimuksen tilasi Euroopan parlamentin ympäristö-, terveys- ja kuluttajansuojavaliokunta, ja se toteutettiin heinä - syyskuussa 1998. Valiokunta halusi asiakirjan, josta se saisi tietoa EU:n terveystalitiikkaa käsittelevään kuulemistilaisuuteensa 28. lokakuuta 1998.

E.2 Tutkimus koski kolmea pääasiallista aihepiiriä. Siinä arvioitiin nykyisten ohjelmien kustannus-tehokkuutta, sitä, onko jäsenvaltioiden edut otettu asianmukaisesti huomioon ja sitä, onko toissijaisuusperiaate huomioitu ohjelmissa asianmukaisesti.

Tutkimus keskittyi neljään nykyisen puiteohjelman (1993) sisältämään ohjelmaan, jotka on pantu täytäntöön: syöpää, aisia ja tarttuvia tauteja, huumeiden väärinkäyttöä ja terveyden edistämistä koskeviin ohjelmiin sekä juuri käynnistyneeseen terveystilanteen seurantaan koskevaan ohjelmaan. Kaikkien ohjelmien toteutuksessa on noudatettu samaa mallia, joka koskee Euroopan laajuisten verkkojen perustamista tai lujittamista taikka yhteistyötä ja tutkijoiden ehdottamien hankkeiden rahoittamista.

E.3 Koska kaikkien verkkojen ja hankkeiden tarkka tutkiminen oli mahdotonta annetun määräajan puitteissa, tutkimuksessa tarkasteltiin ohjelmien suunnittelua suhteessa tutkimushallinnon nykyisiin parhaisiin käytäntöihin. Tämä tarkoittaa yhä enemmän proaktiivista ja strategista lähestymistapaa, jossa määritetään selkeät toiminnalliset tavoitteet ja tulokset, määritetään olemassaolevan tutkimustiedon puutteet ja pyritään tuottamaan käyttäjien kannalta olennaisia lopputuloksia, joilla on selkeä yhteystalitiikkaan. Tutkimuksessa tarkasteltiin nykyisiä ohjelmia näiden osatekijöiden osalta. Siinä painotettiin erityisesti "eurooppalaisen lisäarvon" määrittämistäapaa ja sitä, oliko hankkeet valittu sen perusteella. Tutkimuksessa pyrittiin myös määrittämään käytettävissä olevat menettelyt tutkimusehdotusten rahallisen arvon määrittämiseksi. Siinä tarkasteltiin myös verkostojen asemaa politiikan kehittämisessä sekä niiden tehokkuutta politiikan täytäntöönpanossa.

E.4 Toinen strategisten kysymysten sarja koski sitä, kuinka EU:n politiikan tulisi kehittyä tulevaisuudessa, erityisesti Agenda 2000 -asiakirjan yhteydessä ja EU:n mahdollisen laajentumisen myötä. Erityisesti tarkasteltiin sitä, onko sairauteen perustuva lähestymistapa asianmukainen.

E.5 Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää EU:n terveystalitiikan tehtävien järjestämistä tulevaisuudessa komissiossa, erityisesti pääosastossa XXIV.

E.6 Aikataulun ja ajallisten rajoitusten vuoksi tutkimuksessa turvaututtiin laajasti tehokkaiisiin ja joustaviin tietojen keräämismenetelmiin, erityisesti haastatteluihin ja suppeaan lähdehakuun jokaisen aiheen osalta. Haastattelut, joita oli yhteensä 55, kattoivat Euroopan laajuisia järjestöjä ja verkostoja, joihin kuului kansainvälisiä asiantuntijoita jokaiselta EU:n ohjelmien aihealueelta. Näitä täydensivät jäsenvaltioiden virallisten ohjelmakomiteoiden edustajien haastattelut erityisesti Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Suomessa. Useat

kansanterveyden asiantuntijat ja/tai EU:n jäsenvaltioiden terveyden alan ohjelmien asiantuntijat, jotka eivät olleet osallistuneet haastatteluihin, tarkastivat selvitysluonnoksen.

### ***Tulokset ohjelmien tarkastelusta***

E.7 Tutkimuksessa yksilöitiin useita EU:n rahoittamia hankkeita, jotka ovat erityisen hyviä esimerkkejä työstä, joka on toteutettavissa kaikkein tehokkaimmin kansainvälisellä tasolla.

Näitä olivat:

- kansainvälisen syöpätutkimuslaitoksen johtama eurooppalainen syöpää ja ravitsemusta tulevaisuudessa koskeva tutkimus,
- syöpärekisterien tukeminen ja päivittäminen,
- tarttuvien tautien seurantaverkot,
- Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus ja
- Euroopan aidsin epidemiologisen seurantakeskuksen suorittama hiv:n ja aidsin vaikutuksia koskevien kansainvälisten tilastojen kerääminen.

Näiden hankkeiden luontainen kansainvälinen lisäarvo perustuu:

- niiden tuloksiin näytteiden koon osalta,
- niiden kykyyn laatia ja testata hypoteeseja EU:n maantieteellisen vaihtelevuuden perusteella sekä vertailevien analyysien selvitysvoimaan ja
- tietojen standardointiin.

E.8 Lisäksi hankkeille on ominaista niiden tehtävän strateginen mieltäminen jokaisella erityisalalla sekä turvautuminen korkeatasoiseen tekniseen asiantuntemukseen suunnittelussa ja täytäntöönpanossa.

E.9 Vaikuttaa todennäköiseltä, että useissa sairauksiin, väestöön ja riskiin perustuvissa tutkimuksissa ja politiikkaa koskevissa tutkimuksissa olisi hyötyä kansainvälisestä tarkastelusta ja että kaikkia mahdollisuuksia ei ole vielä hyödynnetty. EU voisi osallistua tähän asianmukaisesti rahoittamiensa ohjelmien kautta edistämällä keskitettyjä toimia, jotka valittaisiin edellä esitetyn lisäarvon määrittysten perusteella. Kustannuksia koskevien tietojen sekä selkeiden kustannus-tehokkuus tai kustannus-hyötykriteerien lisääminen auttaisi panemaan hankkeet tärkeysjärjestykseen sellaisen lähestymistavan yhteydessä, jonka avulla on tarkoitus optimoida sijoituksia. Sairauksien aiheuttama taakka olisi merkittävä tärkeyden määrittäjä, mutta myös muun kansainvälisen tutkimuksen kattavuus sekä ”harvinaisuus” ovat merkittäviä EU:n lisäarvon määrittäjiä.

E.10 Useimmat nykyisistä ohjelmista rahoitetut hankkeet eivät liene näiden teknisten kansainvälisen tai eurooppalaisen lisäarvon kriteerien perusteella valittuja. Komissio vaikuttaa pikemminkin käyttävän osallistujien määrää ratkaisevana perusteena. Tästä

seuraa, että ohjelmista on todennäköisesti syntynyt hyödyllisiä vaikutuksia silloin, kun yhteistyö on ollut pitkäaikaista ja menestyksellistä, mutta niihin näyttää sisältyvän myös lukuisia hankkeita, jotka olisi voitu toteuttaa kansallisella tasolla.

- E.11 Jokaisen ohjelman osalta on esitetty paljon erityistä kritiikkiä. Kritiikki koskee strategisen suunnittelun puutetta, yksityiskohtaisten ja toiminnallisten tavoitteiden puutetta, valintaprosessia, josta puuttuu täsmällinen tarkistus ja joka keskittyy voimakkaasti komissioon sekä hankkeita koskevien kertomusten epävarmoja levittämismenetelmiä. Merkittävää sekaannusta aiheuttavat puhtaan tutkimuksen ja toimintaan suuntautuvan tutkimuksen erottelu ja tämän vuoksi pääosastojen V/F ja XXII roolit. Ohjelmien jäykkyys on hätkähdyttävän laajaa: komission toimivalta esitetään niitä tukevissa laillisissa välineissä, ja se käyttää toimivaltaansa niissä esitetyllä tavalla. Vaikuttaa siltä, että politiikan kehittämiseksi ei ole paljon mahdollisuuksia, koska se kuuluu erilliselle yksikölle pääosastossa V/F. Ohjelmien ja politiikan kehittämisen välinen vuorovaikutus pääosastossa V/F vaikuttaa jokseenkin tilapäiseltä ja satunnaiselta.
- E.12 Suora terveyskasvatus on mielletty erityisen epäasianmukaiseksi toiminnaksi Euroopan tasolla juuri jäsenvaltioiden väestöjen maantieteellisten ja kulttuuristen erojen vuoksi.

### ***EU:n terveystalitiikan kehitys tulevaisuudessa***

- E.13 Nykyisen rahoitustoimintansa lisäksi EU toimii aktiivisesti myös muilla toiminta-aloilla, joilla on välitön merkitys terveyden kannalta. Perinteisesti nämä ovat niin kutsuttuja ”elämäntapa-asioita”, jotka koskevat erityisesti yhteisen maatalouspolitiikan sisältämiä esteitä terveellisille ruokailutottumuksille. Näitä ovat tuki tupakantuottajille, tuki sellaisten elintarvikkeiden tuottajille, jotka sisältävät runsaasti eläinperäisiä rasvoja sekä hedelmien ja vihannesten ylituotannon tuhoaminen, vaikka näiden tiedetään antavan suojaa lukuisia sairauksia, muun muassa syöpää vastaan. Muita merkittäviä aloja ovat ympäristökysymykset, kuten jätteiden tuotanto, veden laatu, maankäyttö, ilman laatu, energialähteet, liikenne ja maailmalaajuinen ilmastonmuutos. EU:n terveystalitiikan merkittävin haaste tulevaisuudessa ja tärkein terveyttä edistävä toiminta onkin sellaisen monialaisen työskentelyn kehittäminen näillä aloilla, johon osallistuu tarpeeksi päteviä terveyden alan ammattilaisia, ja jonka avulla sisällytetään terveysvaikutusten arviointi politiikkaan. Tähän tulisi kuulua myös ympäristön terveysvaikutusten indikaattorien kehittäminen. Terveysvaikutusten arvioinnin tarkoituksena olisi politiikan terveysvaikutusten selkeän esittämisen sekä kustannusten ja tasapainon arvioinnin mahdollistaminen.
- E.14 EU:lla ei ole oikeudellista toimivaltaa ohjata terveyspalvelujen ja terveydenhoidon organisaatiota ja toimittamista. Tämä ei kuitenkaan estä sitä antamasta markkinoita koskevia direktiivejä, joilla saattaa olla ja on laaja vaikutus jäsenvaltioiden terveydenhuoltojärjestelmien kustannuksiin ja organisaatioon. Se ei myöskään estä EU:ta tukemasta jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä ja korkean teknologian lääketieteellisiä tutkimuksia pääosasto XII:n Biomed-ohjelman kautta.
- E.15 Tutkimuksen aikana kohdattiin voimakkaita näkökantoja sekä puolesta että vastaan siitä, onko EU:n kehitettävä terveydenhuoltojärjestelmiä koskevaa tutkimusta ja jos on, kuinka pitkälle. Kansanterveyden asiantuntijat pyrkivät korostamaan sitä, kuinka vaikeaa on varmistaa, että terveydenhuoltoasiat eivät vie huomiota ennakoivalta ja edistävältä

terveydenhoidolta. Toisaalta monet esittivät epäilyksiä terveyden edistämisen tosiasiallisen merkityksen ja kustannus-tehokkuuden osalta. Useat vastaajat olivat sitä mieltä, että terveydenhuoltojärjestelmien ja niiden muutosten tuntemus, jotka parhaillaan ovat meneillään useissa terveydenhuoltojärjestelmissä, on alkeellista ja että vertailevasta kansainvälisestä tutkimuksesta olisi suurta hyötyä. Toiset pitivät merkittävänä, että EU:n markkinoita koskevien direktiivien vaikutus terveydenhuoltojärjestelmiin analysoidaan huolellisesti ja että siitä keskustellaan jäsenvaltioiden kanssa sen komission elimen toimesta, joka vastaa jäsenvaltioiden etujen edistämisestä, suojelusta ja yhteensovittamisesta tällä alalla.

- E.16 EU:n lisäksi tällä alalla vaikuttavat samanaikaisesti muut merkittävät terveydenhuoltoä käsittelevät kansainväliset järjestöt, eikä yhteistyö ole aina helppoa. Pyrkinessään vahvistamaan toimivaltaansa terveyden alalla, EU vaikuttaa toisinaan pyrkivän tekemään sen yksin. Useat haastatellut katsoivat tarpeelliseksi lisätä kansainvälistä yhteistyötä, joka perustuisi OECD:n ja WHO:n kaltaisten järjestöjen asiantuntemukseen ja tukisi sitä. EU:lla on merkittävä asema Euroopan terveystaloudessa rahoittajana ja jäsenvaltioiden asiantuntemukseen perustuvien politiikkaa koskevien tutkimusten laatijana. Muilla järjestöillä on tarjottavana korkean tason teknistä asiantuntemusta ja sekä WHO:n että Maailmanpankin erityistä maakohtaista tietoa Keski- ja Itä-Euroopan maista. Yhteistyön osalta on määritettävä selkeästi kaikkien osapuolten tehtävät tulevaisuuden kansainvälisen terveystalouden kehittämisessä.
- E.17 Ei ole mitään ilmeistä syytä sille, miksi laajentuminen aiheuttaisi edellä kuvatun EU:n terveystalouden perusrakenteen muuttumista. Laajentuminen saattaa vaikuttaa sairauksiin perustuvien aihepiirien tärkeysjärjestyksen muutoksiin, mutta todennäköisemmin sillä on vaikutusta tarpeeseen sisällyttää terveystaloudelliset ympäristöpolitiikkaan. Se saattaa pahentaa tilannetta, jossa EU:n terveystaloudellisuus on ohjattava erityisesti sairaampien väestön osien ja/tai sellaisten väestönosien suuntaan, joilla on heikompi pääsy terveystaloudellisiin. Tätä on erittäin vaikea toteuttaa kansanterveysohjelman (pikemmin kuin tukiohjelman) kautta ja nykyistä alueellisemmän EU:n terveystalouden tarpeellisuuden suotavuutta ja vaikutuksia onkin tarkasteltava. Epätasa-arvoa terveydenhuollon alalla on käsiteltävä osana sellaisen politiikan kehittämistä, jossa sosiaaliset ja taloudelliset puutteet käsitellään epätasa-arvoisen terveydenhuollon selittävänä tekijänä. Ratkaisu on kuitenkin hyvin monitahoinen ja korostaa jälleen yhdenmukaisen EU:n politiikkojen merkitystä.
- E.18 Nykyisten ohjelmien tuella on perustettu lukuisia verkostoja. Verkostoihin kuuluu hankkeisiin perustuvaa yhteistyötä, jäsenvaltioiden terveydenhuoltojärjestelmien toimeenpanosta vastaavien jäsenten yhteistyötä ja muiden kuin lakisääteisten järjestöjen verkostoja. Verkostojen koostumus heijastaa niiden tehtävää toimeenpanosta (esimerkiksi sairauksien seuranta) neuvonantoon ja lobbaamiseen. Kuitenkin vapaaehtoisverkostojen toiminnan yhteys jäsenvaltioiden lakisääteiseen terveydenhuoltojärjestelmään ja politiikan kehittämiseen tai vapaaehtoistoimintaan jäsenvaltioissa ei ole aina selvää. Ei ole myöskään selvää, kuinka pitkälti nämä verkostot muodostavat ylimääräisen eurooppalaisen byrokratian tason, joka keskittyy Brysseliin, sen sijaan, että se toteuttaisi menestyksekkäästi yhteistyötä jäsenvaltioiden kanssa. Kohdennetun kansanterveysohjelman strategisessa kehittämisessä on otettava selkeästi kantaa siihen, mihin tasoon/alueeseen toiminta kohdentuu ja minkälaista yhteistyötä ja kumppanuutta kannustetaan. Vielä paremmin kohdennettu vaihtoehto olisi pääosasto V/F:n ja jäsenvaltioiden edustajien suorien rajapintojen kehittäminen, ja EU:n

kansanterveysyksikön tehtäviin tulevaisuudessa tulisi kuulua maakohtaisen asiantuntemuksen hankkiminen. Sellainen terveyden edistäminen, joka kuvataan terveyskasvatuksena ja ulospäinsuuntautuvana kannustuksena, olisi korvattava uudenaikaisella ”sisäisellä” kannustuksella, jonka tavoitteena olisi edistää korkeatasoisen politiikan kehittämistä ohjelmien rahoituksen kautta ja kansanterveyden aseman kautta komissiossa.

- E.19 EU:n ei niinkään tulisi pyrkiä lisäämään rahoitusta kuin käyttämään nykyiset talousarviomäärärahat valikoivammin ja tehokkaammin. Hallinnollisten määrärahojen nostaminen on ratkaisevan tärkeää olemassaolevan asiantuntemuksen tuen saavuttamiseksi.

### *Terveykspolitiikan tulevaisuuden organisointi komissiossa*

- E.20 Terveyspolitiikkaa on käsiteltävä Brysselissä, eikä Luxemburgissa, jotta sen yhdentäminen muihin politiikan osa-alueisiin olisi edes mahdollista<sup>1</sup>.
- E.21 Erillinen terveydenhuollosta vastaava pääosasto, joka usein mainitaan suotuisana tavoitteena, ei määrärahojen kannalta todennäköisesti ole perusteltua. Se pikemminkin rajaisi terveydenhuollon, jonka tulisi olla monialainen aihepiiri, perinteiseen vertikaaliseen rakenteeseen. Pällekkäisyys pääosasto XXIV:n kanssa ei riitä perusteeksi siihen, että pääosasto V/F:n perinteiset kansanterveysasiat sulautetaan kuluttaja-asioihin. Suurinta osaa pääosaston XXIV tehtävistä voidaan hoitaa sisäisesti ilman strategista terveystäkemyistä. Sama koskee myös pääosastoa XI, vaikka siellä käsiteltävät asiat ovatkin enemmän päällekkäisiä ja vaikka siellä on tarve terveyden alan asiantuntijoiden ja ympäristöalan asiantuntijoiden väliseen yhteistyöhön.
- E.22 Yksi vaihtoehto, joka edellyttäisi uudenaikaisten hallintotekniikoiden hyödyntämistä, olisi keskeisten kansanterveyteen liittyvien aiheiden säilyttäminen nykyisessä rakenteessa siten, että pääosasto V /F olisi kuitenkin tiiviimmin yhteydessä pääosaston V sosiaaliasiain osastoihin. Tämä laajentaisi puolestaan niiden mahdollisuuksia vaikuttaa kansanterveyden epidemiologian uuteen sosiaaliagendaan sekä epätasa-arvoon terveydenhuollossa. Kuluttaja-asioihin voitaisiin sisällyttää ”elämäntapa”-yksikkö ja pääosastoon XI uusi ”ympäristön terveydentilaa” käsittelevä yksikkö. Molemmat uudet yksiköt turvautuisivat asiantuntijoihin, pääosasto V:n ulkopuoliseen kansanterveydestä vastaavaan henkilöstöön. Tämä edellyttäisi, että parlamentin nykyinen valiokuntarakente säilyisi muuttumattomana, mikä ei ehkä ole mahdollista vuoden 1999 vaalien jälkeen. Tällaisen järjestelyn suuri ongelma on, että sitä on erittäin vaikea hallita menestyksekkäästi.
- E.23 Hieman vähemmän kunnianhimoinen versio tästä vaihtoehdosta olisi kansanterveysasioiden sijoittaminen samaan pääosastoon sosiaaliasioiden kanssa, siten että säilytettäisiin kuitenkin nykyiset järjestelyt pääosastojen yksiköiden välistä keskustelua varten. Erityinen toiminnallinen yksikkö vastaisi terveyden turvaamisesta ja valvonnasta ja käsitelisi tarttuvien tautien, rokotteiden ja välittömien ympäristöuhkien kaltaisia aiheita.

---

<sup>1</sup> Kuitenkin 8 päivänä huhtikuuta 1965 tehdyssä päätöksessä määrätään ”Terveydensuojelun pääosasto sijaitsee Luxemburgissa.” (EYVL 152, 13.7.1967) - (Selected Instruments taken from the Treaties, Book 1, s. 783). Päätös vahvistettiin Edinburgissa joulukuussa 1992 pidetyssä huippukokouksessa.

- E.24 Tässä vaihtoehdossa korostuu kaukonäköisen ja tehokkaan johtajuuden merkitys sekä riittävän laaja pätevien ja vaikutusvaltaisten kansanterveysasiantuntijoiden joukko, joka pystyy vaikuttamaan lukuisiin EU:n politiikkoihin tällä alalla. Tämä puolestaan edellyttäisi komission palvelukseenottokäytäntöjen täydellistä uudistamista.

**EUROPEISKA UNIONENS HÄLSOPOLITIK  
INFÖR MILLENIESKIFTET**

**EN BAKGRUNDSSTUDIE INFÖR  
DEN OFFENTLIGA UTFRÅGNINGEN OM HÄLSOPOLITIK  
28 Oktober 1998**

**- SAMMANFATTNING -**





### **Undersökningens syfte, ramar och metod**

- E.1 I rapporten redogörs för resultaten från en undersökning om Europeiska unionens hälsopolitik. Undersökningen genomfördes på uppdrag av Europaparlamentets utskott för miljö, folkhälsa och konsumentskydd mellan juli och september 1998. Utskottet begärde ett informationsunderlag inför den offentliga utfrågningen om EU:s hälsopolitik den 28 oktober 1998.
- E.2 Undersökningen omfattar tre huvudfrågor. Den bedömer hur pass kostnadseffektiva de nuvarande programmen är, om medlemsstaternas intressen bevakas på rätt sätt och om subsidiaritetsfrågan tas upp i tillräckligt hög grad i programmen. I undersökningen fokuserar man på de fyra program som finns inom den nuvarande ramen (1993) och som har genomförts hittills: cancer, aids och överförbara sjukdomar, narkotikamissbruk och hälsofrämjande åtgärder samt det hälsoövervakningsprogram som just har inletts. De har alla följt samma mönster för genomförande som innebär att europeiska nätverk eller samarbeten har upprättats eller stärkts och projekt som har presenterats av forskare har finansierats.
- E.3 Eftersom det har varit praktiskt omöjligt att granska alla nätverk och projekt inom den fastställda tidsramen, undersöks programmets utformning utifrån den nu bästa praxisen inom forskningsledning. Tillvägagångssättet är i allt högre grad föregripande och strategiskt med tydligt fastställda verksamhetsmål och resultat, det fastställer luckorna i den befintliga forskningens täckningsområde och försöker få fram slutresultat som är relevanta för användarna och som har tydlig politisk innebörd. I undersökningen granskades dessa faktorer i de befintliga programmen. I synnerhet studerades hur "europeiskt mervärde" hade definierats och om projekten hade valts ut för att ge det. Genom undersökningen försökte man också fastställa vilka förfaranden som finns för att granska forskningskrav på att få valuta för pengarna. Nätverkens roll i utvecklingen av politiken och deras effektivitet som verktyg för att genomföra politik beaktades också.
- E.4 Andra strategiska frågor gällde hur EU:s politik skall se ut i framtiden, i synnerhet med hänsyn till Agenda 2000 och den eventuella utvidgningen av EU. En specifik fråga gällde om det var lämpligt att utgå ifrån ett sjukdomsbaserat synsätt.
- E.5 Slutligen uppmanades man att i undersökningen överväga den framtida organiseringen av EU:s hälsopolitiska uppgifter inom kommissionen, i synnerhet med avseende på GD XXIV.
- E.6 På grund av tidsbegränsningen var undersökningen starkt beroende av effektiva och flexibla metoder för informationsinsamling, nämligen halvstrukturerade intervjuer och en kort litteraturstudie inom varje ämnesområde. Intervjuerna, totalt 55 stycken, genomfördes med Europa-täckande internationella organisationer och nätverk inklusive internationella specialister inom alla de ämnesområden som finns representerade i EU-programmen. Dessa kompletterades med intervjuer med medlemsstaternas företrädare för de officiella programkommittéerna, i synnerhet företrädare från Förenade kungariket och Finland.

Utkastet till rapporten granskades av flera specialister på folkhälsa och/eller företrädare för medlemsstaterna som var insatta i EU:s hälsoprogram men inte hade blivit intervjuade.

### **Resultatet från granskningen av programmen**

- E.7 Genom undersökningen belystes ett antal projekt med stöd från EU, som särskilt bra exempel på arbete som kan göras mycket effektivt på internationell nivå. Dessa omfattar
- den europeiska studien om kostens betydelse för uppkomst av cancer (EPIC) som leds av Internationella centret för cancerforskning,
  - främjande och förbättring av cancerregister,
  - nätverk för övervakning av överförbara sjukdomar,
  - kunskap om det epidemiska narkotikamissbruket som genomförs av Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk,
  - insamling av internationell statistik över hiv- och aidsfall som genomförs av Europeiska centret för epidemiologisk övervakning av aids.

Det internationella mervärdet från dessa projekt beror på

- resultatens betydelse i förhållande till urvalets storlek,
- förmågan att skapa och testa hypoteser som uppstår på grund av EU:s geografiska mångfald och de jämförande analysernas förklaringsgrad,
- standardisering av data.

E.8 Projekten kännetecknas dessutom av att de har mycket god förståelse för sina roller inom respektive område och mycket kompetent teknisk expertis för utformning och genomförande.

E.9 Det är troligt att det finns ännu fler sjukdomsbaserade, befolkningsbaserade, riskbaserade och politiska undersökningar som också skulle tjäna på att genomföras på internationell nivå och att alla möjligheter inte utnyttjas. Det vore lämpligt om EU vid finansieringen av program främjade starkt koncentrerad verksamhet som utsågs i enlighet med de ovannämnda definitionerna på mervärde. Om man dessutom tog med kostnadsuppgifter och uttryckliga kostnadseffektivitets- eller lönsamhetskriterier skulle det bidra till att dessa projekt prioriterades på liknande sätt som vid optimeringen av en investeringsportfölj. Sjukdomsbelastning skulle vara en viktig statusavgörande faktor, men även befintlig täckning genom annat internationellt arbete, och "sällsynthet" måste utgöra bestämmande faktorer för europeiskt mervärde.

E.10 De flesta projekt som finansieras inom de befintliga programmen tycks inte kunna väljas ut utifrån dessa kriterier om "internationellt eller europeiskt mervärde". Kommissionen använder istället "antal samarbetspartner" som nyckeltest. Resultatet blir att programmen troligtvis har bidragit till driftsfördelar där samarbetena har pågått under lång tid och varit

framgångsrika. Programmen tycks dock omfatta många projekt som hade kunnat genomföras på nationell nivå.

- E.11 För alla program finns det mycket specifik kritik som är gemensam. Den gäller brist på strategisk planering, avsaknad av detaljerade och operationaliserade mål, en urvalsprocess som inte är lika sträng som för motsvarande undersökningar och som är starkt koncentrerad till kommissionen, samt osäkra metoder för spridning av projektrapporter. Det råder stor förvirring om skillnaden mellan ren forskning och funktionsinriktad undersökning, och följaktligen om GD V/F:s och GD XXII:s respektive roller. Programmens stielhet är särskilt slående: kommissionens befogenheter fastställs i det rättsliga instrumentet och utövas sedan som planerat. Det tycks inte finnas mycket utrymme för politikutveckling vilket tilldelas en annan enhet inom GD V/F. Kopplingen mellan program och politikutveckling inom GD V/F tycks vara något tillfällig och slumpmässig.
- E.12 Direkt hälsoutbildning ansågs vara en särskilt olämplig verksamhet på europeisk nivå, just på grund av den geografiska och kulturella mångfalden bland medlemsstaternas befolkningar.

### ***Framtida utveckling av EU:s hälsopolitik***

- E.13 Förutom den nuvarande finansieringsverksamheten är EU aktiv inom andra politikområden som har direkt betydelse för hälsoområdet. Traditionellt sett omfattar dessa de så kallade "livsstilsfrågorna" som i synnerhet omfattar hinder mot den hälsosamma kosthållning som finns i den gemensamma jordbrukspolitiken. Dessa omfattar uppmuntran av tobaksproduktion, uppmuntran av produktion av livsmedel med hög animalisk fetthalt och förstörelse av överskott på frukt och grönsaker, vilka är kända för att ge effektivt skydd mot en rad sjukdomar inklusive cancer. Andra viktiga sektorer omfattar en rad miljöfrågor som rör avfallsprodukter, vattenkvalitet, markanvändning, luftkvalitet, energikällor, transport och globala miljöförändringar. Det viktigaste för EU:s hälsopolitik i framtiden, och dess huvudsakliga hälsofrämjande verksamhet, bör vara utvecklingen av ett tvärvetenskapligt arbetssätt inom dessa områden. Experter med lämplig kompetens inom hälsofrågor bör delta och politiken bör fastställas utifrån dess hälsoeffekter. Även utvecklingen av indikatorer för miljöhälsan bör ingå. Syftet med att bedöma hälsoeffekterna skulle vara att tydliggöra politikens hälsoeffekter och göra det möjligt att bedöma kostnaderna och kompromisser.
- E.14 EU har ingen rättslig befogenhet att fatta beslut i frågor som rör organiseringen och tillhandahållandet av hälsotjänster och läkarvård. Detta förbjuder dock inte EU att utfärda direktiv till marknaden vilka kan få, och får, omfattande följder för kostnaderna för och organiseringen av medlemsstaternas hälsovårdssystem. Det hindrar inte heller EU från att främja samarbete mellan medlemsstaterna och forskning i högteknologiska läkemedel genom GD XII:s program Biomed.
- E.15 Vid undersökningen stötte man på starka åsikter från debattens båda sidor om hur och i vilken utsträckning EU bör genomföra undersökningar om hälsovårdssystem. Många läkare inom folkhälsovården betonade svårigheterna med att se till att inte hälsovårdsfrågorna tar över frågorna om förebyggande och främjande. Å andra sidan var det många som tvivlade på att de hälsofrämjande åtgärderna verkligen är relevanta och kostnadseffektiva. Många av dem som uttalade sig ansåg att kunskapen om

hälsovårdssystem, och om effekterna av de förändringar som nu sker inom många hälsovårdssystem, är knapp och skulle öka starkt genom en jämförande internationell undersökning. Vissa ansåg att det var viktigt att effekterna av EU:s marknadsinriktade direktiv om hälsovårdssystem analyserades ordentligt samt att de diskuterades med medlemsstaterna och den del av kommissionen som ansvarar för att främja, bevara och samordna medlemsstaternas intressen på detta område.

- E.16 EU samverkar, ibland svårligen, med andra inflytelserika internationella hälsovårdsinstitutioner. I ett försök att hävda sin auktoritet inom hälsoområdet har EU ibland velat agera på egen hand. Många av de intervjuade personerna ansåg att det behövdes ett ökat internationellt samarbete, vilket skulle utnyttja och stödja expertkunskapen inom institutioner som t.ex. OECD och WHO. EU har komparativa fördelar inom europeisk hälsopolitik genom tillgången till finansiering och, genom att utnyttja expertkunskapen i medlemsländerna, politiskt inriktade undersökningar. Andra organisationer kan erbjuda högt kvalificerad teknisk expertis utöver både WHO:s och Världsbankens specifika kunskaper om länderna i Central- och Östeuropa. Vid samarbete måste de respektive rollerna vid utvecklingen av framtida internationell hälsopolitik tydligt definieras.
- E.17 Det finns ingen uppenbar anledning till att utvidgningen skulle förändra den ovannämnda grundläggande strukturen för EU:s hälsopolitik. Utvidgningen kan ändra prioriteringen av sjukdomsbaserade frågor, men det är mer troligt att den ökar behovet av att integrera hälsofrågorna med miljöfrågorna. Den kan stärka den underförstådda uppfattningen att EU:s hälsopolitik särskilt bör anpassas till befolkningar med lägre hälsostatus och/eller sämre tillgång till hälso-tjänster. Det är oerhört svårt att göra detta genom ett hälsoprogram (istället för ett stödprogram) och man måste diskutera om en mer regional europeisk hälsopolitik är önskvärd samt dess konsekvenser. Skillnaderna i hälsonivå bör ingå i den politikutveckling som betonar att relativa sociala och ekonomiska brister kan förklara skillnader i hälsonivå. Denna lösning är dock mångfasetterad och visar återigen hur viktig en integrerad EU-politik är.
- E.18 En rad nätverk har bildats inom de befintliga programmen. Dessa omfattar projektbaserade samarbeten, samarbeten mellan ledande personer från medlemsstaternas hälsosystem och nätverk med frivilliga organisationer. Nätverkens sammansättning har i allmänhet återspeglat deras roll, från genomförande (t.ex. inom sjukdomsövervakning) till rådgivning och lobbyverksamhet. Exakt hur de frivilliga nätverken står i relation till medlemsstaternas lagenliga hälsosystem och politikutveckling eller till den frivilliga sektorn i medlemsstaterna är inte alltid helt klar. Det är heller inte alltid uppenbart i vilken grad nätverken utgör ytterligare en nivå i den europeiska byråkrati som är koncentrerad till Bryssel, istället för att skapa lyckade partnerskap med medlemsstaterna. En del av den strategiska utvecklingen av ett koncentrerat hälsoprogram måste vara en tydlig bild av vilka områden det bör rikta sig till samt vilka förbund och partnerskap som skall främjas. Ett tydligare alternativ skulle kunna vara att utveckla direkta samarbeten mellan GD V/F och medlemsstaternas företrädare, och en del av den framtida utvecklingen av EU:s enhet för folkhälsa bör vara att skaffa sig landspecifik expertkunskap. Den definition på hälsofrämjande åtgärder som innebär hälsoutbildning och ett utåtriktat arbete bör ersättas med ett nytt ”internt” arbete som syftar till att främja utvecklingen av politik av hög kvalitet genom de finansierade programmen och hälsofrågornas ställning inom kommissionen.

- E.19 EU bör vara mer selektiv vid tilldelningen av anslag ur den befintliga budgeten för att få bättre resultat, istället för att försöka öka finansieringsbudgeten. Det är viktigt att den administrativa budgeten ökar för att den befintliga expertkunskapen skall kunna förbättras.

### *Den framtida organiseringen av hälsopolitiken inom kommissionen*

- E.20 Hälsopolitiken måste ledas från Bryssel istället för Luxemburg för att kunna hävda sig mot all integrering med andra politikområden<sup>1</sup>.
- E.21 Att bilda ett separat generaldirektorat för hälsofrågor, vilket ofta anses vara önskvärt, kan inte berättigas ur budgethänseende. Vad som är viktigare är att det begränsar hälsofrågorna, vilka är urtypen för ett gränsöverskridande område, inom en traditionell vertikal struktur. Det finns ingen tillräcklig överlappning med GD XXIV för att rättfärdiga en sammanslagning av de traditionella hälsofrågorna inom GD V/F och konsumentfrågorna. Många av frågorna inom GD XXIV kan behandlas självständigt och utan strategisk uppsikt över hälsofrågorna. Samma sak gäller för GD XI, även om det finns en större överlappning av frågor och ett behov av hälsoexperter som arbetar tillsammans med miljövårdare.
- E.22 Ett alternativ som kräver att man utnyttjar de bästa moderna ledningsteknikerna, är att de centrala hälsofrågorna behålls inom den nuvarande strukturen, men att GD V/F integreras närmare med direktoraten för socialfrågor inom GD V. Detta bör i sin tur öka antalet ärenden till att även omfatta de nya sociala frågor som rör hälsoepidemiologi och skillnader i hälsoliv. En enhet för "livsstilsfrågor" skulle kunna införlivas med enheten för konsumentfrågor och en enhet för "miljöhälsofrågor" med GD XI. De båda nybildade enheterna skulle kunna använda specialister, utposterad hälsopersonal, från GD V. Detta förutsätter att den befintliga utskottsstrukturen inom parlamentet förblir oförändrad, vilket kanske inte är fallet efter valet 1999. Det största problemet med en sådan lösning är att det är oerhört svårt att få den att lyckas.
- E.23 En mindre ambitiös variant på detta alternativ är att placera hälsofrågorna under enheten för socialfrågor, men med befintliga system för samråd med övriga generaldirektorat. En särskild operativ enhet skulle ansvara för hälsosäkerhet och hälsokontroll och täcka frågor som t.ex. överförbara sjukdomar, vacciner och omedelbara miljöhot.
- E.24 Vid detta alternativ är det viktigt att ha ett visionärt och effektivt ledarskap och en tillräckligt stor bas av kompetenta och inflytelserika hälsoexperter som kan påverka all relevant EU-politik. Detta i sin tur kräver en genomgripande förändring av kommissionens rekryteringsmetoder.

---

<sup>1</sup> I ett beslut av den 8 april 1965 fastställs dock att "Direktoratet för konsumenthälsa skall ligga i Luxemburg." (EGT 152 13.7.1967) - (Valda instrument ur fördragen, del 1, s. 783). Detta beslut bekräftades på nytt vid toppmötet i Edinburgh i december 1992.