

TRO Koskenkorva Satu

29.08.2006
KORJAUS liitteisiin, Suomen kielinen
ohjelmaehdotus

VASTAANOTTAJA
Suuri valiokunta

Viite

Asia

Ehdotus yhteisön kansanterveysohjelmaksi 2007-2013

U/E-tunnus:

EUTORI-numero:

EU/2005/0903,
EU/2005/0904

Ohessa lähetetään perustuslain 97§:n mukaisesti eduskunnalle tiedoksi perusmuistio ehdotuksesta yhteisön kansanterveysohjelmaksi vuosille 2007-2013. Liitteenä komission uusi ohjelmaehdotus (KOM(2006) 234).

Osastopäällikkö

Kimmo Leppo

Ylitarkastaja

Satu Koskenkorva

LIITTEET perusmuistio, komission ehdotus (suomi,ruotsi,englanti)

| | |
|---------------|--------------------|
| Asiasanat | kansanterveys |
| Hoitaa | STM |
| Tiedoksi | EUE, OM, VM, VNEUS |

TRO Koskenkorva Satu,Lahtinen Eero 17.08.2006

Asia

EU;Terveysjaosto;Ehdotus yhteisön kansanterveysohjelmaksi 2007-2013; Ohjelman käsittely neuvoston kansanterveystyöryhmässä

Kokous

Liitteet

Komissio ehdotus kansanterveysohjelmaksi,
(sähköinen liite) /suomi, ruotsi

Viite

STM 2005-00384

EUTORI/Eurodoc nro:

EU/2005/0903 ja EU/2005/0904

U-tunnus / E-tunnus:

Käsittelyvaihe ja käsittelyn tarkoitus:

Komissio antoi 24.5.2006 uuden muokatun ehdotuksen kansanterveysohjelmasta. Ohjelma ehdotusta käsitellään neuvoston kansanterveystyöryhmässä. Suomen tavoite puheenjohtajana on saada ohjelma hyväksytyksi pj-kaudellaan.

Asiakirjat:

9905/06 SAN 156 CADREFIN 169 CODEC 559 Muutettu ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston päätökseksi yhteisön toisesta toimintaohjelmasta terveyden ja kuluttajansuojan alalla (2007–2013) Vuosien 2007–2013 rahoituskehystä 17 päivänä toukokuuta 2006 tehdystä sopimuksesta johtuva mukautus (KOM(2006) 234 lopull.)

9512/06 SAN 133 CONSOM 39 CADREFIN 151 CODEC 500 Ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston päätökseksi yhteisön toimintaohjelmasta terveyden ja kuluttajansuojan alalla (2007–2013) – terveysnäkökohdat – Tilannekatsaus

14305/05 SAN 172 CONSOM 48 CADREFIN 236 CODEC 1008 *Ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston päätökseksi yhteisön toimintaohjelmasta terveyden ja kuluttajansuojan alalla (2007–2013) –Tilanneselvitys*

EU:n oikeuden mukainen oikeusperusta/päätöksentekomenettely:

Artikla 152 (kansanterveys)

Artikla 251 (yhteispäätösmenettely)

Neuvoston lakipalvelu on lausunnossaan todennut, etteivät ohjelmassa ehdotetut toimenpiteet vaikuta jäsenmaiden kompetenssiin järjestää tai tarjota terveys- ja lääkintäpalveluita. (13658/05 SAN 156 CONSOM 43 CADREFIN 73 CODEC 209)

Käsittelijä(t):

Neuvotteleva virkamies Eero Lahtinen STM, p. 74032
Ylitarkastaja Satu Koskenkorva STM, p. 74034

Suomen kanta/ohje:

Suomi suhtautuu joustavasti budjettiin ja ohjelman sisältömuutoksiin. Suomen tavoitteena on saavuttaa neuvoston ja EP:n välille sopu tästä asiasta, jotta ohjelma voisi astua voimaan parhaassa tapauksessa jo vuoden 2007 alusta - tai ainakin sen aikana.

Suomi pyrkii puheenjohtajana varmistamaan sen, että ohjelma noudattaa Suomen EU-terveyspolitiikan yleisiä linjauksia. Ennen kaikkea Suomelle on tärkeää se, että ohjelma tukee terveyden korkean suojelun tason varmistamista kaikissa yhteisön politiikoissa. Tämän takia yksi ohjelman keskeisiä toimia on tuottaa tietoa, myös sellaista, jolla voidaan perustella terveystieteiden ottamista huomioon muilla politiikka-aloilla.

EU-tason kansanterveystoimista Suomi tukee sellaisia, jotka tukevat jäsenvaltioiden toimia, joihin jäsenvaltioiden voimavarat yksin eivät riitä tai jotka ovat tehokkaampia EU-tasolla toteutettuina. Suomi ei tue sellaisia tavoitteita, joiden vaikutus ulottuu kansalliseen toimivaltaan luettaviin terveydenhuollon kysymyksiin.

Pääasiallinen sisältö:

Komissio laati toukokuussa 2006 muutetun ehdotuksen kansanterveysohjelmasta uusien rahoituskehysten pohjalta, ottaen samalla huomioon parlamentin 1. käsittelyssä esittämät muutokset ja lisäykset. Komissio oli alkuperäisesti esittänyt keväällä 2005 kansanterveys- ja kuluttajapoliittisen ohjelman yhdistämistä synergia etujen vuoksi, mutta parlamentti halusi pitää ohjelmat erillään.

Ohjelmasta rahoitetaan yhteisön kansanterveystyötä ja päätetään toimien kohteista. Uuden toimintaohjelman kolme päätavoitetta ja toiminta linjaa ovat: 1) kansalasten terveysturvallisuuden parantaminen, 2) terveyden edistäminen ja hyvinvoinnin ja solidaarisuuden lisääminen, 3) terveystiedon tuottaminen ja jakaminen. Toimivalta ja vastuu terveyspalveluista kuuluu jäsenvaltioille, mutta yhteisö koordinoi jäsenvaltioiden toimia toissijaisuusperiaatetta kunnioittaen. Ohjelma tukee ja täydentää jäsenvaltioiden toimia. Kansanterveyskomitea tekee päätöksen komission ehdotuksen pohjalta vuosittaisesta toimintaohjelmasta.

Komission uuteen ehdotukseen sisältyvät toimet ovat entistä enemmän linjassa yhteisön yleisten tavoitteiden vaurauden, solidaarisuuden ja turvallisuuden lisäämisen kanssa. Samoin ohjelman toivotaan tuottavan synergioita muiden politiikoiden kanssa. Ehdotuksessa on erityisesti huomioitavaa se, että terveysjärjestelmäosio on jäänyt pois ja terveysuhkien seuranta ja valvonta ovat siirtyneet kokonaisuudessaan Tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalaiseen keskukseseen (ECDC). Täysin uusina asioina komissio korostaa myös kuluvana vuonna käynnistyneen toimeenpanoviraston osuutta hallinnoinnissa sekä siirtymistä lisääntyvässä määrin käyttämään tarjouspyyntöjä (hanke-ehdotuskilpailujen asemesta) ohjelman tavoitteiden toteuttamiseksi. Euroopan tason kansanterveysjärjestöille ohjataan tukea, mutta rajatumminkin kuin alkuperäisessä ehdotuksessa. Rahoitusjärjestelyjen vaihtoehtoja on aiempaa enemmän, kuten muissakin uusissa ohjelmissa, tarkoituksena vähentää byrokratiaa ja lisätä joustavuutta. Komitologiamenettelyä koskeva osuus on nykyisen ohjelman kaltainen, mutta huomionarvoista on se, että ohjelma on vähemmän yksityiskohtainen kuin nykyinen, jolloin ohjelmakomitean merkitys kasvaa.

Ehdotuksessa korostetaan erityisesti sitä, että ohjelman tavoitteena ovat paremmat terveystulokset. Eurooppalaisten parempi terveys on luonnollinen tavoite ohjelmalle, mutta myös ongelmallinen

arviointin näkökulmasta. Toisaalta terveystavoitteet ovat osoitettavissa useimmiten hyvin pitkällä viiveellä ja toisaalta on vaikea osoittaa yhteyttä väestön kohentuneen terveyden ja yksittäisten hankkeiden välillä. Jos halutaan vahvistaa EU:n kansanterveystyötä tulevaisuudessa olisi järkevämpää asettaa ohjelmalle sellaisia tavoitteita, joiden saavuttaminen ohjelmakaudella on realistista ja voidaan ongelmitta näyttää toteen. Kysymykseen voivat tällöin tulla esimerkiksi se, millainen ohjelmakomitean rooli on ollut, miten osuvasti rahoitetut hankkeet vastaavat päätöksessä asetettuihin tavoitteisiin, ovatko hankkeiden tuotokset asetettujen tavoitteiden mukaisia, onko valittu toteuttamiseen pystyvät toimijat, millaisia ongelmia on liittynyt mahdollisesti epäonnistuneisiin hankkeisiin ja miten ohjelma on edistänyt eurooppalaista yhteistyötä, verkottumista ja tiedonvaihtoa eri alueilla.

Ehdotuksessa ei myöskään viitata aiempien ohjelmien arviointeihin, joista komissio on antanut joissakin tapauksissa käyttöön vain laatimansa yhteenvedot. Aiempien ohjelmien ongelmana oli fragmentaarisuus, jota erilliset ohjelmapäätökset syvensivät. Nykyisessä ohjelmassa (2003-2007) on pystytty ainakin joillakin alueilla parempaan koordinaatioon, mutta hanke-ehdotuksiin pohjautuvassa ohjelmassa pirstaleisuudelta ei voida kokonaan välttyä. Ohjelmassa on useissa kysymyksissä pystytty käynnistämään sellaisia toimia, jotka edistävät eurooppalaisen kansanterveyspolitiikan kehittämistä, joita jäsenvaltioiden olisi ollut vaikea käynnistää yksin ja jotka yhteistoimin toteutettuina ovat jäsenvaltioiden erillistoimia kustannustehokkaampia. Nykyisen ohjelman arviointi on parhaillaan käynnissä, joten siitä ei saada osviittaa ohjelmapäätökseen.

Kansanterveysohjelmasta päätetään yhteispäätösmenettelyllä. Euroopan parlamentin ENVI valiokunnassa raportojana toimii Antonio Trakatellis.

EP:n kanssa käydyissä keskusteluissa ongelmina ovat nousseet esille erityisesti budjetti sekä ohjelman toiminta-alue (scope). Parlamentille on mm. tärkeää, että kansantaudit ja tapaturmien vähentäminen näkyvät selvästi ohjelmassa. Komissio on ottanut hyvin pitkälle parlamentin muutoksen huomioon. Komissio on poiketen alustavasta ehdotuksestaan ja parlamentin toivomuksesta poistanut kaksi toimintalinjaa: yksittäisten tautien torjuminen ja terveysjärjestelmien välisen yhteistyön kehittäminen. Komission uusi ehdotus on, että yksittäisten tautien ehkäisyn sijaan ohjelman on tarkoitus kokonaisuudessaan vaikuttaa sairauksia aiheuttaviin determinanteihin. Uudessa ehdotuksessa terveysjärjestelmien välinen yhteistyö linjataan otettavaksi huomioon ja sisällytettäväksi kaikkiin kolmeen nyt ehdotettavaan toimintalinjaan.

Ohjelman tavoitteet:

1. Kansalaisten terveysturvallisuuden parantaminen

1.1. Kansalaisten suojele terveysuhkilta

- 1.1.1. Kehittää mekanismeja ja strategioita, joilla ehkäistään, vaihdetaan tietoja ja vastataan tartuntatauti- ja muihin terveysuhkiin, sekä fysikaalisiin, kemiallisiin tai biologisiin uhkiin, ml. tarkoituksella aiheutetut uhat; taataan korkeatasoinen diagnostinen yhteistyö laboratorioiden välillä, mukaan lukien yhteisön referenssilaboratoriojärjestelmä.
- 1.1.2. Tukea ehkäisy-, rokotus- ja rokotussuojapolitiikkojen kehittämistä, parannetaan kumppanuuksia, verkostoja, työkaluja ja rokotussuojatilanteen ja eri tapahtumien valvonnan raportointijärjestelmiä
- 1.1.3. Kehittää riskinhallintakykyä ja menettelytapoja, parantaa terveystilanteita varten valmiutta ja suunnitelmia, ml. koordinoitu EU ja kansainvälinen valmius; kehittää viestintää ja konsultointimenettelyjä liittyen vastatoimiin
- 1.1.4. Edistää yhteistyötä ja parantaa reagointikykyä, ml. suojavälineet, eristystilat ja liikkuvat laboratoriot, ylläpitäviä tilanteiden varalta.
- 1.1.5. Kehittää strategioita ja menettelytapoja, joilla laatia ja tehdä testejä ja harjoituksia, arvioida ja muokata valmius- ja varautumissuunnitelmia ja niiden yhteensopivuutta jäsenmaiden välillä.

1.2. Kansalaisten turvallisuuden parantaminen

- 1.2.1. Tukea ja lisätä tieteellistä neuvontaa ja riskienarviointia edistämällä varhaista riskien tunnistamista; arvioimalla niiden vaikutuksia; vaihtamalla tietoa uhkista ja altistumisesta; ja kehittämällä harmonisoituja ja yhteensopivia menetelmiä.
- 1.2.2. Auttaa lisäämään elinten ja ihmislähtöisten aineiden, veren, verijohdannaisten laatua ja turvallisuutta; tukea niiden saatavuutta, jäljitettävyyttä ja pääsyä lääketieteelliseen käyttöön
- 1.2.3. Edistää keinoja, joilla parantaa potilaiden turvallisuutta korkealuokkaisella ja turvallisella hoidolla; mukaan lukien sairaalainfektiot.
- 1.2.4. Edistää toimia joilla vähennetään tapaturmia ja onnettomuuksia, erityisesti kotitapaturmia.

2. Edistää terveyttä hyvinvoinnin ja solidaarisuuden lisäämiseksi

2.1. Lisätä terveyttä, aktiivisia elinvuosi ja auttaa terveyserojen kaventamisessa

- 2.1.1. Edistää terveyden elinvuosien lisäämistä ja terveellistä vanhenemista: tukea keinoja edistää ja tutkia terveyden vaikutuksia tuottavuuteen ja työmarkkinoihin ja sitä kautta Lissabonin tavoitteisiin.
- 2.1.2. Tukea aloitteita, joilla vähennetään terveyseroja jäsenmaiden sisällä ja välillä, jotka myötävaikuttavat hyvinvoinnin ja koheesion lisääntymiseen; edistää investointeja terveyteen yhteistyössä muiden yhteisön politiikkojen ja rahastojen kanssa; parantaa yhteenkuuluvuutta kansallisten terveysjärjestelmien välillä tukemalla yhteistyötä liikkuvuudessa ja rajatylittävissä hoidossa.

2.2. Terveyden edistäminen ja terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen

- 2.2.1. Edistää ja parantaa terveyttä vaikuttamalla terveyden taustatekijöihin, luoda terveellistä elämäntapaa edistäviä ja sairauksia ehkäiseviä ympäristöjä, vaikuttaa tärkeisiin tekijöihin kuten ravitsemus, liikunta ja seksuaaliterveys sekä riippuvuuksia aiheuttaviin aineisiin kuten tupakka, alkoholi ja huumeet, vaikuttamalla ihmisten yleisimmissä elinympäristöissä, kuten koulut, työpaikat sekä muu elämänpiiri.
- 2.2.2. Tukea terveyttä edistäviä laajoja sosioekonomisia ja ympäristöllisiä vaikuttajia.

3. Tuottaa ja jakaa terveystietoa (knowledge)

3.1. Tiedon ja parhaiden käytäntöjen vaihto (knowledge)

- 3.1.2. Tietojen ja parhaiden käytäntöjen kerääminen ja vaihto tärkeimmissä terveysasioissa kansanterveysohjelman alalla, ml. yhteistyö terveysjärjestelmien välillä, sukupuolinäkökulma terveydessä, lasten terveys, mielenterveys ja harvinaiset sairaudet.

3.2. Kerätä, analysoida ja jakaa tietoja terveydestä (information)

- 3.2.1. (Tiedon keruu) Kehittää kestävä terveysvalvontajärjestelmä, jossa on keruumekanismiin sopivat indikaattorit tiedonkeruulle; tietoa kerätään mm. terveydentilasta ja poliitikoista; järjestelmän tilastollista osuutta kehitetään yhteisön tilasto-ohjelman avulla.
- 3.2.2. (Analysointi ja jakelu) Kehittää analyysi ja jakelumekanismeja, ml. Yhteisön terveystiedot, terveysportaali ja konferenssit; tiedottaminen kansalaisille, sidosryhmille ja päättäjille; kehittää konsultointimekanismeja ja osallistumisprosesseja; raportoida säännöllisesti terveydentilasta EU:ssa kaiken kerätyn tiedonperusteella (kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen analyysi).
- 3.2.3. Analysoida ja antaa teknistä tukea ohjelmaan liittyvän lainsäädännön tai politiikkojen kehittämisessä tai toteuttamisessa.

Rahoitus selvitys

Alkuperäisessä ehdotuksessa komissio esitti budjetin merkittävää korottamista kansanterveysohjelmalle (komission alkuperäinen ehdotus oli 969 milj. euroa ja EP ehdotti jopa 1.500

milj. euroa). EU34-budjettijaosto ja ministerivaliokunta ovat hyväksyneet alkuperäisen ohjelmaehdotuksen mukaisen budjetin (EU34 24.5.2005 ja ministerivaliokunta 27.5.2005, 02.12.2005).

Joulukuussa 2005 sovituissa rahoituskehyksissä vuosille 2007-2013 budjetin otsikko 3b sai kuitenkin ennakoitua vähemmän rahaa. Otsikko 3b:stä rahoitetaan kansanterveysohjelman lisäksi kuluttaja-, nuoriso-, kulttuuripolitiikka ja kansalaistiedottaminen.

Uuden ohjelmaehdotuksen rahoitusosuus perustuu komission laskelmaan siitä, miten rahoituskehyksistä määrävän toimielinten välisen sopimuksen 3b otsikon loppusumma voidaan jakaa eri otsikon alaisten toimien kesken. Kansanterveysohjelmalle on nyt varattu 365,6 milj. euroa. Tästä kokonaissummasta 40 milj. euroa olisi hallintokuluja, joten vuosittain olisi käytössä keskimäärin 46 milj. euroa.

Kuluttajapoliittisen ohjelman budjetiksi on esitetty n. 156, 8 milj. Euroa, mikä on 30 % komission alkuperäisestä ehdotuksesta. ECDC:n budjetiksi on esitetty 347,7 milj. euroa. ECDC:n budjetti on kansanterveysohjelmasta täysin erillinen, eikä ECDC voi saada rahoitusta ohjelmasta.

Rahoituskysymys on suurin yksittäinen ongelma etsittäessä poliittista yhteisymmärrystä asiassa.

Kansallinen käsittely:

EU33-terveysjaosto 25.8.2006, 23.5.2005 (kirjallinen menettely), 21.11.2005, 16.5.2005
 EU24-kuluttaja-asiat 11.5.2005, 22.11.2005
 EU34-budjettiasiat 24.5.2005
 EU-ministerivaliokunta 27.5.2005, 02.12.2005

Eduskuntakäsittely:

Eduskuntaa informoidaan E-kirjeellä

Kansallinen lainsäädäntö:

Ohjelma ei vaikuta kansalliseen lainsäädäntöön.

Taloudelliset vaikutukset:

Kansanterveysohjelman taloudelliset vaikutukset Suomelle ovat arvioitavissa vasta ohjelman käynnistyttyä ja hankerahoituspäätösten edetessä. Taloudellinen vaikuttavuus on sidoksissa myönnettyyn hankerahoitukseen, joka voi olla määrällisesti merkittävää.

Aikaisemmassa kansanterveysohjelmassa erityisesti STM:n alaiset laitokset ovat olleet aktiivisia. Kansalaisjärjestöjen mahdollisuutta osallistua ohjelmaan on rajoittanut yhteisön rahoituksen tason alaisuus (60%) ja vastaavasti ohjelman edellyttämä korkea omarahoitusosuus (40%). Viranomaisten osallistumista helpottaa mahdollisuus käyttää virkamiesten palkkoja omarahoitusosuutena.

Muut mahdolliset asiaan vaikuttavat tekijät:

Kuluttajapoliittisesta ohjelmasta on tarkoitus saada kilpailukykyneuvostossa 25.9. poliittinen sopimus aikaan.

| | |
|---------------|--|
| Asiasanat | kansanterveys, jaosto EU 33 terveys, terveyst politiikka |
| Hoitaa | STM |
| Tiedoksi | ALR, EUE, OM, OPM, TM, UM, VM, VNEUS, YM |



EUROOPAN YHTEISÖJEN KOMISSIO

Bryssel 24.5.2006
KOM(2006) 234 lopullinen

2005/0042 A (COD)

Muutettu ehdotus:

EUROOPAN PARLAMENTIN JA NEUVOSTON PÄÄTÖS

yhteisön toisesta toimintaohjelmasta terveyden ja kuluttajansuojan alalla (2007–2013)

**Vuosien 2007–2013 rahoituskehyksestä
17 päivänä toukokuuta 2006 tehdystä sopimuksesta johtuva mukautus**

(komission esittämä EY:n perustamissopimuksen 250 artiklan 2 kohdan mukaisesti)

Perustelut

I. Johdanto

Komissio ehdotti 6. huhtikuuta 2005 laaja-alaista ja kunnianhimoista terveys- ja kuluttajansuojajohjelmaa vuosiksi 2007–2013¹. Ohjelman perustana oli olettamus 1 203 miljoonan euron budjetista (josta 969 miljoonaa euroa terveyttä varten). Ehdotukseen sisältyi yhteisön nykvisien terveystoimien merkittävä lisääminen kolmesta kuuteen toimintakokonaisuuteen, jotta voitaisiin puuttua valtioiden rajat ylittäviin terveysalan haasteisiin ja sidosryhmien odotuksiin.

Ensimmäisessä käsittelyssä 16. maaliskuuta 2006 Euroopan parlamentti antoi ohjelman terveysosaa koskevan lausunnon, jossa se tuki komission ehdottamia tavoitteita ja keskeisiä toimia, korosti pitävänsä erillistä terveysohjelmaa parempana vaihtoehtona, laajensi ehdotetun terveystoiminnan alaa ja pyysi 1 500 miljoonan euron budjettia.

Koska yhteisön rahoituskehyksestä vuosille 2007–2013 on kuitenkin tehty toimielinten välinen sopimus, lopulliseksi terveystoiminnan budjetiksi tuli 365,6 miljoonaa euroa, eli noin kolmannes komission huhtikuussa 2005 tekemässä ehdotuksessa alun perin kaavailusta budjetista.

Näiden resurssirajoitusten vuoksi on tarpeen omaksua tarkemmin rajattu toimintatapa yhteisön terveystoimissa. Komissio ehdottaakin, että ohjelma kohdennetaan uudelleen kolmeen laaja-alaiseen tavoitteeseen: kansalaisten terveysturvan parantamiseen; terveyden edistämiseen hyvinvoinnin ja solidaarisuuden parantamiseksi ja terveystiedon hankkimiseen ja levittämiseen. Painopistetoimenpiteet määritetään vuosittain, jotta ohjelman resurssit voitaisiin keskittää tarkoin valituille aloille, jotka on sopeutettu poliittiseen kontekstiin ja uusiin tarpeisiin.

Tämä onkin käsillä olevan muutetun ehdotuksen tarkoitus, ja sillä korvataan huhtikuussa 2005 annettu komission alkuperäinen ehdotus terveystoiminnan osalta. Antamalla erillisen, ainoastaan terveystoimintaa koskevan ehdotuksen komissio myöntyy parlamentin sekä talous- ja sosiaalikomitean kannattamaan toimintatapaan, jossa ehdotus jaetaan kahteen osaan. Kuluttajansuojaa käsitellään siis erillisessä ehdotuksessa.

Tässä muutetussa ehdotuksessa terveysalan tuleva toiminta suunnataan selkeämmin tukemaan yhteisön yleisiä tavoitteita eli hyvinvointia, solidaarisuutta ja turvallisuutta ja siinä pyritään saavuttamaan synergiaa muiden toimintalinjojen kanssa, kuten Euroopan parlamentti on korostanut. Nykyiseen ehdotukseen on mahdollisuuksien mukaan sisällytetty parlamentin esille tuomat keskeiset strategiset kysymykset, kuten terveenä ikääntymisen tukeminen, terveyserojen korjaaminen koko EU:n alueella, naisten ja miesten terveyteen liittyvien kysymysten huomioon ottaminen sekä rajatylittäviin kysymyksiin keskittyminen.

Muutettuun ehdotuksen ei budjettirajoitusten vuoksi kuitenkaan sisälly erityistä toimintakokonaisuutta yksittäisten sairauksien torjumiseksi (kuten komission alkuperäisessä ehdotuksessa, jota Euroopan parlamentti edelleen vahvisti). Resurssien

¹ KOM(2005) 115, 6.4.2005.

niukkuuden vuoksi komissio pyrkii sen sijaan vähentämään sairauksien aiheuttamaa taakkaa puuttamalla tärkeimpiin terveyden taustatekijöihin. Jos yhteisön tasoisella, tiettyjä sairauksia (kuten harvinaisia sairauksia tai mielenterveyttä) koskevilla toimilla voidaan kuitenkin tuottaa merkittävää lisäarvoa, muutetun ehdotuksen tähän liittyvissä tavoitteissa annetaan tällaisia säännöksiä.

Terveydenhuoltojärjestelmien yhteistyötä koskevia toimia (jotka komission alkuperäisessä ehdotuksessa muodostivat erillisen toimintakokonaisuuden) on lisäksi huomattavasti virtaviivaistettu, ja ne on sisällytetty jäljempänä kuvattaviin yhteisön terveystoiminnan kolmeen tavoitteeseen.

II. Terve yhteiskunta hyvinvoinnin, solidaarisuuden ja turvallisuuden perustana

Terveyden parantaminen on itsessäänkin tärkeää. Terveys on lisäksi merkittävässä asemassa, kun etsitään ratkaisuja Euroopan kohtaamiin suuriin haasteisiin, kuten väestön ikääntymiseen, turvallisuusuhkiin tai työvoimapulaan. Terveyden parantaminen on tarpeen, jotta voitaisiin saavuttaa yhteisön yleistavoitteet, jotka on asetettu tällaisten ongelmien ratkaisemiseksi. Terveydellä on tehtävänsä, kun Eurooppa pyrkii saavuttamaan täyden potentiaalinsa hyvinvoinnin, solidaarisuuden ja turvallisuuden osalta.

Hyvinvoinnin osalta väestön terveys on keskeinen tuottavuus- ja kasvutekijä. Euroopan parlamentti korosti, että terveyden vaaliminen on pitkän aikavälin talouskasvun ja sosiaalisen hyvinvoinnin avaintekijä². Terveysalan toimintalinjojen parantaminen johtaa EU:n kansalaisten kasvavaan elinikään ja parempaan terveyteen, mikä taas vähentää työntekijöiden poissaoloja ja ennen aikaista eläkkeelle siirtymistä. Komissio on painottanut kevään Eurooppa-neuvostolle toimittamissaan vuosittaisissa raporteissa, että terveiden elinvuosien lisääminen on olennaisen tärkeää, kun työllisyyttä pyritään lisäämään³, ja että Euroopalla ei ole enää varaa siihen, että 50 vuotta täyttäneet jäävät pois työelämästä.⁴ Huono terveydentila on tärkein varhaiseläkkeelle siirtymisen ja tuottavuuden menetyksen syy. Kansalaisten terveiden elinvuosien lisääminen on näin ollen tärkeää Lissabonin tavoitteiden saavuttamiseksi. Tämän vuoksi ja parlamentin ensimmäisessä käsittelyssä annetun lausunnon pohjalta nyt käsillä olevassa muutetussa ehdotuksessa keskitytään selvemmin terveenä ikääntymiseen sekä terveyden potentiaaliin kasvun edistämässä.

Solidaarisuuden osalta yhteisön tavoitteen, eli sosiaalisesti yhtenäisen Euroopan, saavuttaminen edellyttää elinajanodotteeseen, terveydentilaan ja laadukkaiden terveysten palveluiden saatavuuteen EU:ssa liittyvien merkittävimpien erojen pienentämistä. Tämä merkitsee käytännössä sitä, että EU:n eri osissa on suuria eroja elämän laadussa, mutta myös tuottavuudessa, työelämään osallistumisessa ja niiden työntekijöiden iässä, jotka invaliditeetin vuoksi poistuvat työvoimasta. Terveysterot kulkevat lisäksi käsi kädessä hyvinvointierojen kanssa. Solidaarinen Eurooppa ei voi kääntää selkäänsä tällaisille eroille. Vastauksena parlamentin ensimmäisessä käsittelyssä annettuun lausuntoon tässä muutetussa ehdotuksessa keskitytään nyt enemmän terveyserojen käsittelyyn ja myös säädetään toimista, joilla parannetaan

2 Euroopan parlamentin lausunto (15.3.2006) kevään Eurooppa-neuvostolle toimitetusta komission tiedonannosta (25.1.2006).

3 Komission tiedonanto kevään 2005 Eurooppa-neuvostolle, KOM(2005) 24, 2.2.2005.

4 Komission tiedonanto kevään 2006 Eurooppa-neuvostolle, KOM(2006) 30, 25.1.2006.

terveysjärjestelmien välistä solidaarisuutta, vaikkakin budjettisivistä virtaviivaistetulla tavalla.

Viimeaikaiset lintuinfluenssaan liittyvät tapahtumat ja kasvava huoli influenssapandemian mahdollisuudesta muistuttavat meitä siitä, että turvallisuuden vuoksi on tehostettava toimia kansalaisten suojelemiseksi rajatylittäviltä terveysuhilta. Turvallisuuden parantaminen edellyttää valmiuksien rakentamista sekä Euroopan että jäsenvaltioiden tasolla, jotta terveydellisiin hätätilanteisiin voitaisiin reagoida koordinoitusti ja tehokkaasti ja jotta samalla voitaisiin noudattaa ihmisoikeuksien suojelun periaatetta ja Euroopan unionin perusoikeuskirjan yhteisiä arvoja. Kansalaiset ja sidosryhmät odottavat, että EU varmistaa nopean ja tehokkaan avun jäsenvaltioille, jotka reagoivat mahdolliseen pandemiaan ja muihin vakaviin terveysuhkiin. EU:n on toimittava, kun sen kansalaisten turvallisuus on uhattuna. Muutetussa ehdotuksessa korostetaan edelleen tätä kysymystä, ja siinä on yleisesti ottaen pitäydtytty alkuperäisen ehdotuksen mukaisessa toiminnan laajuudessa. Ohjelman mukainen toiminta täydentää tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalaisen keskuksen toimintaa (ks. jäljempänä).

III. Ohjelman tavoitteet

Ohjelmalla on kolme laajaa tavoitetta, joihin pyritään yhteisön yleisten tavoitteiden mukaisesti:

1. Kansalaisten terveysturvan parantaminen

2. Terveiden edistäminen hyvinvointia ja solidaarisuutta varten

3. Terveystiedon hankkiminen ja levittäminen

Näiden tavoitteiden saavuttaminen edellyttää tiivistä yhteistyötä ja vahvaa synergiaa muiden toimintalinjojen kanssa. Terveyskysymysten valtavirtaistamista muihin toimintalinjoihin ja yhteisen toiminnan mahdollisuuksia on tässä ehdotuksessa vahvistettu parlamentin ensimmäisessä käsittelyssään antaman lausunnon pohjalta.

1. Kansalaisten terveysturvan parantaminen

1.1. Kansalaisten suojelu terveysuhilta

Yhteisön strategissa tavoitteissa vuosille 2005–2009⁵ korostetaan, että on tärkeää vastata EU:n tasolla uhkiin, jotka kohdistuvat kansalaisten terveyteen ja turvallisuuteen (myös bioterrorismiin). Maailmanlaajuisista terveysuhista ja lintuinfluenssaan liittyvistä tuoreimmista tapahtumista saadut kokemukset osoittavat, että EU:n on parannettava kykyään vastata rajatylittäviin uhkiin. Merkittävä askel tähän suuntaan on vuonna 2004 perustettu tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalainen keskus⁶, jonka tehtävänä on analysoida ja arvioida tartuntatauteihin liittyviä riskejä sekä tarjota niitä koskevia neuvoja.

⁵ Strategiset tavoitteet vuosiksi 2005–2009, ”Eurooppa 2010”, 2005.

⁶ Asetus (EY) N:o 851/2004.

Tämän ohjelman toimilla tunnistetaan keskuksen toimeksiantoa laajemmin uhkia, joita aiheuttavat mm. fysikaaliset ja kemialliset aineet, ja ohjelman tukitoimilla lujitetaan yhteisön seuranta- ja valvontaverkoston perustamisesta tehdyn päätöksen täytäntöönpanoa⁷. Ohjelmalla tuetaan lisäksi rokotusohjelmien suunnittelua sekä vertailulaboratoriojärjestelmän perustamista harvinaisia tai suuririskisiä taudinaiheuttajia varten.

Valvonnalla tarkoitetaan yksinkertaisesti niiden tietojen keruuta, joita yhteisö tarvitsee päättääkseen, mitä on tehtävä. Jotta EU voisi suojella kansalaisiaan tehokkaasti, se tarvitsee teknisiä ja toiminnallisia valmiuksia (EU:n sisäisiin tai sen ulkopuolisiin) terveysuhkiin valmistautumista ja reagoimista varten. Tämän vuoksi ohjelmassa tuetaan EU:n valmiuksien rakentamista, jotta Euroopan tasolla voidaan reagoida koordinoitusti. Ohjelmalla edistetään kansallisten rakenteiden tehostamista; tähän käytetään toimia, joilla parannetaan riskinhallintaa ja terveyteen liittyvien hätätilanteiden suunnittelua, tuetaan toiminnan koordinoitua tällaisissa hätätilanteissa, ja parannetaan niihin valmistautumista sekä edistetään verkottumista ja parhaiden toimintatapojen vaihtoa. Ohjelmalla tuetaan edelleen jäsenvaltioita, kun ne kehittävät omaa infrastruktuuriaan, valmiuksiaan sekä koordinoitujärjestelyjään, joita uhkiin reagointi edellyttää.

1.2. Kansalaisten turvallisuuden parantaminen

Kansalaiset kohtaavat mahdollisten pandemioiden lisäksi lukuisia muita, monimuotoisia turvallisuuteen kohdistuvia uhkia. Vältettävissä olevien tapahtumien ja infektioiden lisääntyminen sairaaloissa aiheuttaa huolta potilasturvallisuudesta kaikkialla EU:ssa. On myös käsiteltävä tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvien, vältettävissä olevien sairauksien aiheuttamaa taakkaa. EU voi tällä alalla täydentää kansallisia toimenpiteitä lisäämällä tietoisuutta, tukemalla kokemusten vaihtoa ja edistämällä opastavan aineiston laatintaa.

Lisäksi EU:lla on keskeinen rooli terveysriskien tunnistamisessa (esim. riskit, jotka liittyvät altistumiseen jossakin tuotteessa olevalle kemialliselle aineelle) ja niiden mahdollisten vaikutusten arvioinnissa. EU:lla on myös perustamissopimuksessa määrätty tärkeä velvoite taata lääketieteelliseen käyttöön tarkoitettujen ihmisperäisten elinten ja aineiden korkea laatu ja turvallisuus. Ohjelmassa tuetaankin verta, kudoksia ja soluja koskevan yhteisön lainsäädännön täytäntöönpanoa ja tarjotaan apua kansainvälisen terveys sääntöjen täytäntöön panemiseksi.

Muutetussa ehdotuksessa otetaan huomioon parlamentin pyynnöt, joiden mukaan yhteisön on ensisijaisena toimenaan käsiteltävä vakavia rajatylittäviä terveysuhkia, koordinoitava tarkoin sekä ohjelmassa tehtävä että tautien ehkäisy ja valvonnan eurooppalaisen keskuksen työ sekä toteutettava toimia, jotka koskevat vammojen ehkäisyä sekä elimiä.

2. Terveiden edistäminen hyvinvointia ja solidaarisuutta varten

2.1. Terveenä ja aktiivisena ikääntymisen edistäminen ja terveyserojen pienentämisen tukeminen

⁷ Päätös N:o 2119/98/EY.

Euroopan väestö ikääntyy, ja työssä käyvien osuus pienentyy. Keskeinen haaste onkin varmistaa, että väestö ikääntyy terveenä. ”Mitä pidempään ihmiset pysyvät terveisinä ja hyväkuntoisina, sitä pidempään he voivat olla aktiivisia ja pysyä työelämässä”.⁸ EU:n on tuettava poliittisia toimenpiteitä, joilla tuetaan terveenä ja aktiivisena ikääntymistä, kuten yhteisön Lissabonin ohjelmassa kaavaillaan.⁹ Kuten Eurooppa-neuvostolle korostettiin, jäsenvaltioiden on pyrittävä pienentämään sellaisten ihmisten suurta määrää, jotka ovat poissa työelämästä huonon terveyden vuoksi.¹⁰ Joidenkin jäsenvaltioiden Lissabon-suunnitelmiin sisältyy terveystoimenpiteitä, joilla työvoiman vahvistamisen lisäksi¹¹ pyritään myös kohentamaan julkista taloutta. On selvää, että ikääntyvä ja terveydeltään heikko väestö kasvattaa terveydenhuoltomenoja, mutta on lisäksi myös näyttöä siitä, että väestön terveyden kohentaminen voi selvästi pienentää ennustettua menojen kasvua. Ikääntyvän yhteiskunnan ongelmiin puuttuminen tarkoittaa elinkaariajattelun soveltamista terveyteen, jolloin varmistetaan, että nuoriin keskitytään riittävästi.

Tässä muutetussa ehdotuksessa otetaan huomioon parlamentin pyynnöt, jotka koskevat toimia terveiden elinvuosien lisäämiseksi (rakenteellinen indikaattori), jotta Lissabonin tavoitteet voitaisiin saavuttaa torjumalla sairauksia ja edistämällä terveenä ikääntymistä, sekä pyyntö, joka koskee lasten terveyden ottamista huomioon.

Väestön terveys ja korkeatasoisten terveydenhuoltopalveluiden saatavuus vaihtelevat suuresti jäsenvaltioittain ja alueittain. Lisäksi väestön huono terveydentila johtaa heikompaan tuottavuuteen ja vähäisempään osallistumiseen työmarkkinoille. Väestön huono terveydentila siis vaikuttaa kielteisesti talouskasvuun, ja terveysvaje johtaa talouden heikentymiseen. Ne jäsenvaltiot ja alueet, joiden kansalaiset ovat (EU:n keskiarvoon nähden) terveydeltään heikossa asemassa, odottavat ollen EU:n taholta solidaarisuutta ja tukea, jotta ne voisivat kohdentaa terveystoimintansa. EU:n aluepolitiikalla voidaan tukea investointeja terveysalan infrastruktuuriin lähentymisalueilla sekä henkilöstöresursseihin kaikkialla Euroopan unionissa. Ohjelmalla myös rohkaistetaan jäsenvaltioita investoimaan terveyteen yhteistyössä muiden toimintalinjojen kanssa.

Vastauksena parlamentin ensimmäisessä käsittelyssään antamaan lausuntoon ohjelmassa viedään eteenpäin toimia, joilla tunnistetaan terveyserojen syitä jäsenvaltioiden sisällä ja niiden välillä keskittyen erityisesti uusien jäsenvaltioiden tilanteeseen, ja siinä tuetaan parhaiden toimintatapojen vaihtoa tällaisten erojen korjaamiseksi. Näin ollen tässä muutetussa ehdotuksessa otetaan täysimittaisesti huomioon parlamentin pyynnöt, joiden mukaan terveyseroja koskevien toimien olisi oltava yksi ohjelman painopisteistä, ja sillä pyritään osaltaan tukemaan terveyserojen pienentämistä EU:ssa.

Muutetussa ehdotuksessa otetaan myös huomioon parlamentin pyyntö, jonka mukaan uudessa ohjelmassa olisi keskityttävä rajatylittäviin kysymyksiin. Synergiaa ja täydentävyyttä etsittäisiin terveyteen liittyvistä rajatylittävistä hankkeista, jotka ovat aluepolitiikan alueiden väliseen yhteistyöhön liittyvien tavoitteiden mukaisia.

⁸ Euroopan parlamentin lausunto (15.3.2006) kevään Eurooppa-neuvostolle toimitetusta komission tiedonannosta (25.1.2006).

⁹ KOM(2005) 330 lopullinen, 20.7.2005, Yhteisön Lissabon-ohjelma: ”[...]komissio avustaa jäsenvaltioita niiden laatiessa aktiivisen ikääntymisen strategioita, joihin kuuluu terveen elinajan pidentämiseen tähtäviä toimenpiteitä”.

¹⁰ Liite asiakirjaan KOM(2006) 30, 25.1.2006.

¹¹ KOM(2006) 30, 25.1.2006, komission tiedonanto kevään 2006 Eurooppa-neuvostolle.

Ohjelmassa tuetaan terveydenhuoltojärjestelmien yhteistyötä useissa merkitykseltään kasvavissa rajatylittävissä kysymyksissä, kuten potilaiden ja terveydenhuoltoalan työntekijöiden liikkuvuudessa.

2.2. Terveempien elintapojen edistäminen terveyden taustatekijöihin vaikuttamalla

Suurimmat vaikuttajat väestön terveyteen ovat terveyden taustatekijät, kuten ravitsemus, alkoholin, tupakan ja huumeiden käyttö sekä sosiaalisen ja fyysisen ympäristön laatu. Toiminta näillä aloilla on oleellisen tärkeää, kun pyritään parantamaan terveyttä ja hyvinvointia ja estämään ennenaikaisia kuolemia ja vammautumisia. Vältettävissä olevien, elintapoihin ja riippuvuuteen liittyvien sairauksien yhä kasvava taakka on kaikissa EU:n jäsenvaltioissa tekijä, joka erityisesti edellyttää yhteisön taseisia toimia yhteistyön helpottamiseksi, hyvien toimintatapojen vaihtamiseksi ja kansallisten toimenpiteiden täydentämiseksi.

Terveyden edistäminen edellyttää siis puuttumista terveyttä vaarantaviin elintapatekijöihin (esim. ravitsemus, fyysinen aktiivisuus ja seksuaaliterveys) ja riippuvuuksiin (esim. tupakka, alkoholi, huumeet) sekä laajempiin sosioekonomisiin ja ympäristöön liittyviin terveyden taustatekijöihin.

Tässä ehdotuksessa otetaan huomioon parlamentin antama tuki yhteisön toimille, jotka koskevat terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisevää toimintaa. Ehdotukseen sisältyy kohdennettuja toimia, jotka koskevat erityisesti elintapoihin ja riippuvuuksiin liittyviä terveyden taustatekijöitä.

Komission alkuperäiseen ehdotukseen sisältynyt sairauksia koskeva erillinen toimintakokonaisuus ei budjettisyistä ole enää mahdollinen. Terveyden tärkeimpien taustatekijöiden käsitteleminen edistää kuitenkin osaltaan näiden sairauksien aiheuttaman taakan keventämistä. Esimerkiksi terveellistä ruokavaliota tukevalla toimilla voidaan edistää sydänsairauksien vähentämistä ja seksuaaliterveyttä koskevilla toimilla voidaan tukea hiv-tartuntojen ja aidsin torjuntaa.

3. Terveystiedon hankkiminen ja levittäminen

3.1. Osaamisen ja parhaiden toimintatapojen vaihto

Terveyskysymyksiin liittyvän osaamisen ja parhaiden toimintatapojen vaihtoon on runsaasti mahdollisuuksia. Parlamentti on korostanut erityisesti sitä, että tarvitaan yhteisön taseista toimintaa, jolla tuodaan lisäarvoa ja jossa keskitytään rajatylittäviin kysymyksiin. Parhaiden toimintatapojen vaihdossa keskitytään tässä yhteydessä kysymyksiin, joissa yhteisö voi tarjota todellista lisäarvoa tuomalla eri maiden asiantuntijat yhteen. Näin on esimerkiksi harvinaisten sairauksien kohdalla tai terveydenhuoltojärjestelmien rajatylittävän yhteistyön kysymyksissä. Siihen sisältyvät myös laaja-alaiset kysymykset, joita parlamentti korosti ensimmäisessä käsittelyssä antamassaan lausunnossa, kuten sukupuoleen liittyvät terveysseikat ja lasten terveys. Myös muita keskeisiä, kaikkia jäsenvaltioita kiinnostavia kysymyksiä, kuten mielenterveyttä, on määrä käsitellä. Osaamisen ja parhaiden toimintatapojen vaihto täydentää kansallisia toimenpiteitä ja tarjoaa jäsenvaltioille mahdollisuuden hyötyä muulla EU:ssa kehitetyistä ratkaisuista. Tiedon keruu saattaa olla tarpeen ennen tällaista osaamisen vaihtoa.

Tässä muutetussa ehdotuksessa onkin otettu huomioon parlamentin pyyntö, joka koskee terveyden sukupuolinäkökohtia sekä lasten terveyttä (jota ei ollut erikseen sisällytetty komission alkuperäisen ehdotuksen liitteeseen 2) koskevaa toimintaa. Siinä myös vastataan parlamentin pyyntöön, jonka mukaan yhteisön olisi keskityttävä lisäarvoon rajatylittävissä terveystarkastuksissa, kuten potilaiden liikkuvuudessa.

3.2. Terveystiedon keruu, analysointi ja levittäminen

Terveydosaamisen vankan tietoperustan kokoaminen on olennaisen tärkeää, kun suunnitellaan näyttöön pohjautuvaa terveystieteitä. Sidosryhmät ja poliittiset päätöksentekijät luottavat lisäksi siihen, että EU tarjoaa vertailukelpoista, luotettavaa ja ajantasaista terveystietoa. Terveystiedon kokoaminen ja levittäminen edellyttää EU:n terveyden seurantajärjestelmän kehittämiseen tähtäävän nykytoiminnan laajentamista. Seurantajärjestelmä toimittaa tietoa kaikkiin terveyttä koskeviin toimintoihin hyödyntäen tarvittaessa yhteisön tilasto-ohjelmaa.

Parlamentin ensimmäisessä käsittelyssään antaman lausunnon tuella ohjelmassa jatketaan ponnisteluja indikaattoreiden ja muiden työkalujen laatimiseksi sekä tietojen keräämiseksi poliittisen päätöksenteon perustaksi. Kuten alkuperäisessä komission ehdotuksessa kaavailtiin, ohjelmassa keskitytään yhä enemmän tarjoamaan kansalaisille käyttäjäystävällisiä analyyseja ja tietoja, esim. terveysportaalin kautta. Kun ohjelmassa selvemmin keskitytään kansalaisviestintään, tuetaan myös pyrkimyksiä tuoda EU – ja EU:n terveystieteitä – lähemmäs kansalaisia.

IV. Ohjelman täytäntöönpano

Tässä muutetussa ehdotuksessa on säilytetty huhtikuussa 2005 annetun komission alkuperäisen ehdotuksen välineet ja keskeiset täytäntöönpanosäännökset, ja siihen on sisällytetty useita Euroopan parlamentin tekemiä tarkistuksia, jotka lisäävät alkuperäisen ehdotuksen yksityiskohtaisuutta ja avoimuutta.

Sääntelyn parantamista koskevien periaatteiden mukaisesti on erityisesti pyritty varmistamaan toiminnan johdonmukaisuus nyt käsillä olevan välineen ja yhteisön muiden ohjelmien kesken. Kuten ensimmäisessä käsittelyssä annetussa parlamentin lausunnossa pyydetään, ohjelmassa vahvistetaan synergiaa yhteisön muiden toimintalinjojen ja ohjelmien kanssa, esim. aluekehitys- ja rakennusrahastojen, yhteisön tilasto-ohjelman, yhteisön työterveys- ja työturvallisuusstrategian, kestävän kehityksen strategian, tutkimuksen puiteohjelman sekä Lissabonin toimintasuunnitelman kanssa. Tarvittaessa ohjelmassa voidaan toteuttaa yhteistoimia myös muiden toimintalinjojen kanssa.

Ohjelmassa tuetaan kansalaisyhteiskunnan osallistumista terveystieteiden suunnitteluun. Ohjelman mukaisissa tärkeimmässä aloitteissa otetaan myös täysimääräisesti huomioon sidosryhmien kuuleminen. Terveystieteitä työstetään yhteistyössä kansalaisten ja sidosryhmien kanssa esimerkiksi antamalla tukea potilaiden etuja puolustavien tai terveystarkastuksia edistävien järjestöjen kehittämiseen.

Euroopan parlamentin pyynnön mukaisesti ohjelmassa on entistä voimakkaammin painotettu raportointia ohjelman keskeisistä tuloksista muille toimielimille sekä ohjelman vaikutuksen huolellista arviointia tulevien aloitteiden kannalta. Lisäksi komissio on ottanut huomioon parlamentin pyynnön, jonka mukaan päätösehdotuksessa olisi annettava selkeät perusteet, joilla arvioidaan valtioista riippumattomien järjestöjen

tukikelpoisuus perusrahoituksen osalta. Näin parannetaan tekstin avoimuutta sääntelyn parantamista koskevien periaatteiden mukaisesti. Muutetussa ehdotuksessa on kuitenkin budjettisivistä laskettu erityistapauksissa myönnettävän perusrahoituksen enimmäismäärää 95 prosentista (joka sisältyi komission alkuperäiseen ehdotukseen ja jota parlamentti tuki) 80 prosenttiin.

Kansanterveysalan toimintaohjelmaa varten perustetun nykyisen toimeenpanoviraston olisi avustettava ehdotetun uuden terveysohjelman täytäntöönpanossa. Kustannustehokkuuden parantamiseksi ja mittakaavaetujen saamiseksi saman viraston olisi myös avustettava kuluttajaohjelman täytäntöönpanossa sekä elintarviketurvallisuutta koskevien koulutustoimenpiteiden täytäntöönpanossa. Komissio aikookin tätä varten muuttaa täytäntöönpanoviraston perustamisesta 15. joulukuuta 2004 tekemäänsä päätöstä.

Nykyisessä kansanterveysohjelmassa korostuu voimakkaasti rajatylittävien hankkeiden yhteisrahoitus avustusten muodossa. Komissio ehdottaa, että tulevassa ohjelmassa vähennetään hankkeiden yhteisrahoituksen osuutta ja keskitytään enemmän tarjouspyyntöihin, jotta voidaan maksimoida ohjelmasta rahoitettavien toimien tehokkuus, vaikutus ja lisäarvo sekä varmistaa, että voimavarat kanavoidaan selkeästi ohjelman tavoitteisiin liittyviin tarpeisiin.

Ohjelma on suunniteltu osaksi laaja-alaista terveysstrategiaa, jonka komissio esittelee vuonna 2007. Ohjelma kattaa olennaisilta osin sen toiminnan, johon tarvitaan rahoitusta. Tuleva strategia tarjoaa kattavat puitteet yhteisön monenlaisille terveystoimille, ja siinä myös määritellään toiminnan tavoitteet ja painopisteet. Keskeisiä kysymyksiä, kuten terveysnäkökohtien valtavirtaistamista muihin toimintalinjoihin, terveyseroihin puuttumista sekä kansainvälisiin kysymyksiin reagointia, täsmennetään tulevassa strategiassa.

Muutettu ehdotus:

EUROOPAN PARLAMENTIN JA NEUVOSTON PÄÄTÖS

yhteisön toisesta¹² toimintaohjelmasta terveyden ja kuluttajansuojan alalla (2007–2013)

(ETA:n kannalta merkityksellinen teksti)

EUROOPAN PARLAMENTTI JA EUROOPAN UNIONIN NEUVOSTO, jotka

ottavat huomioon Euroopan yhteisön perustamissopimuksen ja erityisesti sen 152 ja ~~153~~-artiklan,¹³

ottavat huomioon komission ehdotuksen,¹⁴

ottavat huomioon Euroopan talous- ja sosiaalikomitean lausunnon,¹⁵

ottavat huomioon alueiden komitean lausunnon,¹⁶

noudattavat perustamissopimuksen 251 artiklassa määrättyä menettelyä,¹⁷

sekä katsovat seuraavaa:

- (1) Yhteisö voi myötävaikuttaa kansalaistensa terveyden ja turvallisuuden ja taloudellisten etujen suojaamiseen toteuttamalla toimia kansanterveyden ja kuluttajansuojan alalla¹⁸. **Terveyden korkeatasoinen suojele olisi varmistettava yhteisön kaikkien toimintalinjojen ja toimintojen määrittelyssä ja täytäntöönpanossa. Euroopan yhteisön perustamissopimuksen 152 artiklan nojalla yhteisöltä edellytetään aktiivista roolia siten, että se toteuttaa toissijaisuusperiaatetta kunnioittaen toimenpiteitä, joita yksittäiset jäsenvaltiot eivät voi toteuttaa. Yhteisö kunnioittaa täysin jäsenvaltioiden toimivaltaa terveyspalveluiden ja sairaanhoidon järjestämisessä ja tarjoamisessa.**¹⁹
- (2) **Terveysalalle leimaa-antavaa on toisaalta sen huomattava kasvupotentiaali, innovatiivisuus ja dynaamisuus ja toisaalta sen kohtaamat haasteet, kun on kyse taloudellisesta ja sosiaalisesta kestäväydestä sekä terveysjärjestelmien**

12 Euroopan parlamentin tarkistus 1, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi.

13 Euroopan parlamentin tarkistus 2, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi.

¹⁴ EUVL C 172[...], ..., 12.7.2005, s. 25[...].

¹⁵ **ETSK/2006/230, 14.2.2006** EUVL C [...], [...], s. [...].

¹⁶ **Alueiden komitean lausunto 2005/147, 16.2.2006** EUVL C [...], [...], s. [...].

¹⁷ EUVL C [...], [...], s. [...].

18 Osa Euroopan parlamentin tarkistusta 3, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi.

19 Euroopan parlamentin tarkistus 4.

tehokkuudesta, muun muassa ikääntyvän väestön ja lääketieteen edistyksen vuoksi.²⁰

- (3) Yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelma (2003–2008) oli ensimmäinen Euroopan yhteisön kattava tämän alan ohjelma, jonka myötä on jo saavutettu tärkeitä tuloksia ja parannuksia.²¹
- (4) On olemassa joukko vakavia rajatylittäviä ja mahdollisesti maailmanlaajuisia terveysuhkia, ja esiin nousee uusia uhkia, jotka edellyttävät yhteisön lisätoimia. Yhteisön olisi käsiteltävä vakavia rajatylittäviä terveysuhkia ensisijaisina. Seuranta, varhaisvaroitusjärjestelmä ja vakavien terveysuhkien torjunta edellyttävät yhteisön valmiuksia vastata uhkiin koordinoitusti ja tehokkaasti.²²
- (5) Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan terveysraportin 2005 mukaan merkittävimmät syyt sairauksien aiheuttamalle kuormitukselle WHO:n Euroopan alueella sairastavuusvakioituina elinvuosina ilmaistuina ovat ei-tarttuvat taudit (77 prosenttia taudeista yhteensä), ulkoiset vammojen ja myrkytysten syyt (14 prosenttia) sekä tarttuvat taudit (9 prosenttia). Seitsemän tärkeintä syytä – iskeeminen sydäntauti, unipolaarinen masennus, aivo- ja verisuonitauti, alkoholin liikakäyttö, krooninen hengitystiesairaus, keuhkosyöpä ja tieliikenneonnettomuudet – vastaavat 34 prosentista sairastavuusvakioiduista elinvuosista Euroopan alueella. Seitsemän tärkeintä riskitekijää – tupakka, alkoholi, korkea verenpaine, korkea kolesteroli, ylipaino, vähäinen hedelmien vihannesten nauttiminen ja vähäinen liikunta – vastaavat 60 prosentista sairastavuusvakioiduista elinvuosista. Lisäksi tarttuvista taudeista, kuten hiv-tartunnasta ja aidsista, influenssasta, tuberkuloosista ja malariasta on tulossa uhka kaikkien eurooppalaisten terveydelle. Yksi ohjelman tärkeistä tehtävistä, tarvittaessa yhteistyössä yhteisön tilasto-ohjelman kanssa, olisi tunnistaa aiempaa paremmin yhteisön merkittävimmät terveysongelmat.²³
- (6) Kahdeksan tärkeintä ei-tarttuvista taudeista johtuvaa kuolleisuuden ja sairastavuuden syytä WHO:n Euroopan alueella ovat sydän- ja verisuonitauti, neuropsykiatriset häiriöt, syöpä, ruoansulatussairaudet, hengitystiesairaudet, tuntoelinten häiriöt, lihas- ja tukielinsairaudet sekä diabetes.²⁴
- (7) Antibioottiresistenssistä ja sairaalainfektioista on tulossa uhka terveydelle Euroopassa. Keskeisiä huolenaiheita ovat uusien tehokkaiden antibioottien puute ja se, miten varmistetaan nykyisten antibioottien asianmukainen käyttö. Siksi on tärkeää kerätä ja analysoida asiaankuuluvia tietoja.²⁵

20 Euroopan parlamentin tarkistus 6, jonka komissio on hyväksynyt. Lisäksi toimituksellinen muutos ("eliniänodotteen nousu" korvattu ilmaisulla "ikäntyvä väestö").

21 Euroopan parlamentin tarkistus 7.

22 Euroopan parlamentin tarkistus 8.

23 Euroopan parlamentin tarkistus 9.

24 Euroopan parlamentin tarkistuksesta 10, jonka komissio on hyväksynyt muutoksin. Diabetestä koskevasta tarkasta sanamuodosta on luovuttu, ja ilmaus "kuolinsyytä" on korvattu ilmauksella "kuolleisuuden ja sairastuvuuden syytä". Muutetusta ehdotuksesta on myös jätetty pois diabetestä ja syöpää koskevat tarkistukset 11 ja 12, jotka komissio oli aluksi hyväksynyt. Budjettirajoitusten vuoksi alkuperäisen ehdotuksen sairauksia koskevista toimintaloikoista on tarkistetuissa ehdotuksissa luovuttu eivätkä nämä tarkistukset enää ole soveltuvia.

25 Euroopan parlamentin tarkistus 13.

- (8) Tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalaisen keskuksen roolin vahvistaminen on tärkeää tarttuvien tautien torjumiseksi.²⁶
- (9) Ohjelma perustuu kansanterveysalaa koskevan yhteisön aiemman toimintaohjelman (2003–2008) saavutuksiin. Kansanterveysohjelmalla myötävaikutetaan fyysisen terveyden, mielenterveyden ja hyvinvoinnin korkean tason sekä entistä paremman terveysasioita koskevan tasa-arvon saavuttamiseen koko yhteisössä kohentamalla kansanterveyttä, ehkäisemällä ihmisten sairauksia ja häiriötiloja ja torjumalla ihmisten terveyttä vaarantavia tekijöitä sairauksien esiintymisen ja ennenaikaisen kuolleisuuden torjumiseksi.²⁷
- (10) Ohjelmassa olisi painotettava terveydentilan parantamista ja terveellisten elintapojen edistämistä lasten ja nuorten keskuudessa.²⁸

Yhden yhtenäisen ohjelman avulla voitaisiin maksimoida tavoitteiden yhteisvaikutukset ja tehostaa mahdollisimman paljon toimien hallintoa näillä aloilla samalla kuitenkin säilyttäen terveyttä ja kuluttajansuojaa koskevien toimien keskeiset osa-alueet ja erityispiirteet. Yhdistämällä terveyttä ja kuluttajansuojaa koskevat toimet yhteen ohjelmaan voitaisiin edistää yhteisiä tavoitteita suojata kansalaisia riskeiltä ja uhkilta, lisätä kansalaisten valmiuksia saada tietoa ja mahdollisuuksia tehdä päätöksiä etujensa mukaisesti sekä edistää terveys- ja kuluttajansuoja-alan tavoitteiden huomioon ottamista yhteisön kaikilla politiikan aloilla ja kaikissa toimissa. Hallintorakenteiden ja järjestelmien yhdistämisen on tarkoitus edistää ohjelman tehokkaampaa täytäntöönpanoa sekä terveyttä ja kuluttajansuojaa koskevien yhteisön resurssien hyödyntämistä parhaalla mahdollisella tavalla.

- (11) Ohjelmalla olisi tuettava terveystavoitteiden ulottamista kaikkiin yhteisön toimintalinjoihin ja toimiin ilman, että tästä kuitenkaan aiheutuu päällekkäisyyttä muissa yhteisön toimintalinjoissa tehtävän työn kanssa.²⁹ Yhteisön toimintalinjojen ja ohjelmien koordinoiminen on keskeinen osa tavoitetta, joka koskee terveyskysymysten ottamista huomioon politiikan muilla aloilla. Yhteisvaikutusten lisäämiseksi ja päällekkäisyyksien välttämiseksi voidaan toteuttaa yhteisiä toimia asiaan liittyvien yhteisön ohjelmien ja toimenpiteiden kanssa, ja ohjelmassa hyödynnetään asianmukaisella tavalla yhteisön muita rahastoja ja ohjelmia, myös yhteisön nykyistä ja tulevaa tutkimuksen puiteohjelmaa ja niiden tuloksia, rakennerahastoja, Euroopan unionin solidaarisuusrahastoa, yhteisön työturvallisuus- ja työterveysstrategiaa sekä yhteisön tilasto-ohjelmaa.³⁰

²⁶ Euroopan parlamentin tarkitus 14, jonka komissio on hyväksynyt muutoksin (toimielinten välisestä koordinaatiosta vastaavan työryhmän muistion mukaisesti).

²⁷ Euroopan parlamentin tarkistuksesta 16, jonka komissio on hyväksynyt osittain. Etnistä alkuperää koskevasta Euroopan parlamentin sanamuodosta on luovuttu (toimielinten välisestä koordinaatiosta vastaavan työryhmän muistion mukaisesti).

²⁸ Euroopan parlamentin tarkitus 17, ilmaisu ”painotetaan” korvattu ilmaisulla ”olisi painotettava”.

²⁹ Euroopan parlamentin tarkitus 19 (jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi).

³⁰ Osa Euroopan parlamentin tarkistusta 38, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi. Muutettuun ehdotukseen sisältyy joitakin muutoksia. Ilmaus ”ryhdytään yhteisiin toimiin” on korvattu ilmauksella ”voidaan toteuttaa yhteisiä toimia”, jotta kappale vastaisi 6 artiklan sanamuotoa. Osa tarkituksen 38 viimeisessä virkkeessä annetuista rahastoista koskevista esimerkeistä on jätetty pois.

- (12) Erityisesti pyritään varmistamaan tämän yhteisön ohjelman sekä yhteisön ulkoisten toimien välinen johdonmukaisuus ja synergia, esimerkiksi lintuinfluenssan, hi-viruksen ja aidsin, tuberkuloosin sekä muiden kansainvälisten terveysuhkien alalla. Lisäksi tarvitaan kansainvälistä yhteistyötä, jotta voidaan edistää terveysalan yleistä uudistamista ja yleisiä terveyteen liittyviä institutionaalisia kysymyksiä Euroopan unionin ulkopuolella.
- (13) Terveiden elinvuosien, eli toimintakykyisen elinajan odotteen, lisääminen torjumalla sairauksia ja edistämällä terveenä ikääntymistä on tärkeää Euroopan unionin kansalaisten hyvinvoinnin kannalta ja se auttaa vastaamaan Lissabonin prosessin haasteisiin, kun on kyse tietoyhteiskunnasta ja kestävästä julkistaloudesta, johon kohdistuu paineita nousevien terveydenhuolto- ja sosiaaliturvakustannusten myötä.³¹
- (14) Euroopan unionin laajentuminen on lisännyt huolta unionin sisäisistä terveyseroista, ja tämä todennäköisesti korostuu tulevissa laajentumisissa. Sen vuoksi tämän kysymyksen olisi oltava yksi ohjelman painopistealueista.³²
- (15) Ohjelman avulla olisi yksilöittävä terveyserojen syitä ja kannustettava erojen poistamiseen muun muassa vaihtamalla tietoa parhaista toimintatavoista.³³
- (16) Vertailukelpoisten tietojen järjestelmällinen kerääminen, käsittely ja analysointi on välttämätöntä, jotta kansanterveyden tehokas seuranta olisi mahdollista Euroopan unionin tasolla. Näin komissio ja jäsenvaltiot voisivat parantaa kansalaisille suunnattua tiedotusta ja suunnitella tarkoituksenmukaisia strategioita, toimintalinjoja ja toimia ihmisten terveyden suojelun korkean tason saavuttamiseksi. Olisi pyrittävä kansanterveyden parantamiseen käytettävien tietojen ja tietoaiteistojen vaihtamisjärjestelmien ja -verkostojen yhteensopivuuteen ja yhteentoimivuuteen toimien ja tukitoimenpiteiden osalta. Sukupuoli ja ikä ovat tärkeitä terveyteen liittyviä seikkoja. Tämä olisikin otettava tarvittavissa tiedoissa huomioon.³⁴ Tiedot on kerättävä asiaa koskevien henkilötietojen suojasta annettujen säännösten mukaisesti.³⁵
- (17) Parhaat toimintatavat ovat tärkeitä, sillä terveyden edistämistä ja ennalta ehkäisevää toimintaa olisi arvioitava tehokkuuden ja vaikutusten pohjalta eikä ainoastaan taloudellisin perustein.³⁶ On tärkeää edistää parhaita toimintatapoja sekä sairauksien ja vammojen uusimpia hoitomenetelmiä yleisen terveydentilan heikkenemisen estämiseksi ja osaamiskeskusten kehittämiseksi erityisolosuhteita varten. On myös tärkeää tukea erilaisia toimintavaihtoehtoja, joista valinnat voidaan tehdä.³⁷

³¹ Euroopan parlamentin tarkistus 20.

³² Euroopan parlamentin tarkistus 21.

³³ Euroopan parlamentin tarkistus 22.

³⁴ Euroopan parlamentin tarkitus 23, jonka komissio on hyväksynyt muutoksin (toimielinten välisestä koordinaatiosta vastaavan työryhmän muistion mukaisesti). Etnistä alkuperää koskeva Euroopan parlamentin ilmaus on jätetty pois.

³⁵ Euroopan parlamentin tarkistus 24.

³⁶ (Komission hyväksymä Euroopan parlamentin tarkistus 25 toimituksellisin lisämuutoksin (lyhennetty)).

³⁷ Euroopan parlamentin tarkitus 26, jonka komissio on hyväksynyt muutoksin (toimielinten välisestä koordinaatiosta vastaavan työryhmän muistion mukaisesti).

- (18) Olisi ryhdyttävä toimiin vammojen estämiseksi keräämällä tietoja, selvittämällä vammojen taustatekijöitä ja levittämällä asiaa koskevaa tietoa.³⁸
- (19) Ohjelman olisi osaltaan myötävaikutettava potilaiden liikkuvuutta ja terveysalan ammattilaisten liikkuvuutta koskevien tietojen keräämiseen ja niitä koskevien asianmukaisten toimintalinjojen edistämiseen. Sen olisi helpotettava eurooppalaisen sähköisen terveydenhuollon alueen kehittämistä edelleen yhteisillä eurooppalaisilla aloitteilla unionin muiden toiminta-alojen, myös aluepolitiikan, kanssa ja samalla edistettävä osaltaan terveysalan verkkosivustoja koskevien laatukriteerien suunnittelutyötä sekä eurooppalaista sairaanhoitokorttia.³⁹
- (20) Etähoitosovellusten kehittäminen voi edistää potilaiden liikkuvuutta ja kotona annettavaa sairaanhoitoa, mikä auttaa keventämään sairauksien ja vammojen aiheuttamaa taakkaa.⁴⁰
- (21) Ympäristön pilaantuminen on vakava terveystarve ja huomattava huolenaihe unionin kansalaisille. Olisi kiinnitettävä erityistä huomiota lapsiin ja muihin ryhmiin, jotka ovat erityisen alttiita vaarallisille ympäristötekijöille. Ohjelmalla olisi täydennettävä toimia, jotka toteutetaan osana ympäristöä ja terveyttä koskevaa vuosien 2004–2010 toimintasuunnitelmaa.⁴¹
- (22) Ohjelmassa olisi puututtava myös sukupuoleen ja ikääntymiseen liittyviin terveystarveihin.⁴²
- (23) Ennalta varautumisen periaate ja riskinarviointi ovat ihmisten terveyden suojelun kannalta ratkaisevan tärkeitä tekijöitä, minkä vuoksi ne olisi sisällytettävä entistä tiiviimmin muihin yhteisön toimintalinjoihin ja toimiin.⁴³
- (24) On edistettävä jäsenvaltioiden yhteistyötä ja parannettava kansanterveysalan nykyisten ja tulevien verkostojen tehokkuutta sen varmistamiseksi, että yhteisön ja jäsenvaltioiden tämän ohjelman täytäntöönpanemiseksi toteuttamat toimet ja aloitteet sovitetaan mahdollisimman suuressa määrin yhteen.⁴⁴
- (25) Kansallisten, alueellisten ja paikallisten viranomaisten osallistuminen asianmukaisella tasolla ja kansallisten järjestelmien mukaisesti olisi otettava huomioon ohjelman täytäntöönpanossa.⁴⁵

38 Euroopan parlamentin tarkitus 27, jonka komissio on hyväksynyt muutoksin (toimielinten välisestä koordinaatiosta vastaavan työryhmän muistion mukaisesti).

39 Euroopan parlamentin tarkitus 28, jonka komissio on hyväksynyt muutoksin (toimielinten välisestä koordinaatiosta vastaavan työryhmän muistion mukaisesti) pääosin selvittääkseen, että ohjelma ei ole vastuussa verkkosivuja koskevista kriteereistä.

40 Euroopan parlamentin tarkitus 29, jonka komissio on hyväksynyt muutoksin (toimielinten välisestä koordinaatiosta vastaavan työryhmän muistion mukaisesti).

41 Euroopan parlamentin tarkitus 30.

42 Tässä pyritään säilyttämään komission osittain hyväksymien Euroopan parlamentin yksityiskohtaisten tarkistusten 31 ja 32 henki.

43 Euroopan parlamentin tarkitus 34.

44 Euroopan parlamentin tarkitus 35.

45 Euroopan parlamentin tarkitus 36.

— Terveys- ja kuluttajansuojapolitiikoilla on yhteisiä tavoitteita, jotka koskevat riskeiltä suojaamista, kansalaisten päätöksenteon kehittämistä sekä terveys- ja kuluttajansuojanäkökohtien ottamista huomioon kaikilla yhteisön politiikan aloilla, sekä yhteisiä välineitä, kuten viestintä, kansalaisyhteiskunnan valmiuksien kehittäminen terveys- ja kuluttajansuojakysymyksissä sekä näitä kysymyksiä koskevan kansainvälisen yhteistyön edistäminen. Esimerkkejä monialaisista kysymyksistä, jotka vaikuttavat sekä terveyteen että kuluttajansuojaan, ovat ravitsemus ja liikalihavuus, tupakointi ja muut terveyteen liittyvät kulutustottumukset. Näihin yhteisiin tavoitteisiin ja välineisiin sovellettavan yhteisen toimintatavan avulla terveys- ja kuluttajansuoja-alojen yhteiset toimet voidaan toteuttaa tehokkaammin ja vaikuttavammin. Terveys- että kuluttajansuoja-alalla on molemmilla myös omaa alaa koskevia erillisiä tavoitteita, joihin olisi pyrittävä kunkin alan erityistoimin ja välinein.

- (26) **On tarpeen lisätä Euroopan unionin investointeja terveyteen ja terveyteen liittyviin hankkeisiin. Tässä suhteessa jäsenvaltioita kannustetaan pitämään terveyden parantamista kansallisten ohjelmien painopisteenä. On parannettava tietoisuutta unionin rahoituksen mahdollisuuksista terveysalalla. Olisi kannustettava jäsenvaltioiden välistä tiedonvaihtoa terveysalan rahoituksesta rakennerahastojen kautta.**⁴⁶
- (27) **Kansalaisjärjestöillä ja erikoistuneilla verkostoilla on myös tärkeä tehtävä kansanterveyden edistämässä ja kansalaisten etujen ajamisessa yhteisön terveyspolitiikassa. Ne Euroopan yleinen etu on, että kansalaisten terveyttä, turvallisuutta ja taloudellisia etuja samoin kuin kuluttajien etunäkökohtia tuote- ja palvelustandardien kehittämisessä puolustetaan yhteisön tasolla. Ohjelman avaintavoitteet voivat olla riippuvaisia myös erityisverkostoista, jotka tarvitsevat yhteisön tukea kehittyäkseen ja toimiakseen. Tässä päätöksessä on määritettävä yhteisön tukeen oikeutettujen kansalaisjärjestöjen ja erikoistuneiden verkostojen taloudellista avoimuutta koskevat kelpoisuusehdot.** Kun otetaan huomioon kyseeseen tulevien organisaatioiden erityisluonne, erityisen hyödyllisissä tapauksissa tällaisten organisaatioiden toimintaan annettavaan yhteisön tuen **uusimisessa** uusimiseen ei pitäisi soveltaa **voidaan poiketa** yhteisön tuen asteittaisen vähentämisen periaatetta **periaatteen soveltamisesta.**⁴⁷
- (28) Ohjelman täytäntöönpanon olisi pohjaututtava kansanterveys- ja kuluttajansuoja-alojen nykyisiin toimiin ja rakenteellisiin järjestelyihin komission päätöksellä 2004/858/EY perustettu kansanterveysalan toimintaohjelman toimeenpanovirasto mukaan luettuna, ja siinä olisi laajennettava näitä toimia ja järjestelyitä. Ohjelma olisi pantava täytäntöön läheisessä yhteistyössä asiaankuuluvien organisaatioiden ja virastojen, etenkin Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksella (EY) N:o

46 **Euroopan parlamentin tarkistus 39, jonka komissio on hyväksynyt muutoksin. Nyt ”jäsenvaltioita kannustetaan pitämään” eikä ”jäsenvaltioiden olisi pidettävä”.**

47 **Euroopan parlamentin tarkistus 40 jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi (valtioista riippumattomien kuluttajajärjestöjen jättäminen pois). Lisäksi komissio on muuttanut viimeistä virkettä, jolloin ”uusimiseen ei pitäisi soveltaa yhteisön tuen asteittaisen vähentämisen periaatetta” on muutettu muotoon ”voidaan poiketa periaatteen soveltamisesta”, jotta tämä kappale vastaisi 4 artiklan 3 kohdassa käytettyä sanamuotoa.**

851/2004⁴⁸ perustetun tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalaisen keskuksen kanssa.⁴⁹

- (29) Tämän päätöksen täytäntöönpanemiseksi tarvittavista toimenpiteistä olisi päätettävä menettelystä komissiolle siirrettyä täytäntöönpanovaltaa käytettäessä 28 päivänä kesäkuuta 1999 tehdyn neuvoston päätöksen 1999/468/EY⁵⁰ mukaisesti ottaen huomioon avoimuuden tarve sekä kohtuullinen tasapaino ohjelman eri tavoitteiden välillä.
- (30) Euroopan talousalueesta tehdyssä sopimuksessa (jäljempänä 'ETA-sopimus') määrätään terveysalan terveyden ja kuluttajansuojan alojen yhteistyöstä Euroopan yhteisön ja sen jäsenvaltioiden sekä Euroopan talousalueeseen kuuluvien Euroopan vapaakauppaliiton valtioiden (jäljempänä 'EFTA-/ETA-valtiot') välillä. Olisi myös säädettävä muiden maiden, etenkin yhteisön naapurimaiden, yhteisön jäsenyyttä hakevien maiden, ehdokasmaiden sekä liittymässä olevien maiden, osallistumisesta ohjelmaan ottaen erityisesti huomioon muissa maissa mahdollisesti esiin tulevat terveysuhat, jotka vaikuttavat yhteisöön.⁵¹
- (31) Olisi edistettävä soveltuvia suhteita ohjelmaan osallistumattomiin kolmansiin maihin ohjelman tavoitteiden edistämiseksi ottaen huomioon mahdolliset asiaan vaikuttavat sopimukset kyseisten maiden ja yhteisön välillä. Tämä voi tarkoittaa sitä, että kolmannet maat toteuttavat ~~tämän~~ ohjelman kautta rahoitettuja toimia täydentäviä toimia yhteistä etua koskevilla aloilla, mutta eivät saa rahoitustukea ohjelmasta.
- (32) Olisi kehitettävä yhteistyötä asiaankuuluvien organisaatioiden kuten Yhdistyneiden Kansakuntien ja sen erityisvirastojen, kuten Maailman terveysjärjestön, kanssa samoin kuin Euroopan neuvoston ja Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön kanssa, jotta ohjelma voidaan panna täytäntöön maksimoimalla yhteisön ja kansainvälisellä tasolla toteutettavien terveyttä ja ~~kuluttajansuojaa~~ koskevien toimien tehokkuus ja vaikuttavuus ottaen huomioon eri organisaatioiden erityiset valmiudet.
- (33) **Tähän ohjelmaan sisältyvien terveysalan tavoitteiden toteutumisessa saavutettua edistymistä on mitattava ja arvioitava, j**otta ohjelman arvoa ja vaikutuksia voitaisiin lisätä. **T**oteutettavia toimenpiteitä olisi seurattava ja arvioitava säännöllisin väliajoin myös ulkopuolisten riippumattomien arviointien avulla.⁵²
- (34) Terveyttä ja ~~kuluttajansuojaa~~ koskevan toiminnan tavoitteita ei voida riittävällä tavalla saavuttaa jäsenvaltioiden toimin kyseeseen tulevien asioiden kansainvälisen luonteen vuoksi ja ne voidaan toteuttaa paremmin yhteisön tasolla, koska yhteisön toiminnan avulla kansalaisten terveyttä, **ja** turvallisuutta ja ~~taloudellisia etuja~~ voidaan suojella tehokkaammin ja vaikuttavammin, ja tämän vuoksi yhteisö voi toteuttaa toimenpiteitä perustamissopimuksen 5 artiklassa vahvistetun toissijaisuusperiaatteen mukaisesti. Mainitussa artiklassa vahvistetun suhteellisuusperiaatteen mukaisesti tässä päätöksessä ei ylitetä sitä, mikä on tarpeen näiden tavoitteiden saavuttamiseksi.

⁴⁸ EUVL L 142, 30.4.2004, s. 1.

49 Osa Euroopan parlamentin tarkistusta 41, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi. Muutetun ehdotuksen teksistä on jätetty pois tarkistuksen 41 viimeinen virke.

⁵⁰ EYVL L 184, 17.7.1999, s. 23.

51 Osa Euroopan parlamentin tarkistusta 42, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi.

52 Euroopan parlamentin tarkistus 44.

- (35) Yhteisön terveysalan toimintaohjelman kaikkien tavoitteiden ja toimien on edistettävä miesten ja naisten terveyttä koskevien tarpeiden ja lähestymistapojen parempaa ymmärtämistä ja tunnustamista, kuten määrätään perustamissopimuksen 2 artiklassa, jonka mukaisesti miesten ja naisten tasa-arvo on Euroopan yhteisön periaate, ja perustamissopimuksen 3 artiklan 2 kohdassa, jonka mukaisesti yhteisö pyrkii poistamaan eriarvoisuutta miesten ja naisten välillä sekä edistämään miesten ja naisten välistä tasa-arvoa yhteisön kaikessa toiminnassa, mukaan lukien terveyden suojelun korkean tason saavuttaminen.⁵³
- (36) ~~Komission olisi varmistettava~~ On tarpeen varmistaa asianmukainen siirtyminen kahdesta korvattavasta ohjelmasta tähän ohjelmaan etenkin monivuotisten, ohjelman hallintoa koskevien toimenpiteiden järjestelyiden, kuten teknisen ja hallinnollisen avun rahoituksen jatkuvuuden, osalta.⁵⁴ Teknisellä ja hallinnollisella avulla varmistetaan tarvittaessa 1 päivästä tammikuuta 2014 alkaen niiden toimien hallinto, joita ei ole vielä saatettu loppuun vuoden 2013 loppuun mennessä ja hallinnollisten tukirakenteiden, esimerkiksi kansanterveysalan toimintaohjelman toimeenpanoviraston, jatkuvuuden osalta.
- (37) Tarvitaan jatkuvia toimia kansanterveysalalla jo määriteltyjen yhteisön tavoitteiden saavuttamiseksi. Tämän vuoksi olisi perustettava terveysalaa koskeva yhteisön toinen toimintaohjelma (2007–2013, jäljempänä 'ohjelma') tällä päätöksellä, jolla korvataan yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelman (2003–2008) hyväksymisestä 23 päivänä syyskuuta 2002 tehty Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös N:o 1786/2002/EY⁵⁵. Kyseinen päätös olisi sen vuoksi kumottava.⁵⁶

OVAT PÄÄTTÄNEET SEURAAVAA TEHNEET TÄMÄN PÄÄTÖKSEN:

1 artikla

Ohjelman perustaminen

Perustetaan terveys- ja kuluttajansuoja-alaa koskeva yhteisön toinen toimintaohjelma (2007–2013), jäljempänä 'ohjelma', joka alkaa tämän päätöksen voimaantulopäivästä 1. päivänä tammikuuta 2007 ja päättyy 31 päivänä joulukuuta 2013.⁵⁷

2 artikla

Päämäärä ja tavoitteet

53 Euroopan parlamentin tarkitus 46, jonka komissio on hyväksynyt muutoksin (toimielinten välisestä koordinaatiosta vastaavan työryhmän muistion mukaisesti).

54 Osa Euroopan parlamentin tarkistusta 47, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi.

⁵⁵ EYVL L 271, 9.10.2002, s. 1. Päätös sellaisena kuin se on muutettuna päätöksellä N:o 786/2004/EY (EUVL L 138, 30.4.2004, s. 7).

56 Osa Euroopan parlamentin tarkistusta 15, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi.

57 Osa Euroopan parlamentin tarkistusta 48, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi.

1. Ohjelmalla täydennetään ja tuetaan jäsenvaltioiden politiikkaa **ja tuodaan siihen lisäarvoa** ja edistetään **ihmisten kansalaisten** terveyden, **ja** turvallisuuden **suojelua ja tukemista sekä kansanterveyden kohentamista** ja taloudellisten etujen suojaamista.⁵⁸
2. **Tavoitteet, joihin pyritään tämän päätöksen liitteessä vahvistettujen toimien avulla, ovat seuraavat:**⁵⁹
 - Edellä olevassa 1 kohdassa tarkoitettuun päämäärään pyritään yhteisten tavoitteiden sekä terveysalan ja kuluttajansuoja-alan erityistavoitteiden kautta.
 - **kansalaisten terveysturvan parantaminen**
 - **terveyden edistämiseen hyvinvoinnin ja solidaarisuuden parantamiseksi**
 - **terveystiedon hankkiminen ja levittäminen.**⁶⁰
 - a) ~~Terveys- ja kuluttajansuoja-alojen yhteiset tavoitteet, joihin pyritään tämän päätöksen liitteessä 1 vahvistettujen toimien ja toteutusvälineiden avulla, ovat seuraavat:~~
 - suojellaan kansalaisia riskeiltä ja uhkilta, joita yksittäiset henkilöt eivät voi hallita,
 - lisätään kansalaisten valmiuksia tehdä parempia terveyttä ja kuluttajien etuja koskevia päätöksiä,
 - otetaan terveys- ja kuluttajapolitiikan tavoitteet huomioon muilla politiikan aloilla.
 - b) ~~Terveysalan erityiset tavoitteet, joihin pyritään tämän päätöksen liitteessä 2 vahvistettujen toimien ja tukitoimenpiteiden avulla, ovat seuraavat:~~
 - suojellaan kansalaisia terveysuhkilta,
 - edistetään toimintalinjoja, jotka johtavat terveempään elämäntapaan,
 - myötävaikutetaan merkittävien sairauksien vähentämiseen,
 - lisätään terveydenhuoltojärjestelmien tehokkuutta ja vaikuttavuutta.
 - e) ~~Kuluttajansuoja-alan erityiset tavoitteet, joihin pyritään tämän päätöksen liitteessä 3 vahvistettujen toimien ja tukitoimenpiteiden avulla, ovat seuraavat:~~
 - lisätään kuluttajiin ja markkinoihin liittyvien näkökohtien ymmärtämystä,

58 Osa Euroopan parlamentin tarkistusta 49, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi (tarkistuksesta 49).

59 Osa Euroopan parlamentin tarkistusta 49.

60 Tämä tavoitteet vastaavat pienemmän talousarvion vuoksi virtaviivaistettua ohjelmaa. Komissio on säilyttänyt Euroopan parlamentin tarkistuksen 50 hengen perusteluissa ja liitteessä määritetyissä alatavoitteissa (jotka komissio on hyväksynyt muutoksin), joilla luodaan terveyden suojelua, terveyseroja ja jäsenvaltioiden yhteistyötä koskevia lisätavoitteita.

- ~~— parannetaan kuluttajansuojaa koskevaa sääntelyä,~~
- ~~— parannetaan soveltamisen valvontaa, seuranta- ja muutoksenhakukeinoja~~
- ~~— lisätään kuluttajille suunnattua tiedotusta ja valistusta.~~

3 artikla

Täytäntöönpanomenetelmät

Edellä olevassa 2 artiklassa vahvistettuihin päämääriin ja tavoitteisiin pyrittäessä on hyödynnettävä täysimääräisesti asianmukaisia käytettävissä olevia täytäntöönpanomenetelmiä, etenkin seuraavia:

- a) komission suoraan tai välillisesti toteuttama keskitetty täytäntöönpano ja
- b) hallinnointi yhteistyössä kansainvälisten järjestöjen kanssa, **kun se on tarkoituksenmukaista.**

4 artikla

Rahoitusosuudet

1. ~~Edellä olevan 1 kohdan a alakohdtaa varten y~~**Y**hteisön rahoitusosuus saa olla enintään:
 - a) 60 prosenttia **kustannuksista** sellaisen toimen osalta, jolla pyritään edistämään tavoitetta, joka on osa **tätä ohjelmaa** yhteisön politiikkaa ~~terveyden ja kuluttajansuojan alalla,~~ lukuun ottamatta poikkeuksellisen hyödyllisiä tapauksia, joissa yhteisön osuus saa olla enintään 80 prosenttia, ja⁶¹
 - b) 60 prosenttia sellaisen elimen **tai erityisverkoston** toimintakustannuksista, **joka on valtioista riippumaton, voittoa tavoittelematon, teollisuudesta, kaupasta ja yrityksistä tai eturistiriidoista riippumaton ja jolla on jäseniä vähintään puolessa jäsenvaltioista, kun kyseisen valtioista riippumattoman järjestön tai erityisverkoston ensisijaisena tavoitteena on terveyden edistäminen tai sairauksien ehkäiseminen tai hoitaminen Euroopan yhteisössä** joka ajaa yleistä eurooppalaista etua, jos tuki on tarpeen sen varmistamiseksi, että terveyttä ja kuluttajansuojaa koskevia etunäkökohtia puolustetaan yhteisön tasolla, tai ohjelman avaintavoitteiden toteuttamiseksi, lukuun ottamatta poikkeuksellisen hyödyllisiä tapauksia, joissa **Poikkeuksellisen hyödyllisissä tapauksissa** yhteisön osuus saa olla enintään **80** ~~95~~ prosenttia, ~~95~~%.
2. **Edellä olevan 1 kohdan soveltamiseksi perusteet, joilla määritetään, onko hyöty poikkeuksellista, on vahvistettava etukäteen 10 artiklan 1 kohdan a alakohdassa mainitussa vuotuisessa työsuunnitelmassa.**

61 Osa Euroopan parlamentin tarkistusta 52, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi.

3. Edellä 1 kohdan b alakohdassa tarkoitetun, valtioista riippumattomille järjestöille ja erityisverkostoille annettavan Tällaisen rahoituksen uusimisen yhteydessä voidaan poiketa tuen asteittaisen vähentämisen periaatteen soveltamisesta.⁶²
4. Edellä olevan 1 kohdan a alakohdtaa varten Yhteisön rahoitustukeen voi tapauksen mukaan ja saavutettavan tavoitteen luonne huomioon ottaen sisältyä yhteisön ja vähintään yhden jäsenvaltion yhteisrahoitusta tai yhteisön ja osallistuvien maiden toimivaltaisten viranomaisten yhteisrahoitusta. Tällöin yhteisön rahoitustuki saa olla enintään 50 prosenttia lukuun ottamatta poikkeuksellisen hyödyllisiä tapauksia, joissa yhteisön rahoitusosuus saa olla enintään 70 prosenttia. Yhteisön rahoitustuet voidaan myöntää kyseisen jäsenvaltion tai toimivaltaisen viranomaisen avointa menettelyä noudattaen nimeämälle ja komission hyväksymälle julkisyhteisölle tai voittoa tavoittelemattomalle yhteisölle.
5. Edellä olevan 1 kohdan a alakohdtaa varten Yhteisön rahoitusosuus voidaan antaa myös kiinteänä rahoitusosuutena tai kiinteämääräisenä rahoituksena silloin, kun tämä muoto soveltuu kyseisten toimien luonteeseen. Tällaisiin rahoitustukiin ei sovelleta edellä 1, 2 ja 34 kohdassa vahvistettuja prosenttirajoja, vaikka yhteisrahoitusta edelleen vaaditaan. Näiden toimien valinta, seuranta ja arviointiperusteita mukautetaan tarvittaessa.

54 artikla

Ohjelman täytäntöönpano

1. Komissio varmistaa tiivissä yhteistyössä jäsenvaltioiden kanssa ohjelman ohjelmassa määritettyjen toimien ja toimenpiteiden täytäntöönpanon 76 ja 1087 artiklan säännösten mukaisesti ja varmistaen ohjelman sopusuhtaisen ja tasapainoisen kehittymisen.⁶³
- 21a. Osana ohjelman täytäntöönpanoa komissio varmistaa koordinoinnin terveysalan seurantaa ja terveysuhkia koskevaa nopeaa reagointia käsittelevien verkostojen osalta.⁶⁴
- 31b. Komissio ja jäsenvaltiot toteuttavat toimivaltansa mukaisesti tarkoituksenmukaisia toimia varmistaakseen, että ohjelman toteuttaminen on tehokasta, ja kehittääkseen yhteisön ja jäsenvaltioiden tasolla mekanismeja, joilla pyritään ohjelman tavoitteisiin. Ne varmistavat, että ohjelmassa tuetuista

62 Osa Euroopan parlamentin tarkistusta 53, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi. Tähän muutettuun ehdotukseen sisältyy suurin osa tarkistuksen 53 sanamuodosta. Siihen ei kuitenkaan sisälly Euroopan parlamentin tarkistuksessa 53 pyydetty 75 prosentin enimmäismäärä eikä muotoilu, joka koskee kaksivuotisten kumppanuutta koskevien puitesopimusten pakollisuutta. Lisäksi siinä on muutettu poikkeuksellisen hyödyllisissä tapauksissa myönnettävää osuutta 95:stä 80:een prosenttiin.

63 Euroopan parlamentin tarkistus 55, josta on jätetty pois viimeinen, sopusuhtaista ja tasapainoista kehittymistä koskeva lause.

64 Euroopan parlamentin tarkistus 56, jonka komissio on hyväksynyt osittain ja josta on jätetty pois Euroopan parlamentin teksti ”ja tarvittaessa integroinnin”.

toimista tiedotetaan asiaankuuluvasti ja että toimiin saadaan mahdollisimman suuri osallistujamäärä.⁶⁵

41d. Ohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi ja tiiviissä yhteistyössä jäsenvaltioiden kanssa komissio

a) varmistaa, että tietoaineistot ja tiedot ovat keskenään vertailukelpoisia ja että terveystietojen ja -tietoaineistojen vaihtojärjestelmät ja -verkot ovat yhteensopivia ja yhteentoimivia,⁶⁶ ja

b) varmistaa tarvittavan yhteistyön ja tiedotuksen tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalaisen keskuksen kanssa.⁶⁷

51f. Ohjelmaa toteuttaessaan komissio varmistaa yhdessä jäsenvaltioiden kanssa, että kaikkia asiaankuuluvia henkilötietojen suojasta annettuja säännöksiä noudatetaan ja että tarvittaessa käytetään mekanismeja, joilla taataan tällaisten tietojen luottamuksellisuus ja suoja.⁶⁸

64a artikla

Yhteiset strategiat ja toimet

1. Ihmisten terveyden korkeatasoisen suojelun varmistamiseksi kaikkien yhteisön toimintalinjojen ja toimintojen määrittelyssä ja toteuttamisessa ja terveystietojen valtavirtaistamisen edistämiseksi ohjelman tavoitteet voidaan toteuttaa yhteisinä strategioina ja yhteisinä toimina luomalla yhteyksiä asianomaisiin yhteisön ohjelmiin, toimiin ja rahastoihin.

2. Komissio varmistaa yhteyden ohjelman ja yhteisön muiden ohjelmien, toimien ja rahastojen, kuten tutkimuksen seitsemännen puiteohjelman ja yhteisön tilasto-ohjelman välillä.⁶⁹

75 artikla

Rahoitus

1. Määrärahat ohjelman täytäntöönpanoon 1 artiklassa tarkoitettuna ajanjaksona ovat 1-203365,5 miljoonaa euroa.⁷⁰
2. Budjettivallan käyttäjä myöntää vuotuiset määrärahat rahoitusnäkömiensä kehityksen rajoissa.

65 Euroopan parlamentin tarkistus 57, jonka komissio on hyväksynyt osittain ja josta on jätetty pois teksti ”paikallis- ja aluehallinnon viranomaisten sekä valtioista riippumattomien järjestöjen kautta toteutettaviin”.

66 Euroopan parlamentin tarkistus 59.

67 Euroopan parlamentin tarkistus 60 lopullisessa konsolidoidussa muodossaan.

68 Euroopan parlamentin tarkistus 61.

69 Euroopan parlamentin tarkistus 63, jonka komissio on hyväksynyt muutoksin.

70 324,15 miljoonaa euroa vuoden 2004 hintoina

8 artikla

Hallinto- ja tekninen apu

1. Tämän ohjelman rahoituksesta voidaan myös kattaa kuluja, jotka suoraan liittyvät ohjelman hallinnon ja sen tavoitteiden saavuttamisen edellyttämään valmistelu-, seuranta-, valvonta-, auditointi- ja arviointitoimintaan; tällaisia ovat erityisesti tutkimukset, kokoukset, tiedotus- ja julkaisutoiminta, tiedonvaihtoon keskittyviin tietoverkkoihin liittyvät kulut sekä kaikki muut sellaisen teknisen ja hallinnollisen avun kulut, johon komissio voi turvautua ohjelman hallintoa varten.
2. Sillä voidaan myös kattaa teknisen ja hallinnollisen avun kuluja, jotka ovat tarpeen varmistettaessa siirtyminen päätöksen N:o 1876/2002/EY mukaisesti hyväksytyistä toimenpiteistä tähän ohjelmaan. Tällaisten kulujen kattamiseksi voidaan tarvittaessa ottaa talousarvioon määrärahoja myös vuoden 2013 jälkeen, jotta voidaan hallinnoida toimia, joita ei ole saatu päätökseen 31 päivään joulukuuta 2013 mennessä.

96 artikla

Komitea

1. Komissiota avustaa komitea (jäljempänä 'komitea').
2. Viitattaessa tähän kohtaan sovelletaan päätöksen 1999/468/EY 4 ja 7 artiklaa ja otetaan huomioon mainitun päätöksen 8 artikla. Päätöksen 1999/468/EY 4 artiklan 3 kohdassa säädetty määräaika on kolme kuukautta.
3. Viitattaessa tähän kohtaan sovelletaan päätöksen 1999/468/EY 3 ja 7 artiklaa ja otetaan huomioon mainitun päätöksen 8 artikla.
4. Komitea vahvistaa työjärjestyksensä.

107 artikla

Täytäntöönpanotoimenpiteet

1. Tämän päätöksen täytäntöön panemiseksi tarvittavista toimenpiteistä, jotka koskevat seuraavia seikkoja, päätetään 96 artiklan 2 kohdassa tarkoitettua hallintomenettelyä noudattaen:
 - a) ohjelman täytäntöönpanoa koskeva vuotuinen työsuunnitelma, jossa esitetään:
 - painotusalueet ja toteutettavat toimet, myös rahoitusvarojen määrärahojen jako ja asiaan liittyvät perusteet;⁷¹
 - perusteet yhteisön prosenttimääräisen rahoitusosuuden määrittämiseksi;

71 Euroopan parlamentin tarkistus 66.

- järjestelyt 6 artiklassa tarkoitettujen yhteisten strategioiden ja toimien täytäntöönpanemiseksi⁷²4a;

b) rahoitusosuuksien valinta- ja ratkaisuperusteet, 4 artiklan 4 kohdassa tarkoitettut perusteet mukaan luettuina.

2. Komissio vahvistaa ~~t~~Tämän päätöksen täytäntöönpanemisessa tarvittavat mahdolliset muut toimenpiteet vahvistetaan 96 artiklan 3 kohdassa tarkoitettun menettelyn mukaisesti.⁷³ Niistä ilmoitetaan komitealle.

118 artikla

Kolmansien maiden osallistuminen

Ohjelmaan voivat osallistua seuraavat maat:

- a) EFTA-/ETA-maat ETA-sopimuksessa määrättyjen ehtojen mukaisesti,
- b) kolmannet maat, etenkin yhteisön naapurimaat, yhteisön jäsenyyttä hakevat maat, ehdokasmaat ja liittymässä olevat maat sekä vakautus- ja assosiaatioprosessiin osallistuvat Länsi-Balkanin maat niiden ehtojen mukaisesti, jotka on vahvistettu maiden kanssa tehdyissä kahden- tai monenvälisissä sopimuksissa yleisperiaatteista, jotka koskevat näiden maiden osallistumista yhteisön ohjelmiin.

129 artikla

Kansainvälinen yhteistyö

Ohjelman täytäntöönpanon yhteydessä on kannustettava suhteita ohjelmaan osallistumattomiin kolmansiin maihin ja asiaankuuluviin kansainvälisiin organisaatioihin, erityisesti WHO:hon.⁷⁴

130 artikla

Seuranta, arviointi ja tulosten tunnetuksi tekeminen

1. Komissio seuraa säännöllisesti läheisessä yhteistyössä jäsenvaltioiden kanssa ohjelman toimien toteuttamista sen tavoitteiden pohjalta. Se raportoi seurannasta komitealle ja tiedottaa siitä neuvostolle ja Euroopan parlamentille.
2. Jäsenvaltioiden on annettava komission pyynnöstä tietoja tämän ohjelman täytäntöönpanosta ja vaikutuksista.⁷⁵

⁷² Euroopan parlamentin tarkistus 146 (numerointi muutettu).

⁷³ Euroopan parlamentin tarkistus 69, johon komissio on tehnyt vähäisiä toimituksellisia muutoksia.

⁷⁴ Euroopa parlamentin tarkistus 70.

⁷⁵ Tämä vastaa komission alkuperäisen ehdotuksen sanamuotoa kyseisessä artiklassa (alun perin 10 artiklan 2 kohta).

~~3. Jäsenvaltioiden on annettava komission pyynnöstä tietoja tämän ohjelman täytäntöönpanosta ja vaikutuksista. **Komissio toimittaa Euroopan parlamentille, neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle seuraavat tiedot:**~~

~~a) **ulkoinen riippumaton väliarviointikertomus saaduista tuloksista sekä ohjelman täytäntöönpanon laadullisista ja määrällisistä näkökohdista kolme vuotta ohjelman hyväksymisen jälkeen; kertomuksen avulla on erityisesti voitava arvioida toimenpiteiden vaikutusta kaikissa maissa; kertomukseen on sisällyttävä tiivistelmä komission tärkeimmistä päätelmistä ja huomioista;**~~

~~b) **tiedonanto ohjelman jatkamisesta viimeistään neljän vuoden kuluttua ohjelman hyväksymisestä;**~~

~~c) **viimeistään 31 päivänä joulukuuta 2015 jälkikäteen tehtävä ulkoinen ja riippumaton arviointikertomus, joka kattaa ohjelman täytäntöönpanon ja tulokset.**⁷⁶~~

~~d) Jäsenvaltioiden on annettava komission pyynnöstä tietoja tämän ohjelman täytäntöönpanosta ja vaikutuksista.~~

~~3. Komissio varmistaa, että ohjelma arvioidaan kolmen vuoden kuluttua sen käynnistymisestä ja ohjelman päätyttyä. Komissio toimittaa arvioinnin päätelmät ja omat huomautuksensa Euroopan parlamentille, neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle sekä alueiden komitealle.~~

~~4. Komissio saattaa toteutettujen toimien tulokset yleisön saataville ja varmistaa niiden tunnetuksi tekemisen.~~

~~141 artikla~~

Kumoaminen

~~Kumotaan päätös päätökset 1786/2002/EY ja 20/2004/EY **tämän päätöksen voimaantulosta alkaen.**⁷⁷~~

~~152 artikla~~

Siirtymätoimenpiteet

~~Komissio vahvistaa tarvittavat hallinnolliset järjestelyt toimenpiteet, joilla varmistetaan siirtyminen päätöksillä 1786/2002/EY ja 20/2004/EY hyväksytyistä toimenpiteistä tämän ohjelman mukaisesti toteutettaviin toimenpiteisiin.⁷⁸~~

⁷⁶ Euroopan parlamentin tarkistus 71, lyhennettynä.

⁷⁷ Euroopan parlamentti (tarkistuksesta 74, jonka komissio oli aluksi hylännyt ohjelman jaon vuoksi (kuluttajien oikeusperusta jäisi pois)).

⁷⁸ Euroopan parlamentti (tarkistuksesta 75, jonka komissio oli aluksi hylännyt toimielinten välisestä koordinaatiosta vastaavassa työryhmässä ohjelman jaon vuoksi).

153 artikla

Loppusäännös

Tämä päätös tulee voimaan seuraavana päivänä sen jälkeen, kun se on julkaistu *Euroopan unionin virallisessa lehdessä*.

Tehty Brysselissä

Euroopan parlamentin puolesta
Puhemies

Neuvoston puolesta
Puheenjohtaja

1. Kansalaisten terveysturvan parantaminen

1.1. Kansalaisten suojele terveysuhilta

1.1.1. Kehitetään strategioita ja keinoja tarttuvien ja ei-tarttuvien uhkien sekä fyysikaalisten, kemiallisten ja biologisten tekijöiden aiheuttamien uhkien, myös niiden tarkoituksellisesta levittämisestä aiheutuvien uhkien ehkäisemiseksi, niitä koskevien tietojen vaihtamiseksi ja niihin vastaamiseksi; toteutetaan toimintaa, jolla varmistetaan korkealaatuinen diagnostinen yhteistyö laboratorioden välillä, myös yhteisön vertailulaboratoriojärjestelmä.

1.1.2. Tuetaan ennaltaehkäisyä, rokotuksia ja immunisaatiota koskevien toimintalinjojen kehittämistä, parannetaan yhteistyökumppanuuksia, verkostoja, välineitä ja raportointijärjestelmiä immunisaatiotilanteen ja haittavaikutusten valvomiseksi.

1.1.3. Kehitetään riskinhallintavalmiuksia ja –menettelyitä; parannetaan valmiutta ja suunnittelua terveydellisiä hätätilanteita varten, myös valmistautumista koordinoituun EU:n tasoiseen ja kansainväliseen reagointiin terveydellisissä hätätilanteissa; kehitetään riskiviestintää ja vastatoimenpiteitä koskevia kuulemismenettelyitä.

1.1.4. Edistetään yhteistyötä ja parannetaan reagointivalmiutta ja -resursseja, myös suojarahusteita, eristystiloja ja siirrettäviä laboratorioita, jotka voidaan hätätilanteessa ottaa nopeasti käyttöön.

1.1.5. Kehitetään strategioita ja menettelyjä yleisten valmiussuunnitelmien ja terveydellisissä hätätilanteissa sovellettavien erityissuunnitelmien laatimista, nopean toimintavalmiuden parantamista, harjoitusten ja testien järjestämistä, arviointia sekä tarkistamista varten ja eri jäsenvaltioiden suunnitelmien yhteentoimivuuden varmistamista varten.

1.2. Kansalaisten turvallisuuden parantaminen

1.2.1. Tuetaan ja tehostetaan tieteellistä neuvontaa ja riskinarviointia edistämällä riskien varhaista tunnistamista, analysoimalla riskien mahdollisia vaikutuksia, vaihtamalla tietoja vaaroista ja niille altistumisesta sekä tukemalla integroituja ja yhtenäisiä toimintatapoja.

1.2.2. Tuetaan ihmisestä peräisin olevien elinten ja aineiden sekä veren ja verivalmisteiden laadun ja turvallisuuden kohentamista; edistetään niiden saatavuutta, jäljitettävyyttä ja käytettävyyttä lääketieteelliseen käyttöön.

1.2.3. Edistetään toimenpiteitä, joilla parannetaan potilasturvallisuutta laadukkaan ja turvallisen terveydenhuollon kautta, myös sairaalainfektioiden suhteen.

1.2.4. Edistetään toimia, joilla vähennetään onnettomuuksia ja vammautumisia, erityisesti kotona tapahtuvia tapaturmia.

2. Terveysturvan edistämiseen hyvinvoinnin ja solidaarisuuden parantamiseksi

2.1. Terveenä ja aktiivisena ikääntymisen edistäminen ja terveyserojen pienentämisen tukeminen

2.1.1. Edistetään aloitteita terveiden elinvuosien lisäämiseksi ja terveenä ikääntymisen tukemiseksi; tuetaan toimenpiteitä, joilla edistetään ja tarkastellaan terveyden vaikutusta tuottavuuteen ja työelämään osallistumiseen osana pyrkimystä päästä Lissabonin tavoitteisiin.

2.1.2. Tuetaan aloitteita, jolla puututaan terveyseroihin jäsenvaltioiden sisällä ja niiden välillä hyvinvoinnin ja yhteenkuuluvuuden tukemiseksi; edistetään investointeja terveysyhteistyöhön yhteisön muiden toimintalinjojen ja rahastojen kanssa; parannetaan kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien välistä solidaarisuutta tukemalla yhteistyötä liikkuvuuden ja rajatylittävän hoidon kaltaisissa kysymyksissä.

2.2. Terveempien elintapojen edistäminen terveyden taustatekijöihin vaikuttamalla

2.2.1. Käsitellään terveyden taustatekijöitä, jotta tuettaisiin ja parannettaisiin terveystilannetta luomalla ympäristö terveitä elämäntapoja ja sairauksien torjuntaa varten; toteutetaan keskeisiin tekijöihin, kuten ravitsemukseen, fyysiseen aktiivisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyviä toimia sekä riippuvuuksiin, kuten tupakkaan, alkoholiin ja huumeisiin liittyviä toimia, jotka kohdennetaan tärkeimpiin tilanteisiin, kuten koulutukseen ja työpaikkaan, ja läpi koko elinkaaren.

2.2.2. Tuetaan toimia, jotka koskevat sosioekonomisten ja ympäristöön liittyvien laajempien taustatekijöiden terveysvaikutuksia.

3. Terveystiedon hankkiminen ja levittäminen

3.1 Osaamisen ja parhaiden toimintatapojen vaihto

3.1.2. Kerätään tietoja ja vaihdetaan osaamista ja parhaita toimintatapoja tärkeimmistä ohjelman piiriin kuuluvista terveyskysymyksistä, myös terveydenhuoltojärjestelmien yhteistyöstä, sukupuoleen liittyvistä terveysseikoista, lasten terveydestä, mielenterveydestä ja harvinaisista sairauksista.

3.2. Terveystiedon keruu, analysointi ja levittäminen

3.2.1. (Keruu) Jatketaan sellaisen kestäväällä pohjalla olevan terveyden seurantajärjestelmän kehittämistä, johon kuuluvat tietojen ja tietoineistojen keruujärjestelmät asianmukaisine indikaattoreineen; kerätään tietoja terveystilanteesta ja terveysalan toimintalinjoista; järjestelmän tilasto-osuus tehdään osana yhteisön tilasto-ohjelmaa.

3.2.2. (Analysointi ja levittäminen) Kehitetään analyysi- ja levitysjärjestelmiä, joihin sisältyvät myös yhteisön terveystiedot, terveystiedon portaali ja konferenssit; tarjotaan tietoa kansalaisille, sidosryhmille ja poliittisille päättäjille, kehitetään kuulemismenettelyjä ja osallistumisprosesseja; laaditaan terveystilannetta Euroopan unionissa koskeva

kertomus, joka perustuu tietoaaineistoon ja indikaattoreihin ja sisältää laadulliset ja määrälliset analyysit.⁷⁹

3.2.3. Analyysit ja tekninen apu, joilla tuetaan tämän ohjelman piiriin liittyvien toimintalinjojen tai lainsäädännön kehittämistä tai täytäntöpanoa.

⁷⁹

Raporttia koskeva sanamuoto on peräisin Euroopan parlamentin tarkistuksesta 73, joka komissio on hyväksynyt muutoksin (“säännöllisesti” eikä “kahden vuoden välein”).

LIITE 1 – Yhteisvaikutusten lisääminen yhteisten toimien ja välineiden avulla

Tavoitteet

1. — Suojellaan kansalaisia riskeiltä ja uhkilta, joita yksittäiset henkilöt eivät voi hallita (esimerkiksi koko yhteiskuntaan vaikuttavilta terveysuhkilta, vaarallisilta tuotteilta ja sopimattomilta kaupallisilta menettelyiltä).
2. — Lisätään kansalaisten valmiuksia tehdä parempia terveyttä ja kuluttajien etuja koskevia päätöksiä.
3. — Otetaan terveys- ja kuluttajapolitiikan tavoitteet huomioon muilla politiikan aloilla.

Toimet ja toteutusvälineet

1. — Parannetaan terveys- ja kuluttaja-asioita koskevaa tiedonvaihtoa EU:n kansalaisten kanssa
 - 1.1. — Valistuskampanjat
 - 1.2. — Selvitykset
 - 1.3. — Konferenssit, seminaarit, asiantuntijoiden ja sidosryhmien kokoukset
 - 1.4. — Terveys- ja kuluttajapolitiikan aiheita käsittelevät julkaisut
 - 1.5. — Online-tiedon tarjoaminen
 - 1.6. — Tiedotuspisteiden kehittäminen ja hyödyntäminen.
2. — Lisätään kansalaisyhteiskunnan ja sidosryhmien osallistumista terveyttä ja kuluttajansuojaa koskevan politiikan suunnitteluun
 - 2.1. — Edistetään ja vahvistetaan yhteisön tason kuluttaja- ja terveysjärjestöjen toimintaa.
 - 2.2. — Koulutetaan kuluttaja- ja terveysjärjestöjä ja lisätään niiden valmiuksia.
 - 2.3. — Verkotetaan hallituksista riippumattomia kuluttaja- ja terveysjärjestöjä ja muita sidosryhmiä.
 - 2.4. — Vahvistetaan yhteisön tason neuvoa-antavia elimiä ja järjestelmiä.

- ~~3. Kehitetään yhteinen toimintamalli terveys- ja kuluttaja-asioiden ottamiseksi huomioon yhteisön politiikan muilla osa-alueilla~~
 - ~~3.1. Kehitetään menetelmiä yhteisön politiikan ja terveys- ja kuluttaja-asioita koskevien toimien vaikutusten arvioimiseksi ja sovelletaan niitä.~~
 - ~~3.2. Vaihdetaan kansallisia toimintalinjoja koskevia parhaita toimintatapoja jäsenvaltioiden kanssa.~~
 - ~~3.3. Selvitetään muiden politiikan alojen vaikutuksia terveyteen ja kuluttajansuojaan.~~
- ~~4. Lisätään terveyttä ja kuluttajansuojaa koskevaa kansainvälistä yhteistyötä~~
 - ~~4.1. Yhteistyö kansainvälisten järjestöjen kanssa~~
 - ~~4.2. Yhteistyö ohjelmaan osallistumattomien kolmansien maiden kanssa~~
 - ~~4.3. Terveys- ja kuluttajajärjestöjen vuoropuhelun kannustaminen.~~
- ~~5. Parannetaan riskien varhaista havaitsemista ja arviointia sekä riskeistä tiedottamista~~
 - ~~5.1. Tuetaan tieteellistä neuvontaa ja riskinarviointia komission päätöksellä 2001/210/EY80 perustettujen riippumattomien tiedekomiteoiden tehtävät mukaan luettuina.~~
 - ~~5.2. Kerätään ja yhdistetään tietoja ja luodaan asiantuntijoiden ja tutkimuslaitosten verkostoja.~~
 - ~~5.3. Edistetään riskinarviointimenetelmien kehittämistä ja yhdenmukaistamista.~~
 - ~~5.4. Kerätään ja arvioidaan tietoa väestöjen ja väestöryhmien altistumisesta kemiallisille, biologisille ja fysikaalisille terveysvaaroille.~~
 - ~~5.5. Luodaan menetelmiä kehittymässä olevien riskien havaitsemiseen ja suunnitellaan toimia vasta havaittuihin riskeihin reagoimiseksi.~~
 - ~~5.6. Kehitetään strategioita riskiviestinnän parantamiseen.~~
 - ~~5.7. Riskinarviointikoulutus.~~

⁸⁰ EUVL L 66, 4.3.2004, s. 45.

~~6. Parannetaan tavaroiden ja ihmisperäisten aineiden turvallisuutta~~

- ~~6.1. Analysoidaan vammoja koskevia tietoja ja kehitetään kulutustavaroihin ja palveluihin liittyvien parhaiden toimintatapojen ohjeistoja.~~
- ~~6.2. Kehitetään menetelmiä ja tietokannan ylläpitoa kuluttajatarvikkeiden turvallisuuteen liittyviä vahinkoja koskevien tietojen keräämistä varten.~~
- ~~6.3. Toteutetaan toimia, joilla parannetaan ihmisperäisten elinten ja aineiden, kuten veren, veren ainesosien ja verta muodostavien kantasolujen, turvallisuutta ja laatua.~~
- ~~6.4. Edistetään korkealaatuisten ihmisperäisten elinten ja aineiden saatavuutta ja lääketieteellisen hoidon turvallisuutta koko yhteisössä.~~
- ~~6.5. Annetaan teknistä apua politiikan ja lainsäädännön kehittämistä ja täytäntöönpanoa koskevien kysymysten analysointiin.~~

LIITE 2 – TERVEYS

TOIMET JA TUKITOIMENPITEET

Tavoite 1: suojellaan kansalaisia terveysuhkilta

~~1. Lisätään terveysuhkien seurantaa ja valvontaa~~

- ~~1.1. Lisätään valmiutta torjua tartuntatauteja tukemalla edelleen tartuntatautien epidemiologisen seurannan ja valvonnan verkoston perustamisesta yhteisöön tehdyn päätöksen N:o 2119/98/EY täytäntöönpanoa.~~
- ~~1.2. Kehitetään strategioita ja keinoja ei tarttuvien tautien uhkien ehkäisemiseksi, niitä koskevien tietojen vaihtamiseksi ja niiden torjumiseksi.~~
- ~~1.3. Vaihdetaan tietoja strategioista ja kehitetään yhteisiä strategioita luotettavan tiedon saamiseksi fysikaalisten, kemiallisten ja biologisten tekijöiden aiheuttamista ja myös haitallisten tekijöiden tarkoituksellisesta levittämisestä aiheutuvista terveysuhkista; kehitetään ja tapauksen mukaan käytetään yhteisön lähestymistapoja ja järjestelmiä.~~
- ~~1.4. Kehitetään laboratorioden välistä yhteistyötä laadukkaiden diagnoosivalmiuksien varmistamiseksi taudinaiheuttajien havaitsemiseen koko yhteisössä ja kehitetään yhteisön vertailulaboratoriorakennetta niiden taudinaiheuttajien osalta, jotka edellyttävät tiiviimpää yhteistyötä yhteisön tasolla.~~
- ~~1.5. Kehitetään uusia ja parempia ennaltaehkäisyä, rokotuksia ja immunisaatiota koskevia toimintalinjoja, yhteistyökumppanuuksia ja välineitä ja seurataan immunisaatiotilannetta.~~
- ~~1.6. Kehitetään ja toteutetaan ennaltaehkäisevien terveydenhuoltotoimenpiteiden ja ihmisperäisten aineiden aiheuttamien haittavaikutusten valvontaverkostoja ja raportointijärjestelmiä.~~
- ~~1.7. Annetaan teknistä apua politiikan ja lainsäädännön kehittämistä ja täytäntöönpanoa koskevien kysymysten analysointiin.~~

~~2. Reagoidaan terveysuhkiin~~

- ~~2.1. Laaditaan riskinhallintamenettelyjä terveydellisiä hätätilanteita varten ja lisätään koordinoitun toiminnan valmiuksia hätätilanteita varten.~~
- ~~2.2. Kehitetään ja ylläpidetään resursseja valmiuteen ja reagointiin liittyvien tarpeiden ja puutteiden arvioimiseksi ja niihin vastaamiseksi sekä kehitetään ja ylläpidetään nopeita ja luotettavia viestintä- ja konsultointivalmiuksia vastatoimiin ryhtymisen osalta.~~
- ~~2.3. Kehitetään riskiviestintästrategioita ja välineitä yleisölle ja terveydenhuollon ammattilaisille tiedottamista ja ohjausta varten ja lisätään tietoisuutta ja vuorovaikutusta toimijoiden keskuudessa.~~

- ~~2.4. Kehitetään strategioita ja menettelyjä yleisten valmiussuunnitelmien ja terveydellisissä hätätilanteissa sovellettavien erityissuunnitelmien laatimista, testausta, arviointia ja tarkistamista varten sekä eri jäsenvaltioiden suunnitelmien yhteentoimivuuden varmistamista varten; järjestetään harjoituksia ja testataan suunnitelmia.~~
- ~~2.5. Kehitetään strategioita ja menetelmiä, joilla arvioidaan ja parannetaan perusrakenteiden (esim. laboratorioiden) ja välineiden (esim. ilmaisimien) saatavilla oloa ja riittävyttä sekä terveydenhuoltosektorin valmiustilaa, perusrakenteita ja nopean toiminnan valmiutta.~~
- ~~2.6. Kehitetään strategioita ja menetelmiä, joilla arvioidaan sellaisten kansanterveysresurssien tarvetta, jotka voidaan ottaa käyttöön nopeasti hätätiloissa, ja edistetään tällaisten resurssien luomista; luodaan menetelmiä ja menettelyjä kansanterveysresurssien siirtämiseen niitä tarvitsevien valtioiden ja kansainvälisten organisaatioiden käyttöön.~~
- ~~2.7. Perustetaan ja pidetään valmiudessa koulutettu ja jatkuvasti käytettävissä oleva kansanterveysasiantuntijoiden ydinryhmä, jolla on käytössään siirrettäviä laboratorioita, suojarusteita ja eristystiloja ja joka saadaan nopeasti liikkeelle merkittävien terveyskriisien yhteydessä.~~

Tavoite 2: edistetään toimintalinjoja, jotka johtavat terveempään elämäntapaan

~~3. Edistetään terveyttä terveyden taustatekijöihin vaikuttamalla~~

~~Toimilla tuetaan terveyden taustatekijöitä koskevien toimintojen, strategioiden ja toimenpiteiden valmistelua, kehittämistä ja toteuttamista seuraavasti:~~

- ~~3.1. Riippuvuuteen, esimerkiksi tupakkaan, alkoholiin ja huumausaineisiin tai muihin riippuvuutta aiheuttaviin aineisiin liittyvät terveyden taustatekijät~~
- ~~3.2. Elämäntapaan, muun muassa ravitsemukseen ja fyysiseen aktiivisuuteen, seksuaaliterveyteen ja lisääntymisterveyteen liittyvät terveyden taustatekijät~~
- ~~3.3. Sosiaaliset ja taloudelliset terveyden taustatekijät, etenkin terveyserot ja sosiaalisten ja taloudellisten tekijöiden vaikutus terveyteen~~
- ~~3.4. Ympäristöön liittyvät terveyden taustatekijät, etenkin ympäristötekijöiden terveysvaikutukset~~
- ~~3.5. Kansanterveystoimien laatu, tehokkuus ja kustannustehokkuus~~
- ~~3.6. Edellisissä kohdissa vahvistettuja painotusalueita koskevien valistustoimien, koulutuksen ja valmiuksien lisäämisen tukeminen~~
- ~~3.7. Tekninen apu politiikan ja lainsäädännön kehittämistä ja täytäntöönpanoa koskevien kysymysten analysointiin.~~

Tavoite 3: myötävaikutetaan merkittävien sairauksien vähentämiseen

4. ~~—~~ Ehkäistään sairauksia ja vammoja

~~Ohjelmasta tuetaan terveyden taustatekijöitä koskevien toimien kanssa koordinoitusti seuraavia:~~

~~4.1. Kehitetään ja toteutetaan toimia niihin sairauksiin reagoimiseksi, jotka ovat erityisen merkittäviä niiden yhteisölle aiheuttamansa kokonaiskuormituksen takia, silloin kun yhteisön toiminta voi tuoda merkittävää lisäarvoa kansallisiin toimiin.~~

~~4.2. Valmistellaan ja toteutetaan sairauden ehkäisyä koskevia strategioita ja toimenpiteitä etenkin kartoittamalla parhaita toimintatapoja ja kehittämällä ohjeistoja ja suosituksia myös sekundaarisesta ennaltaehkäisystä, seulunnoista ja varhaisesta havaitsemisesta.~~

~~4.3. Vaihetaan parhaita toimintatapoja ja tietoa ja koordinoidaan strategioita mielenterveyden edistämiseksi ja psyykkisten sairauksien ehkäisemiseksi.~~

~~4.4. Valmistellaan ja toteutetaan vammojen ehkäisemistä koskevia strategioita ja toimenpiteitä.~~

~~4.5. Tuetaan tietojen vaihtoa, koulutusta ja valmiuksien lisäämistä edellä tarkoitettuihin sairauksiin ja vammojen ehkäisyyn liittyen.~~

Tavoite 4: lisätään terveydenhuoltojärjestelmien tehokkuutta ja vaikuttavuutta

5. ~~—~~ Luodaan kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien välisiä yhteisvaikutuksia

~~5.1. Helpotetaan terveydenhuoltopalvelujen ostoa ja tarjontaa maiden rajojen yli sekä kerätään ja vaihdetaan tietoa resurssien jakamisen ja rajatylittävien hoitopalveluiden käytön edistämiseksi.~~

~~5.2. Vaihetaan tietoja terveydenhuoltohenkilöstön liikkuvuudesta ja pyritään hallitsemaan liikkuvuuden seurauksia.~~

~~5.3. Perustetaan yhteisön yhteistyöjärjestelmä vertailukeskuksia ja muita vähintään kahden jäsenvaltion terveydenhuoltojärjestelmien yhteistyörakenteita varten.~~

~~5.4. Kehitetään verkosto, jolla pyritään lisäämään valmiuksia kehittää ja vaihtaa terveydenhuollossa käytettävää teknologiaa ja tekniikoita koskevia tietoja ja arvioita (terveysteknologioiden arviointi).~~

~~5.5. Annetaan terveydenhuoltojärjestelmiä ja sairaanhoitoa koskevaa tietoa potilaille, terveydenhuollon ammattilaisille ja poliittisille päättäjille terveyttä koskevien yleisten tiedotustoimien yhteydessä; tarjotaan välineet tietojen vaihtoa ja levittämistä varten eurooppalaista sähköisen terveydenhuollon aluetta koskevan toimintasuunnitelman puitteissa.~~

- ~~5.6. Kehitetään välineitä, joilla arvioidaan yhteisön politiikan osa-alueiden vaikutusta terveydenhuoltojärjestelmiin.~~
- ~~5.7. Kehitetään ja toteutetaan toimia potilaiden turvallisuuden ja laadukkaan hoidon edistämiseksi.~~
- ~~5.8. Tuetaan terveydenhuoltojärjestelmiä koskevien toimintalinjojen kehittämistä etenkin terveydenhuoltoon ja pitkäaikaishoitoon liittyvän avoimen koordinoitimenetelmän yhteydessä.~~

~~Kaikkia edellä mainittuja tavoitteita edistävät toimet:~~

- ~~6. Parannetaan kansanterveyttä edistävää terveysaiheista tiedotusta ja tietämystä~~
 - ~~6.1. Kehitetään edelleen kestäväää terveyden seurantajärjestelmää kiinnittäen erityistä huomiota terveyseroihin ja ottaen huomioon terveystilannetta, terveyden taustatekijöitä, terveydenhuoltojärjestelmiä ja vammoja koskevat tiedot; kehitetään edelleen järjestelmän tilastollista osiota hyödyntäen tarpeen mukaan yhteisön tilasto-ohjelmaa.~~
 - ~~6.2. Tarjotaan muuta asiaankuuluvaa terveystietämystä.~~
 - ~~6.3. Määritellään asiaankuuluvia lisäindikaattoreita.~~
 - ~~6.4. Kehitetään asianmukaisia raportointijärjestelmiä.~~
 - ~~6.5. Organisoidaan tällaisen tiedon jatkuva kerääminen tilasto-ohjelman, kansainvälisten organisaatioiden, virastojen ja hankkeiden kautta.~~
 - ~~6.6. Tuetaan yhteisön terveystietämisen analysointia yhteisön säännöllisten terveystietämisen kautta, pitämällä yllä sellaisia tiedotusjärjestelmiä kuin terveystietämisen portaali ja tukemalla konsensuskonferensseja sekä tuetaan asianomaisten osapuolten välillä koordinoituja kohdennettuja tiedotuskampanjoita.~~
 - ~~6.7. Keskitytään tarjoamaan säännöllinen ja luotettava tiedotuskanava kansalaisille, päätöksentekijöille, potilaille, hoivatyöntekijöille, terveydenhuollon ammattilaisille ja muille asiasta kiinnostuneille osapuolille.~~
 - ~~6.8. Kehitetään strategioita ja keinoja harvinaisten tautien uhkien ehkäisemiseksi, niitä koskevien tietojen vaihtamiseksi ja niiden torjumiseksi.~~

LIITE 3: Kuluttajapolitiikka – Toimet ja tukitoimenpiteet

Tavoite I – Ymmärretään paremmin kuluttajia ja markkinoita

Toimi 1: — Seurataan ja arvioidaan kuluttajien taloudellisiin ja muihin etuihin vaikuttavaa markkinoiden kehitystä seuraavin tavoin: hintatutkimukset, kuluttajien valitusten kokoaminen ja analysointi, rajatylittävän markkinoinnin ja kuluttajakaupan analysointi sekä selvitykset markkinarakenteiden muutoksista.

Toimi 2: — Kerätään ja vaihdetaan tietoja tarkoituksena koota tietopohja kuluttajapolitiikan kehittämiseen ja kuluttajien etujen huomioimiseen unionin muussa politiikassa seuraavin tavoin: selvitykset kuluttajien ja yritysten asenteista, kulutus ja muut markkinatutkimukset rahoituspalvelualalla, tilastollisten ja muiden merkityksellisten tietojen keruu ja analysointi; tilastollinen osuus kehitetään hyödyntäen tarpeen mukaan yhteisön tilasto-ohjelmaa.

Toimi 3: — Kerätään, vaihdetaan ja analysoidaan tietoja ja kehitetään arviointivälineitä tieteellisen näytön saamiseksi kuluttajien altistumisesta tuotteista vapautuville kemikaaleille.

Tavoite II – Parannetaan kuluttajansuojaa koskevaa sääntelyä

Toimi 4: — Valmistellaan lainsäädännöllisten ja muiden sääntelyyn ja itsesääntelyn edistämiseen liittyviä aloitteita mukaan luettuina seuraavat:

- 4.1. — Vertaileva markkina- ja sääntelyjärjestelmäanalyysi
- 4.2. — Oikeudellinen ja tekninen asiantuntemus palvelujen turvallisuuteen liittyvän politiikan suunnittelua varten
- 4.3 — Tekninen asiantuntemus tuoteturvallisuusstandardien tarve arviointia sekä tuotteita ja palveluja koskevien CEN-standardointitoimeksiantojen laatimista varten
- 4.4 — Oikeudellinen ja tekninen asiantuntemus kuluttajien taloudellisiin etuihin liittyvän politiikan kehittämistä varten
- 4.5 — Seminaarit sidosryhmien ja asiantuntijoiden kanssa.

Tavoite III – Parannetaan soveltamisen valvontaa, seuranta- ja muutoksenhakukeinoja

Toimi 5: — Koordinoidaan kuluttajansuojalainsäädännön soveltamisen seuranta- ja valvontatoimia mukaan luettuina seuraavat:

- 5.1 — Tietoteknisten välineiden (esim. tietokantojen ja tieto- ja viestintäjärjestelmien) kehittäminen ja ylläpito

- 5.2.—— Soveltamisen valvontaa koskeva koulutus, seminaarit ja konferenssit
- 5.3.—— Yhteisten täytäntöönpanotoimien suunnittelu ja kehittäminen
- 5.4.—— Yhteisten täytäntöönpanotoimien testaaminen
- 5.5.—— Soveltamisen valvonnan ongelmien analysointi ja niiden ratkaisut.

Toimi 6: — Annetaan rahoitustukea erityisiin yhteisiin soveltamisen seuranta- ja valvontatoimiin, joilla pyritään parantamaan yhteisön kuluttajansuojalainsäädäntöön (yleisestä tuoteturvallisuudesta annettu direktiivi mukaan luettuna) liittyvää hallinto- ja täytäntöönpanoyhteistyötä, sekä muihin hallinnolliseen yhteistyöhön liittyviin toimiin.

Toimi 7: — Seurataan ja arvioidaan muiden tuotteiden kuin elintarvikkeiden ja palvelujen turvallisuutta seuraavat toimet mukaan luettuina:

7.1. — RAPEX-järjestelmän (yhteisön nopean tietojenvaihtojärjestelmän) vahvistaminen ja sen soveltamisalan ja toiminnan laajentaminen ottaen huomioon markkina- ja turvallisuus koskevan tiedonvaihdon kehitys

7.2. — Kiireellisten ilmoitusten tekninen analysointi

7.3. — Kulutustavaroiden ja palvelujen aiheuttamia riskejä koskevien tietojen keruu ja arviointi

7.4. — Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivissä 2001/95/EY tarkoitettujen kulutustavaroiden turvallisuutta käsittelevän verkon jatkokehittäminen.

Toimi 8: — Seurataan vaihtoehtoisten riidanratkaisumenetelmien toimintaa ja arvioidaan niiden vaikutuksia.

Toimi 9: — Seurataan kuluttajansuojalainsäädännön ja etenkin sopimattomia kaupallisia menettelyitä koskevan direktiivin siirtämistä osaksi jäsenvaltioiden kansallista lainsäädäntöä, lainsäädännön täytäntöönpanoa sekä jäsenvaltioiden kuluttajansuojapolitiikkaa.

Toimi 10: — Tarjotaan kuluttajajärjestöille teknistä ja oikeudellista asiantuntemusta, jolla tuetaan niiden osallistumista lainsäädännön soveltamisen valvontaan ja seurantaan.

Tavoite IV — Lisätään kuluttajien tietoa, koulutusta ja vastuuta

Toimi 11: — Kehitetään ja ylläpidetään helppokäyttöisiä julkisia tietokantoja, joiden aiheena on yhteisön kuluttajansuojalainsäädännön soveltaminen ja siihen liittyvä oikeuskäytäntö.

Toimi 12: — Tiedotetaan kuluttajansuojatoimenpiteistä etenkin uusissa jäsenvaltioissa yhteistyössä niiden kuluttajajärjestöjen kanssa.

Toimi 13: — Annetaan kuluttajavalistusta myös nuorille kuluttajille suunnatuin toimin ja kehitetään interaktiivisia kuluttajavalistusvälineitä.

⁸¹ EYVL L 11, 15.1.2002, s. 4.

Toimi 14: — Edustetaan eurooppalaisia kuluttajia kansainvälisillä foorumeilla, kuten kansainvälisissä standardointielimissä ja kauppajärjestöissä.

Toimi 15: — Järjestetään koulutusta alueellisten, kansallisten ja yhteisön tason kuluttajajärjestöjen henkilöstölle ja toteutetaan muita toimintavalmiutta lisääviä toimia.

Toimi 16: — Annetaan rahoitustukea yhteisiin toimiin julkisille tai voittoa tavoittelemattomille elimille, jotka muodostavat yhteisön tason verkkoja, jotka tarjoavat kuluttajille tietoa ja apua, jotta nämä voivat hyödyntää oikeuksiaan ja käyttää asianmukaisia riidanratkaisumenettelyjä (EU-kuluttajaneuvontakeskusten verkko).

Toimi 17: — Rahoitetaan yhteisön tason kuluttajajärjestöjen ja kuluttajien etuja tuotteita ja palveluja koskevien yhteisön tason standardien kehittämisessä edustavien järjestöjen toimintaa.

Toimi 18: — Annetaan rahoitusta yhteisön kuluttajajärjestöjen toimintaan.

Toimi 19: — Tarjotaan kuluttajajärjestöille teknistä ja oikeudellista asiantuntemusta, jolla tuetaan niiden osallistumista kuulemismenettelyyn yhteisön lainsäädäntö- ja muista hankkeista asiaankuuluvilla politiikan aloilla, kuten sisämarkkinapolitiikassa ja yleishyödyllisten palveluiden ja kestävää tuotantoa ja kulutusta koskevan kymmenvuotisen puiteohjelman yhteydessä.

Kaikkia tavoitteita koskeva toimi

Toimi 20: — Rahoitetaan yhteisön tai jäsenvaltioiden tasolla toteutettavia yksittäisiä hankkeita, joilla tuetaan muita kuluttajapolitiikan tavoitteita.

LEGISLATIVE FINANCIAL STATEMENT

1. NAME OF THE PROPOSAL :

Health programme (2007-2013)

2. ABM / ABB FRAMEWORK

Policy area: Health and Consumer Protection (SANCO, Title 17)

Activities: Public health:

3. BUDGET LINES

3.1. Budget lines (operational lines and related technical and administrative assistance lines (ex- B..A lines)) including headings :

Current budget lines:

ABB 17 03 06 Community action in the field of Health and Consumer protection — Public health

ABB 17 01 04 06 : Public Health – Expenditure for Administrative management

ABB 17 01 04 30 : Public health –Operating subsidy to the Executive Agency for the Public Health Programme.

A new budget structure will be defined after approval of the Interinstitutional Agreement on Financial Framework 2007-2013.

3.2. Duration of the action and of the financial impact:

Total allocation for action : 365,6 € million for commitment

Period of application: day of entry into force of the decision in 2007 – 31 December 2013

3.3. Budgetary characteristics:

| Budget lines | Type of expenditure | | New | EFTA contribution | Contributions from associated countries | Heading in financial framework |
|--------------|---------------------|------------------------|-----|-------------------|---|--------------------------------|
| 17 03 06 | Non-comp | diff | NO | YES | YES | No 3b |
| 17 01 04 06 | Non-comp | Non-diff | NO | YES | YES | No 3b |
| 17 01 04 30 | Non-comp | Non-diff ⁸² | NO | YES | YES | No 3b |

4. SUMMARY OF RESOURCES

4.1. Financial Resources

4.1.1. Summary of commitment appropriations (CA) and payment appropriations (PA)

EUR million (to 3 decimal places)

| Expenditure type | Section no. | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 and later | Total |
|------------------|-------------|--|------|------|------|------|------|------|----------------|-------|
|------------------|-------------|--|------|------|------|------|------|------|----------------|-------|

Operational expenditure[1]

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Commitment Appropriations (CA) | 8.1 | a | 38,80 | 45,20 | 47,00 | 45,70 | 47,30 | 49,70 | 51,50 | 325,20 |
| Payment Appropriations (PA) | | b | 11,64 | 25,20 | 39,30 | 45,25 | 46,52 | 47,51 | 109,78 | 325,20 |

Administrative expenditure within reference amount[2]

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Technical & administrative assistance (NDA) | 8.2.4 | c | 5,30 | 5,50 | 5,80 | 5,70 | 5,90 | 6,00 | 6,20 | 40,40 |
|---|-------|---|------|------|------|------|------|------|------|-------|

TOTAL REFERENCE AMOUNT

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Commitment Appropriations | | a+c | 44,10 | 50,70 | 52,80 | 51,40 | 53,20 | 55,70 | 57,70 | 365,60 |
| Payment Appropriations | | b+c | 16,94 | 30,70 | 45,10 | 50,95 | 52,42 | 53,51 | 115,98 | 365,60 |

Administrative expenditure not included in reference amount[3]

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Human resources and associated expenditure (NDA) | 8.2.5 | d | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 36,29 |
| Administrative costs, other than human resources and associated costs, not included in reference amount (NDA) | 8.2.6 | e | 3,10 | 3,11 | 3,13 | 3,14 | 3,16 | 3,17 | 3,19 | 15,66 |

[1] Expenditure that does not fall under Chapter xx 01 of the Title xx concerned.

[2] Expenditure within article xx 01
04 of Title xx.

[3] Expenditure within chapter xx 01 other than articles xx 01 04 or xx 01 05.

Total indicative financial cost of
intervention

total

| | | | | | | | | | |
|--|---------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|
| TOTAL CA including cost of Human Resources | a+c+d+e | 52,38 | 58,994 | 61,11 | 59,726 | 61,541 | 64,057 | 66,073 | 423,88 |
| TOTAL PA including cost of Human Resources | b+c+d+e | 25,22 | 38,993 | 53,411 | 59,276 | 60,762 | 61,867 | 124,353 | 423,88 |

Co-financing details

Not applicable

4.1.2. Compatibility with Financial Programming

X Proposal is compatible with Financial Framework 2007-2013.

4.1.3. Financial impact on Revenue

X Proposal has no financial implications on revenue

4.2. Human Resources FTE (including officials, temporary and external staff) – see detail under point 8.2.1.

| Annual requirements | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total number of human resources* | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 |

* of which 2 new posts in 2007, covered within the pre-allocation of the Directorate General in the PDB for 2007

5. CHARACTERISTICS AND OBJECTIVES:

5.1. Need to be met in the short or long term

The need is identified in the explanatory memorandum.

5.2. **Value added** of Community involvement and coherence of the proposal with other financial instruments and possible **synergy**

The EU, national and regional authorities, citizens, businesses and civil society have a role to play in improving the health, wellbeing and welfare of European citizens. There are however several health policy challenges that only action at EU level can tackle. Greater mobility and more communication have benefited citizens. But they have also increased the risk of spreading health threats such as SARS and other communicable diseases (which cannot be addressed by individual Member States alone). The complexity of modern life has brought more choice for citizens. But it has also made it harder for them to make the best choices.

The proposed strategy and programme aim to implement article 152 of the Treaty as regards Community action on health, by complementing national action with **value-added** measures which cannot be taken at national level.

The Health programme builds on the existing programme and maintains its core elements. In addition, it aligns future health action more explicitly with the overall Community objectives of prosperity, solidarity and security and with the Lisbon agenda in particular, and seeks to further exploit synergies with other policies.

Synergies will be ensured with other major instruments. For example health has been more closely associated to the Structural Funds and the research programme when designing the new legal base. Particular attention has also been given to ensure synergies with the Solidarity Fund.

5.3. Objectives and expected results of the proposal in the context of the ABM framework

The general objective of the ABM “public health” activity is to aim for a high level of human health protection in the development and implementation of all Community policies, through the promotion of an integrated health strategy, notably by implementation of the multi-annual health programme, and to enhance the capability of the EU to address, in a timely and coordinated fashion, threats to public health.

The objectives of the proposal are identified in the explanatory memorandum.

The expected results are:

1. Improved health security, in particular increased capacity at European and national level to respond to cross-border health threats and also to contribute to strengthened health-related safety across the EU (for example to fulfil the Treaty mandate as regards

safety and quality of substances of human origin for medical use, or as regards the assessment of risks to citizens' health).

2. Stronger health promotion at European level. This would include effective measures to encourage healthy ageing, greater awareness of health's impact on productivity and growth, a narrowing of the health gap across the EU, in particular concerning improvement in health status in the new Member States. The programme should also result in healthier ways of life across the EU, a greater awareness about the impact of lifestyles and addictions on health, and a set of solutions developed through exchange of good practice. By acting on the most important health determinants, the programme will have the result of helping to reduce the disease burden.

3. More and better health knowledge, more dissemination. The programme will result in a health knowledge system, with more comparable data and indicators, higher -quality analysis, and effective dissemination to stakeholders. The programme will further result in Member States taking inspiration from best practice identified through the programme to improve their health systems.

5.4. Method of Implementation (indicative)

Show below the method(s)⁸³ chosen for the implementation of the action.

Centralised Management

Directly by the Commission

Indirectly by delegation to:

Executive Agency

Bodies set up by the Communities as referred to in art. 185 of the Financial Regulation

National public-sector bodies/bodies with public-service mission

Shared or decentralised management

With Member states

With Third countries

Joint management with international organisations

⁸³ If more than one method is indicated please provide additional details in the "Relevant comments" section of this point.

6. MONITORING AND EVALUATION

6.1. Monitoring system

The Commission will monitor the most pertinent indicators throughout the implementation of the new programme. The indicators listed are related to the objectives described under part 5.3 .

| Objectives | Indicators |
|--|---|
| 1. Improve citizens' health security | |
| 1.1. Protect citizens against health threats | <ul style="list-style-type: none"> Number of projects in this area Number of beneficiaries ECDC fully operational Increased European co-ordination capacity for responding rapidly to threats Increased Member States' capacity to address health threats |
| 1.2. Improve citizens' safety | <ul style="list-style-type: none"> Number of scientific opinions given Community initiatives embodying the scientific opinions Number of projects on patient safety/ high quality and safe healthcare Number of projects on accidents and injuries Number of initiatives on organs / substances of human origin. |
| 2. Promote health to improve prosperity and solidarity | |
| 2.1. Foster healthy, active ageing and help bridge health inequalities | <ul style="list-style-type: none"> Number of projects on healthy ageing Number of initiatives on health's impact on growth and economic development Number of measures to bridge inequalities between Member States; number of projects benefiting the new Member States Number of projects to improve solidarity between national health systems |
| 2.2. Promote healthier ways of life by tackling health determinants. | <ul style="list-style-type: none"> Number of new measures proposed and carried out Number of projects in this area Number of thematic platforms created Number of information, publications and target audience reached |

| | |
|---|---|
| 3. Generate and disseminate health knowledge | |
| 3.1. Exchange knowledge and best practice | Number of projects in this area Number of best practice solutions identified Number of Member States that took inspiration from good practice to introduce improvements in their health systems Number of health themes addressed |
| 3.2. Collect, analyse and disseminate health information. | Number of projects in this area Number of information/awareness raising publications and target audience reached Number of hits of health portal Number of Health reports and other publications Number of conferences & participants |

The implementation of the Community programme entrusted to the executive agency is subject to the control of the Commission and this control is exerted according to the methods, the conditions, the criteria and the parameters which it lays down in the act of delegation defined by Council Regulation (EC) N° 58/2003 laying down the statute for executive agencies to be entrusted with certain tasks in the management of Community programmes⁸⁴, Article 6 (3).

6.2. Evaluation

6.2.1. Ex-ante evaluation

This programme proposal is built on a series of existing Community programme and measures, some of which have been operational for many years, and which have been the subject of a comprehensive sequence of evaluations, as well as a substantial corpus of experience of administering and implementing the programmes in the Commission (and a former technical assistance office) and within the Member States and other participating countries (particularly the candidate countries).

The hypothesis of taking no action was considered:

- No action means failure to meet the provisions of articles 152 of the Treaty.
- No action means that the Commission would not meet the requirement of having a proper legal basis for health actions during the period 2007-2013 as imposed by the new financial framework. (The Health Programme expires at the end of 2008). This would make it very difficult to fulfil various legal obligations.

⁸⁴

OJ L 11, 16.1.2003, p. 1.

- No action would mean that the Commission would not fulfil its commitment to present a health strategy, following an open consultation in 2004, intended to help prepare the ground for a new strategy. In terms of effects on health, some serious negative impact would arise following the expiry of the current health programme. Health protection in Europe would be undermined as essential health threat alert mechanisms would find it difficult to operate. There would be inadequate information about important health trends and developments as mechanisms to collect and analyse the data would not function effectively. This would make it harder for health authorities to plan and develop policies and for citizens to take decisions. There would also be a great reduction in actions against trans-frontier health threats eg HIV/AIDS and bioterrorism.
- No action would also mean that the Commission stopped work in areas of central concern to its citizens daily lives and thus lost the possibility to increase visibility and to demonstrate the relevance of its action to them.

Building a new programme will bring citizens' issues to the forefront of the EU agenda by providing a new framework for a policy that impacts on citizens' day-to-day life.

In addition the existing executive agency for the public health programme would have its current mandate adapted to be able to ensure the management tasks of the new programme, including budgetary tasks, which would constitute the best management instrument at the disposal of the Commission⁸⁵. This will in particular ensure :

- Multiplier effect (leverage) enabling the Commission to concentrate on its core competencies;
- Effectiveness and flexibility in the implementation of outsourced tasks;
- Simplification of the procedures used;
- Proximity of the outsourced action to the final beneficiaries.

The public health programme 2003-2008, adopted in September 2002⁸⁶, represents a major step forward for the implementation of the provisions of Article 152 of the EC Treaty. It provides for the integrated development of a strategy aimed on the one hand at ensuring a high level of health protection in all Community policies and actions and, on the other, at supplementing and coordinating policies and actions carried out by the Member States in the field of health surveillance and information systems, combating transmissible diseases and disease prevention.

In designing the new joint programme proposal, special attention was given to building upon the experience acquired during the first years of operation of the 2003-2008

⁸⁵ See also the study "Cost-effectiveness assessment of externalisation of European Community's public health action programme" by Eureval-C3E, of 21.6.2002.

⁸⁶ Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008), OJ L 271, 9/10/2002.

programme, as well as to integrating the work carried out in various consultations, fora and groups.

Preparatory work on the health strategy

An open consultation on the future Health Strategy was launched in July 2004. The consultation was carried out on the basis of a public consultation document published on the web-site. All interested parties from the public health area, public bodies, interest groups and individual citizens, were invited to participate in the consultation, by means of a written contribution. Almost 200 contributions from national and regional authorities, NGOs, universities, individual citizens and companies have reached the Commission. Following the analysis of the results, a number of policy priority areas have been identified making it necessary to re-orient existing work in order to refine the policy priorities. The result is available in the Commission website⁸⁷.

Approximately 1/4 of all respondents including Ireland, Sweden, the Netherlands, Germany, the UK, Lithuania Malta and Poland urged the EU to pro-actively promote health and prevent illness. Measures proposed include the need to focus on children and teenagers, to implement a nutrition/obesity strategy, to tackle smoking and alcohol, to address a wide range of issues affecting health and to act on important diseases including cancer, respiratory and cardiovascular diseases.

Approximately 1/5 of all respondents including France, Germany, Ireland, the Netherlands, Sweden, Finland and Lithuania asked the EU to mainstream health. Respondents urged the Commission to implement a comprehensive and coherent EU approach to health, encompassing policies as diverse as Education, Trade, Internal Market, Social, Environment, Agriculture, External, Transport and Regional development. Several respondents including France, Ireland, Sweden and Finland raised the need for a Health Impact Assessment system.

The need to position health as a driver of economic growth and to disseminate evidence was raised by Ireland, France, the Netherlands, Malta and the UK. Some NGOs and Germany, Ireland and Sweden asked for health to become part of the Lisbon agenda.

Many stressed the need to address health inequalities by increasing funding for health. Respondents also urged the EU to involve stakeholders more closely in policy-making, to support the civil society, to take a stronger role on international health and to step up efforts in the analysis and dissemination of data.

Finally, many respondents also urged the EU to increase resources allocated to health, for the Public Health Programme to better serve policy priorities, to improve dissemination of project results, to cover neighbouring countries and to increase co-funding.

Respondents raise a large number of additional specific issues including the need to focus more on mental health, the challenges posed by an ageing population, the need to increase quality in healthcare, to secure patients' rights and safety, to set clear rules for patient and professional mobility, for health technology assessment and research.

Health systems

⁸⁷ http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/reflection_process_en.htm.

In 2003, a high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the EU was launched at ministerial level. Working groups composed of Member State health ministers or senior representatives, and stakeholders met throughout the year. In December 2003, a ministerial level meeting including ministers from acceding countries, adopted a report containing 19 recommendations for action at EU level. The Commission responded in presenting three Communications⁸⁸ in April 2004. To take forward these recommendations, a High Level Group on health services and medical care was established with working groups on the following areas : cross-border healthcare purchasing and provision, health professionals, centres of reference, health technology assessment, information and e-health, health impact assessment and health systems, patient safety. Reports setting out progress and orientations for future work were endorsed by the Council in December 2004 and in December 2005.

Involvement of stakeholders

Health policy making must respond to the needs and concerns of citizens. It is necessary to build up the organisations representing patients and those developing the public health agenda so that civil society is able to make the constructive contribution needed to public health policy.

Currently, patient groups and non governmental organisations in the health field can find it difficult to develop initiatives at EU level and to stabilise their organisations because they have inadequate resources.

For example active participation in the EU Health policy forum, which brings stakeholders together to discuss policy issues, requires a level of organisational capacity and resources that many NGOs lack. Associations are not funded for their core work as such, because the legal basis of the Public Health Programme 2003-2008 does not allow such direct funding. The Commission is therefore proposing operational grants as well as project grants to provide core funding to certain NGOs, including patient groups, in order to help them develop their organisational capacity and put themselves on a sound basis.

As underlined in the Lisbon process, there is a need to reduce the major differences between Member States in terms of life expectancy, health status and health systems capability. Following enlargement, supporting in particular the new Member States to develop their health systems requires additional resources. In addition to infrastructure investment and human resources to which the Community Structural Funds can contribute, there is a need for the Community to help these countries in terms of training, expertise, capacity building, preparedness, prevention and promotion, as well as a need for analysis on their health investment needs.

Finally, ageing of the EU population and its potential impact on the sustainability of public finances, not least from the relative decline in the working population, requires EU action to help Member States cope with this challenge.

Cost-effectiveness

The adaptation of the existing Public Health Programme executive agency to support the new proposed programme will also lead to savings in terms of input as regards tasks

⁸⁸ COM(2004) 301, COM(2004) 304, COM(2004) 356.

related with tendering and organisation of meetings. The outsourcing of such administrative tasks to the executive agency will also enable the Commission to focus on policy making and conception tasks, including developing significant links with other policies.

The programme foresees improving the way projects results are exploited and disseminated, which will increase projects' impact and visibility. The outsourcing of administrative tasks will enable the Commission to focus on ensuring that health crises and emergencies are better handled, that project results are better disseminated, to expand work with stakeholders and to develop policy work on e.g. health inequalities, ageing and children's health.

6.2.2. Measures taken following an intermediate/ex-post evaluation (lessons learned from similar experiences in the past)

Ex post evaluation of the former 8 public health programmes

The role of the European Community in the field of public health, as defined by the Treaty, is to complement Member States' action by promoting research, providing health information and education, encouraging cooperation and fostering policy coordination among Member States through incentive measures. An evaluation of the 8 Community programmes of 1996-2002 was carried out in 2004⁸⁹. The main objective was to assess whether the goals were achieved in the EU through these action programmes and to locate the genuine added value of European intervention in the field of public health.

The evaluation shows that the Programmes had an overall positive added value and calls for further investment by the EU in Public Health. It gives a number of recommendations : some of the issues raised have already been addressed when building the Public health programme 2003-2008. However room for improvement remains for the following areas:

- develop a complete and coherent theory of action for the general public health framework;
- clarify the priorities the programme seeks to meet and the levels targeted;
- be structured and research synergies and complementarities between the policy instruments and the research areas;
- in the area of health determinants, redirect a substantial part of the new programme towards the aspects of these diseases which have not been fully researched and towards tackling the issue of diseases from a preventive point of view;

⁸⁹ Deloitte report of 2004 : "Final Evaluation of the eight Community Action Programmes on Public Health (1996-2002) – web link : http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/evaluation_en.htm.

- to allow more room, in cases regarding the share of responsibilities between the EU and the Member States, for a re-orientation of the EU priorities towards emerging issues and innovative approaches;
- to maximise the possibilities to exchange information and knowledge between Member States, notably to allow bridging the gap between countries lagging behind the most advanced states, specially considering the recent enlargement;
- to set up a systematic internal and external communication policy;
- to enhance training activities, as it is the most valuable way of disseminating methods and best practices;
- to reserve financing in the new programme for the effective and large networks, i.e. which are representative in terms of partners involved and coverage of the EU as a whole, so to ensure their sustainability.

These recommendations will be reflected as far as possible in the construction of the new programme.

6.2.3. Terms and frequency of future evaluation

Details and frequency of planned evaluation:

(See Article 13 of the proposed Programme)

An external and independent interim evaluation, i.e., mid-term report will be undertaken three years after adoption of the programme. The object of this report is to provide an initial assessment of the impact and effectiveness of the programme on the basis of the results obtained. The report shall in particular make it possible to assess the impact of measures on all countries. Any changes or adjustments that are deemed necessary will be proposed by the Commission for the second half of the programme.

Communication on the continuation of the Programme no later than four years after its adoption.

Ex post evaluation, i.e. final Report: A detailed external independent evaluation report covering the entire period of operation of the Programme will be carried out by 31 December 2015, to assess the implementation of the Programme.

Furthermore, the Commission plans to audit beneficiaries in order to check that Community funds are being used properly. The results of audits will form the subject of a written report.

Evaluation of the results obtained:

Information providing a measure of the performance, results and impact of the Programme will be taken from the following sources:

- statistical data compiled on the basis of the information from application dossiers and the monitoring of beneficiaries' contracts;

- audit reports on a sample of programme beneficiaries ;
- use of the results of the executive agency’s evaluations and audits.

7. Anti-fraud measures

All the contracts, conventions and legal undertakings concluded between the Commission and the beneficiaries under the programme foresee the possibility of an audit at the premises of the beneficiary by the Commission’s services or by the Court of Auditors, as well as the possibility of requiring the beneficiaries to provide all relevant documents and data concerning expenses relating to such contracts, conventions or legal undertakings up to 5 years after the contractual period. Beneficiaries are subject to the requirement to provide reports and financial accounts, which are analysed as to the eligibility of the costs and the content, in line with the rules on Community financing and taking account of contractual obligations, economic principles and good financial management.

8. DETAILS OF RESOURCES

8.1. Objectives of the proposal in terms of their financial cost

Commitment appropriations in EUR million (to 3 decimal places)

| (Headings of Objectives, actions and outputs should be provided) | Type of output | Av. cost | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 and later | | TOTAL | |
|--|---|--------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-----------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|----------------|---------------|-------------|---------------|
| | | | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | total costs | N outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost |
| OPERATIONAL OBJECTIVE No.1 citizen's health security | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Action 1.1 : protect citizens against health threats | Projects, conferences, studies, meetings, networks | 0,600 | 13 | 7,760 | 15 | 9,040 | 16 | 9,409 | 15 | 9,137 | 16 | 9,467 | 17 | 9,933 | 17 | 10,301 | 108 | 65,048 |
| Action 1.2 : improve citizen's safety | Projects, conferences, studies, meetings, networks | 0,600 | 6 | 3,880 | 8 | 4,520 | 8 | 4,705 | 8 | 4,569 | 8 | 4,734 | 8 | 4,966 | 9 | 5,151 | 54 | 32,524 |
| Sub-total Objective 1 | - | - | 19 | 11,640 | 23 | 13,561 | 24 | 14,114 | 23 | 13,706 | 24 | 14,201 | 25 | 14,899 | 26 | 15,452 | 164 | 97,572 |
| OPERATIONAL OBJECTIVE No.2 : promote health | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Action 2.1 : foster healthy, active ageing and help bridge inequalities | projects, networks, conferences, meetings | 0,600 | 8 | 5,04 | 10 | 5,876 | 10 | 6,116 | 10 | 5,939 | 10 | 6,154 | 11 | 6,456 | 11 | 6,696 | 70 | 42,281 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|------------|----------------|
| Action 2.2 : Promote healthier ways of life by tackling health determinants | projects, networks, conferences, meetings | 0,600 | 14 | 8,54 | 17 | 9,944 | 17 | 10,350 | 17 | 10,051 | 17 | 10,414 | 18 | 10,926 | 19 | 11,332 | 119 | 71,553 |
| Sub-total Objective 2 | - | - | 22 | 13,58 | 27 | 15,821 | 27 | 16,466 | 27 | 15,990 | 27 | 16,568 | 29 | 17,382 | 30 | 18,027 | 189 | 113,834 |
| OPERATIONAL OBJECTIVE No.3 generate and disseminate health knowledge | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Action 3.1: Exchange knowledge and best practice | - | 0,600 | 10 | 5,82 | 11 | 6,78 | 12 | 7,05 | 11 | 6,86 | 12 | 7,10 | 12 | 7,46 | 13 | 7,73 | 81 | 48,78 |
| Action 3.2: Collect, analyse and disseminate health information | - | 0,600 | 13 | 7,76 | 15 | 9,04 | 16 | 9,40 | 15 | 9,14 | 16 | 9,46 | 17 | 9,94 | 17 | 10,30 | 108 | 65,04 |
| Sub-total Objective 3 | - | - | 23 | 13,58 | 26 | 15,82 | 28 | 16,45 | 26 | 16,00 | 28 | 16,56 | 29 | 17,40 | 30 | 18,03 | 190 | 113,82 |
| TOTAL COST | - | - | 64 | 38,80 | 76 | 45,20 | 79 | 47,00 | 76 | 45,70 | 79 | 47,30 | 83 | 49,70 | 86 | 51,50 | 543 | 325,20 |

8.2. Administrative Expenditure

8.2.1. Number and type of human resources

| Types of post | | Staff to be assigned to management of the action using existing and/or additional resources (number of posts/FTEs) | | | | | | |
|--|------------|--|------|------|------|------|------|------|
| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Officials or temporary staff[1] (17 01 01) | A*/AD | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| | B*, C*/AST | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| Staff financed[2] by art. 17 01 02 | | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Other staff [3] financed by art. 17 01 04/05 | | | | | | | | |
| TOTAL | | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 |

The calculation includes the existing resources devoted to the current programme, and the new requested staff, subject to agreement under the annual procedure of resources allocation (APS/PDB). The increase in the Commission staff is needed to undertake the conceptual and strategic preparatory work during the first years of the programme. This increase should be covered within the pre-allocation of the DG in the PDB for 2007.

It does not include the executive agency's staff.

8.2.2. Description of tasks deriving from the action

This is explained in the explanatory memorandum.

8.2.3. Sources of human resources (statutory)

(When more than one source is stated, please indicate the number of posts originating from each of the sources)

- Posts currently allocated to the management of the programme to be replaced or extended
- Posts pre-allocated within the APS/PDB exercise for year 2007
- Posts to be requested in the next APS/PDB procedure
- Posts to be redeployed using existing resources within the managing service (internal redeployment)

- Posts required for year n although not foreseen in the APS/PDB exercise of the year in question

8.2.4. Other Administrative expenditure included in reference amount (XX 01 04/05 – Expenditure on administrative management)

EUR million (to 3 decimal places)

| Budget line (number and heading) | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 and later | TOTAL |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------|-------|
| 1 Technical and administrative assistance (including related staff costs) | | | | | | | | |
| Executive agencies[1] | 4,10 | 4,10 | 4,30 | 4,30 | 4,40 | 4,50 | 4,60 | 30,30 |
| Other technical and administrative assistance | | | | | | | | |
| - intra muros | 1,000 | 1,190 | 1,280 | 1,018 | 1,257 | 1,245 | 1,182 | 8,172 |
| - extra muros | 0,200 | 0,210 | 0,221 | 0,382 | 0,243 | 0,255 | 0,418 | 1,928 |
| Total Technical and administrative assistance | 5,30 | 5,50 | 5,80 | 5,70 | 5,90 | 6,00 | 6,20 | 40,40 |

These costs include the programme's contribution to the operating costs of the Public Health Executive agency, and notably the personnel costs to the agency for this programme. These costs correspond to an estimation of 26 people (statutory personnel at the agency and contractual agents)

8.2.5. Financial cost of human resources and associated costs not included in the reference amount

EUR million (to 3 decimal places)

| Type of human resources | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 and later |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------------------|
| Officials and temporary staff (17 01 01) | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 |
| Staff financed by Art 17 01 02 (auxiliary, END, contract staff, etc.) (specify budget line) | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 |
| Total cost of Human Resources and associated costs (NOT in reference amount) | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 |

Calculation – Officials and Temporary agents

Calculation includes overheads expenses and is based on the average cost in the Commission

Calculation– *Staff financed under art. XX 01 02*

Calculation includes overheads expenses and is based on the average cost in the Commission

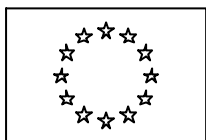
8.2.6 Other administrative expenditure not included in reference amount

EUR million (to 3 decimal places)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TOTAL |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 17 01 02 11 01 – Missions | 0,525 | 0,528 | 0,530 | 0,533 | 0,536 | 0,538 | 0,541 | 2,657 |
| 17 01 02 11 02 – Meetings & Conferences; Committees | 1,400 | 1,407 | 1,414 | 1,421 | 1,428 | 1,435 | 1,443 | 7,085 |
| 17 01 02 11 04 – Studies & consultations | 0,420 | 0,422 | 0,424 | 0,426 | 0,428 | 0,431 | 0,433 | 2,125 |
| 17 01 02 11 05 - Information systems | 0,525 | 0,528 | 0,530 | 0,533 | 0,536 | 0,538 | 0,541 | 2,657 |
| 2 Total Other Management Expenditure (XX 01 02 11) | 2,870 | 2,884 | 2,899 | 2,913 | 2,928 | 2,942 | 2,957 | 14,524 |
| 3 Other expenditure of an administrative nature (specify including reference to budget line) Total Administrative expenditure, other than human resources and associated costs (NOT included in reference amount) | 2,870 | 2,884 | 2,899 | 2,913 | 2,928 | 2,942 | 2,957 | 14,524 |

Calculation - *Other administrative expenditure not included in reference amount*

The needs for human and administrative resources shall be covered within the allocation granted to the managing Directorate-General in the framework of the annual allocation procedure.



EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS KOMMISSION

Bryssel den 24 maj 2006

KOM(2006) 234 slutlig

2005/0042 A (COD)

Ändrat förslag till

EUROPAPARLAMENTETS OCH RÅDETS BESLUT

om inrättande av ett andra gemenskapsprogram för åtgärder på hälsoområdet hälso- och konsumentskyddsåtgärder 2007-2013

**Anpassning till följd av avtalet av den 17 maj 2006
om finansieringsramarna 2007–2013**

(framlagt av kommissionen i enlighet med artikel 250.2 i EG-fördraget)

Motivering

I. Inledning

Den 6 april 2005 föreslog kommissionen ett omfattande och ambitiöst program för hälso- och konsumentskyddsåtgärder 2007–2013¹, som byggde på en beräknad budget på 1 203 miljoner euro (varav 969 euro för hälsoåtgärder). Enligt förslaget skulle gemenskapens hälsoåtgärder utökas från tre till sex åtgärdsområden för att hantera gränsöverskridande hälsoproblem och infria de berörda parternas förväntningar.

I sitt yttrande vid den första behandlingen av den 16 mars 2006 godkände Europaparlamentet de mål och åtgärder som kommissionen föreslagit, framhöll att det föredrog ett separat hälsoprogram, utökade omfattningen på de föreslagna hälsoåtgärderna och begärde en budget på 1 500 miljoner euro.

Efter det interinstitutionella avtalet om gemenskapens finansieringsramar 2007–2013 fastställdes den slutliga budgeten för hälsoåtgärder till 365,6 miljoner euro, dvs. ungefär en tredjedel av den beräknade budgeten i kommissionens förslag från april 2005.

Med hänsyn till dessa resursbegränsningar behövs det en mer fokuserad strategi för gemenskapens hälsoåtgärder. Därför avser kommissionen att inrikta programmet på tre övergripande mål: förbättra medborgarnas hälsoskydd, främja hälsa för att uppnå större välbefinnande och solidaritet och ta fram och sprida kunskap om hälsa. De viktigaste åtgärderna kommer att fastställas årligen så att resurserna kan inriktas på några få noga utvalda områden som är anpassade till den politiska situationen och nya behov.

Detta är syftet med föreliggande ändrade förslag, som ersätter kommissionens ursprungliga förslag från april 2005 när det gäller hälsoåtgärder. Genom att lägga fram ett separat förslag om enbart hälsoåtgärder tillmötesgår kommissionen parlamentets och Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs önskemål om att dela upp förslaget i två delar. Konsumentskydd behandlas i ett separat förslag.

I det ändrade förslaget görs det en tydligare koppling mellan framtida hälsoåtgärder och de övergripande gemenskapsmålen välbefinnande, solidaritet och säkerhet. Det innebär också ett försök att utnyttja synergieffekterna med andra politikområden bättre, som Europaparlamentet framhåller. I det ändrade förslaget har man i möjligaste mån inarbetat parlamentets påpekanden om viktiga strategiska frågor som behovet av att främja friskt åldrande, motverka ojämlik hälsa inom EU, beakta könsrelaterade hälsofrågor och inrikta sig på gränsöverskridande frågor.

Med tanke på budgetrestriktionerna innehåller det ändrade förslaget dock inte något särskilt åtgärdsområde om förebyggande av sjukdomar (som i kommissionens ursprungliga förslag, som förstärktes av Europaparlamentet). I stället vill kommissionen, med tanke på de begränsade resurserna, bidra till att minska sjukdomsbelastningen genom att påverka de viktigaste av hälsans bestämningsfaktorer. Om gemenskapsåtgärder mot en specifik sjukdom tillför ett viktigt mervärde (t.ex. i fråga om sällsynta sjukdomar eller mental hälsa) finns det dock regler med avseende på relevanta mål i det ändrade förslaget.

Dessutom har åtgärderna för samarbete mellan hälso- och sjukvårdssystemen (ett särskilt åtgärdsområde i kommissionens ursprungliga förslag) förenklats och införlivats i de tre mål för gemenskapens hälsoåtgärder som beskrivs närmare nedan.

II. Ett sunt samhälle är grunden för välbefinnande, solidaritet och säkerhet

Att förbättra folkhälsan är viktigt i sig. Men det är också en viktig del av lösningen på en rad stora problem som EU står inför, till exempel den åldrande befolkningen, säkerhetshoten och bristen på arbetskraft. Det är nödvändigt att förbättra folkhälsan för att nå de övergripande gemenskapsmålen, som fastställdes för att lösa dessa

¹ KOM(2005) 115, 6.4.2005.

problem. Folkhälsan är i sig betydelsefull för att EU skall uppnå sin fulla potential för att skapa välbefinnande, solidaritet och säkerhet.

När det gäller välbefinnandet är folkhälsan en nyckelfaktor för produktivitet och tillväxt. Europaparlamentet har betonat att främjande av hälsan är av största vikt för långsiktig ekonomisk tillväxt och social välfärd². En bättre hälsopolitik leder till att EU-medborgarna lever längre och är friskare, vilket är viktigt för att minska frånvaron i arbetslivet och pensionering i förtid. I sina årsrapporter till Europeiska rådets vårmöte har kommissionen betonat att en förutsättning för att man skall kunna locka fler personer att förvärvsarbeta är att antalet friska levnadsår ökar³, och att EU inte har råd med att människor försvinner från arbetsmarknaden innan de har fyllt 60⁴. Ohälsa är den främsta orsaken till förtida pensionering och minskad produktivitet. För att Lissabonmålen skall uppfyllas måste antalet år EU-medborgarna lever med god hälsa ökas. I det sammanhanget och mot bakgrund av parlamentets yttrande vid den första behandlingen är detta ändrade förslag mer inriktat på friskt åldrande och på hälsans betydelse för tillväxten.

Beträffande solidaritet måste man, för att nå gemenskapsmålet om ett mer sammanhållet EU, minska ojämlikheten inom EU när det gäller förväntad livslängd, hälsotillstånd och tillgång till bra vård. Det finns stora skillnader inom EU när det gäller livskvalitet, men också produktivitet, arbetskraftsdeltagande och ålder då man slutar arbeta av hälsoskäl. Ojämlikhet i hälsa går hand i hand med ojämlikhet i välbefinnande. Ett solidariskt EU kan inte nonchalera denna ojämlikhet. Till följd av parlamentets yttrande vid den första behandlingen är det ändrade förslaget mer inriktat på att motverka ojämlikhet i hälsa. Det innehåller också åtgärder för att förbättra solidariteten mellan hälso- och sjukvårdssystemen, om än i förenklad form på grund av budgetrestriktionerna.

När det gäller säkerheten visar den senaste utvecklingen med aviär influensa och ökad oro för en influensapandemi att man snabbt måste öka ansträngningarna för att skydda EU-medborgarna mot gränsöverskridande hälsohot. För att säkerheten skall kunna förbättras måste EU och de enskilda medlemsstaterna utveckla sin förmåga att effektivt och i samordning hantera akuta hälsohot, och samtidigt respektera de mänskliga rättigheterna och de gemensamma värderingarna i den europeiska stadgan om de grundläggande rättigheterna. Allmänheten och olika intressegrupper förväntar sig att EU snabbt och effektivt skall hjälpa medlemsstaterna att hantera risken för pandemier och andra allvarliga hälsohot. EU måste agera när medborgarnas säkerhet står på spel. Det ändrade förslaget har därför hållit kvar tonvikten på denna fråga och bibehåller de flesta åtgärder som fanns i det ursprungliga förslaget. Åtgärder som vidtas i enlighet med detta program kompletterar det arbete som utförs av det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (se nedan).

III. Syftet med programmet

Programmet innehåller tre huvudsakliga mål i linje med gemenskapens övergripande mål:

1. Förbättra medborgarnas hälsoskydd.
2. Främja hälsa för större välbefinnande och solidaritet.
3. Ta fram och sprida kunskap om hälsa.

För att uppfylla dessa mål behövs det nära samarbete och samordning med andra politikområden. Att integrera hälsofrågor i andra politikområden och utnyttja möjligheterna till gemensamma åtgärder är något som betonas ännu mer i det ändrade förslaget till följd av parlamentets yttrande vid den första behandlingen.

2 Europaparlamentets yttrande av den 15 mars 2006 om kommissionens meddelande till Europeiska rådets vårmöte av den 25 januari 2006.

3 Kommissionens meddelande inför Europeiska rådets vårmöte 2005, KOM(2005) 24, 2.2.2005.

4 Kommissionens meddelande inför Europeiska rådets vårmöte 2006, KOM(2006) 30, 25.1.2006.

1. Förbättra medborgarnas hälsoskydd

1.1. Skydda medborgarna mot hot mot hälsan

I gemenskapens strategiska mål 2005–2009⁵ betonas vikten av att bemöta hot mot befolkningens hälsa och säkerhet i EU (även bioterrorism). Lärdomarna från de globala hälsohoten och den senaste utvecklingen med aviär influensa visar att EU måste öka sin förmåga att avvärja gränsöverskridande hot. Det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar⁶ spelar en viktig roll i detta arbete. Det inrättades 2004 för att analysera, bedöma och ge råd om risker med smittsamma sjukdomar.

Åtgärderna inom ramen för programmet kommer att omfatta kartläggning av hot som inte omfattas av centrumets uppdrag, till exempel fysiska och kemiska medel, och stöd till insatser som bidrar till att genomföra beslutet om inrättande av ett gemenskapsnätverk för övervakning⁷. Programmet kommer också att stödja utarbetandet av vaccinationsprogram och inrättandet av europeiska referenslaboratorier för sällsynta eller mycket farliga patogener.

Övervakning ger bara den information som gemenskapen behöver för att besluta om åtgärder. För att kunna skydda medborgarna behöver EU teknisk och praktisk förmåga att förbereda sig för och hantera hot mot hälsan (inom och utanför EU). Programmet kommer därför att stödja utvecklingen av EU:s förmåga att samordna insatser på EU-nivå. Det kommer att bidra till att göra de nationella strukturerna effektivare genom åtgärder för att förbättra riskhanteringen och planeringen av krisåtgärder, samordna åtgärderna i krissituationer, förbättra beredskapen vid krissituationer och skapa gynnsammare förutsättningar för nätverkssamarbete och god praxis. Programmet kommer att hjälpa medlemsstaterna att utveckla sin infrastruktur, kapacitet och den samordning som behövs för att hantera hot.

1.2. Öka medborgarnas säkerhet

Medborgarna ställs inför en rad olika hot mot sin säkerhet utöver risken för pandemier. Det stora antalet incidenter och infektioner på sjukhus som kunde ha undvikits ger anledning till oro om patientsäkerheten inom EU. Ohälsa som kan undvikas och som beror på personskador och olycksfall måste också hanteras. EU kan komplettera nationella åtgärder genom att öka medvetenheten, stödja kunskapsutbyte och bidra till att utarbeta informationsmaterial.

EU spelar dessutom en viktig roll för att identifiera hälsorisker (t.ex. exponering för kemikalier i produkter) och bedöma deras möjliga konsekvenser. Slutligen skall EU enligt EG-fördraget fastställa höga kvalitets- och säkerhetsnormer i fråga om organ och ämnen av mänskligt ursprung för medicinsk användning. Programmet kommer därför att stödja genomförandet av EG-lagstiftningen om blod, vävnader och celler och bidra till efterlevnaden av internationella hälsobestämmelser.

I detta ändrade förslag beaktas parlamentets begäran om att gemenskapen skall prioritera allvarliga gränsöverskridande hälsohot, samordna arbetet inom programmet med det arbete som utförs av det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar på området för organ och med åtgärder för att förebygga personskador.

2. Främja hälsa för större välbefinnande och solidaritet

2.1. Främja friskt, aktivt åldrande och bidra till att minska ojämlikheten

EU:s befolkning blir allt äldre och andelen förvärvsarbetande minskar. Därför är det mycket viktigt att värna om den äldre befolkningens hälsa. Ju längre människor får

5 Strategiska mål 2005-2009. EU 2010: Ett partnerskap för Europas förnyelse. Välbefinnande, solidaritet och säkerhet. 2005.

6 Förordning (EG) nr 851/2004.

7 Beslut nr 2119/98/EG.

vara friska, desto längre kan de vara aktiva och arbeta⁸. EU måste uppmuntra politiska åtgärder för friskt, aktivt åldrande i enlighet med gemenskapens Lissabonprogram⁹. Kommissionen har framhållit för Europeiska rådet att medlemsstaterna måste minska det stora antalet människor som på grund av ohälsa står utanför arbetsmarknaden¹⁰. Några medlemsstater räknar med att införa hälsoåtgärder i sina Lissabonplaner, inte bara för att stärka arbetskraften¹¹ utan också för att förbättra de offentliga finanserna. Det är uppenbart att en åldrade befolkning med dålig hälsa kan få sjukvårdsbudgeten att svälla, men det är bevisat att förbättrad folkhälsa i hög grad kan minska de väntade kostadsökningarna. För att hantera ett åldrande samhälle måste man utgå från ett livscykel tänkande som sätter tyngdpunkten på ungdomars hälsa.

Detta ändrade förslag tar hänsyn till parlamentets begäran om åtgärder för att öka antalet friska levnadsår (en strukturindikator), så att man kan uppfylla Lissabonmålen genom att förebygga sjukdomar och främja friskt åldrande. Det tar också hänsyn till parlamentets begäran om att främja barns hälsa.

Befolkningens hälsa och tillgång till bra vård varierar stort i de olika medlemsstaterna och regionerna. Dålig folkhälsa leder till lägre produktivitet och arbetskraftsdeltagande. En befolkning med dålig hälsa har en negativ inverkan på den ekonomiska tillväxten och skillnaderna i hälsa förvärrar de ekonomiska skillnaderna. De medlemsstater och regioner vars befolkningar har sämre hälsa än EU-genomsnittet förväntar sig därför att EU skall visa sig solidariskt och hjälpa dem att förbättra sin kapacitet på hälsoområdet. EU:s regionalpolitik kan stödja investeringar i hälsoinfrastruktur i konvergensregionerna och mänskliga resurser i hela EU. Detta program kommer också att uppmuntra medlemsstaterna att investera i hälsa i samarbete med andra politikområden.

Som svar på parlamentets yttrande efter den första behandlingen kommer det inom programmet att vidtas åtgärder för att kartlägga orsakerna till ojämlikhet i hälsa inom och mellan medlemsstaterna, med särskild tonvikt på förhållandena i de nya medlemsstaterna. Utbyte av god praxis kommer också att uppmuntras för att minska denna ojämlikhet. Med detta ändrade förslag tillmötesgås därför parlamentets begäran om att programmet skall prioritera åtgärder mot ojämlikhet i hälsa, och man strävar efter att överbrygga hälsoklyftan i EU.

Dessutom tar det ändrade förslaget hänsyn till parlamentets begäran om att programmet skall inriktas på gränsöverskridande frågor. Man kommer att sträva efter att uppnå synergieffekter med och vidta kompletterande åtgärder till hälsorelaterade gränsöverskridande projekt i enlighet med det regionalpolitiska målet om territoriellt samarbete. Programmet kommer att främja samarbete mellan hälso- och sjukvårdssystemen i ett antal allt viktigare gränsöverskridande frågor som patienternas och hälso- och sjukvårdspersonalens rörlighet.

2.2. Främja hälsosammare levnadsvanor genom att påverka hälsans bestämningsfaktorer

Hälsans bestämningsfaktorer som kost, alkohol, tobak, droger och den sociala och fysiska omgivningen har avgörande betydelse för befolkningens hälsa. Man måste vidta åtgärder på dessa områden för att förbättra hälsa och välbefinnande och förebygga för tidig död och funktionshinder. Särskilt p.g.a. av att de livsstils- och missbruksrelaterade

8 Europaparlamentets yttrande av den 15 mars 2006 om kommissionens meddelande till Europeiska rådets vårmöte av den 25 januari 2006.

9 KOM(2005) 330, 20.7.2005. Enligt gemenskapens Lissabonprogram ”kommer kommissionen även att hjälpa medlemsstaterna att utveckla strategier för aktivt åldrande, bl.a. åtgärder för att öka antalet levnadsår vid god hälsa”.

10 Bilagan till KOM(2006) 30, 25.1.2006.

11 KOM(2006) 30, 25.1.2006, kommissionens meddelande inför Europeiska rådets vårmöte.

sjukdomar som skulle kunna undvikas har ökat i alla medlemsstater krävs det åtgärder på gemenskapsnivå för att underlätta samarbete, utbyta god praxis och komplettera nationella åtgärder.

För att främja god hälsa måste man därför ta hänsyn både till livsstilsrelaterade faktorer (t.ex. kost, fysisk aktivitet och sexuell hälsa) och missbruk (t.ex. tobak, alkohol och droger) som skadar hälsan och till mer allmänna socioekonomiska och miljörelaterade bestämningsfaktorer.

Detta förslag tar hänsyn till parlamentets stöd till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande gemenskapsåtgärder. Det innehåller riktade åtgärder med avseende på bestämningsfaktorer relaterade till livsstil och missbruk.

Med tanke på budgetrestriktionerna är det inte längre aktuellt med det separata åtgärdsområde för sjukdomar som fanns i det ursprungliga förslaget. Men genom att påverka de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsan kan man bidra till att minska sjukdomsöverskridande åtgärder till stöd för goda kostvanor kan till exempel bidra till att minska hjärtsjukdomarna och åtgärder för sexuell hälsa kan bidra till att bekämpa hiv och aids.

3. Ta fram och sprida kunskap om hälsa.

3.1. Utbyta kunskap och god praxis

Det finns stora möjligheter till utbyte av kunskap och god praxis i en rad hälsofrågor. Parlamentet har särskilt betonat behovet av gemenskapsåtgärder för att ge mervärde och tyngdpunkt åt gränsöverskridande frågor. I det sammanhanget kommer utbyte av god praxis att inriktas på frågor där gemenskapen kan tillföra verkligt mervärde genom att samla experter från olika länder, som i fallet med sällsynta sjukdomar, eller på gränsöverskridande frågor som har att göra med samarbetet mellan olika hälso- och sjukvårdssystem. Det gäller också sådana övergripande frågor som betonades i parlamentets yttrande vid den första behandlingen, som könsrelaterade hälsoaspekter eller barns hälsa. Även andra viktiga frågor som är av intresse för alla medlemsstater kommer att omfattas, till exempel mental hälsa. Utbyte av kunskap och god praxis kommer att komplettera de nationella åtgärderna och göra det lättare för medlemsstaterna att dra nytta av lösningar som tagits fram på annat håll i EU. Ett sådant kunskapsutbyte kan behöva föregås av informationsinsamling.

Detta ändrade förslag tar därför hänsyn till parlamentets begäran om åtgärder i synnerhet rörande könsrelaterade hälsoaspekter, men också rörande barns hälsa (som inte är omnämnt särskilt i bilaga II till kommissionens ursprungliga förslag). Det tar också upp parlamentets begäran om att gemenskapen skall lägga tyngdpunkten på mervärdet med gränsöverskridande frågor som patientrörlighet.

3.2. Samla in, analysera och sprida kunskap om hälsa

För att man skall kunna utarbeta en väl underbyggd hälsopolitik behövs det en god kunskapsbas i hälsofrågor. Dessutom är intressegrupper och politiska beslutsfattare beroende av EU för att få tillgång till jämförbar, tillförlitlig och aktuell information om hälsa. För att man skall kunna ta fram och sprida kunskap om hälsa måste det nuvarande arbetet med att utveckla ett hälsoövervakningssystem som täcker all hälsorelaterad verksamhet utvidgas. Gemenskapens statistikprogram bör utnyttjas vid behov.

Parlamentet gav i sitt yttrande vid den första behandlingen stöd till att programmet skall fortsätta arbetet med att utarbeta indikatorer och andra verktyg och samla in uppgifter och information som underlag för beslutsfattande. Dessutom kommer programmet i enlighet med kommissionens ursprungliga förslag att lägga ännu större vikt vid användarvänliga analyser och information till allmänheten, bland annat genom hälsoportalen. En starkare inriktning på kommunikation med allmänheten kommer

också att stödja arbetet med att föra EU – och dess hälsopolitik – närmare medborgarna.

IV. Genomförande av programmet

I detta ändrade förslag bibehålls verktygen och de centrala genomförandebestämmelserna i kommissionens ursprungliga förslag från april 2005. Dessutom införs ett antal av Europeiska parlamentets ändringar, som innebär att förslaget blir utförligare och tydligare.

I enlighet med principen om bättre lagstiftning kommer man särskilt att bemöda sig om att garantera politisk sammanhållning mellan detta och andra gemenskapsprogram. I enlighet med parlaments begäran i yttrandet vid den första behandlingen kommer programmet att stärka synergieffekterna från annan gemenskapspolitik och andra program, till exempel regional utveckling och strukturfonderna, gemenskapens statistikprogram, gemenskapens strategi för arbetsmiljöfrågor, strategin för hållbar utveckling, ramprogrammen för forskning och Lissabonagendan. Dessutom kommer man att i tillämpliga fall försöka vidta gemensamma åtgärder med andra politikområden.

Det civila samhället kommer att ges ökade möjligheter att vara med och utforma politiken. För de stora initiativen i enlighet med programmet kommer det att tas full hänsyn till samråd med intressegrupperna. Medborgarna och andra intressegrupper kommer att engageras i utformandet av hälsopolitiken, till exempel genom stöd till utveckling av organisationer som företräder patienters intressen eller som arbetar med aktuella hälsofrågor.

På Europaparlamentets begäran kommer det att läggas större tonvikt vid regelbunden rapportering av de viktigaste programresultaten till andra institutioner, men också vid noggranna utvärderingar av konsekvenserna av framtida initiativ. Dessutom har kommissionen anammade parlamentets begäran om att det i utkastet till beslut skall anges tydliga kriterier för vilka icke-statliga organisationer som kan få stöd. Detta bidrar till att göra texten tydligare, i linje med principen om bättre lagstiftning. Men med tanke på budgetrestriktionerna innebär det ändrade förslaget en minskning av det högsta bidraget i exceptionella fall från 95 % till 80 % (det förstnämnda enligt kommissionens ursprungliga förslag, som godkänkts av Europaparlamentet).

Det genomförandeorgan som inrättats för folkhälsoprogrammet bör delta i genomförandet av det föreslagna nya hälsoprogrammet. För att öka kostnadseffektiviteten och utnyttja stordriftsfördelarna bör genomförandeorganet också delta i genomförandet av programmet för konsumentskyddsåtgärder och i genomförandet av åtgärderna för utbildning om säkra livsmedel. Därför planerar kommissionen att i enlighet med detta ändra sitt beslut av den 15 december 2004 om inrättandet av genomförandeorganet.

Det befintliga folkhälsoprogrammet är starkt inriktat på samfinansiering av gränsöverskridande insatser genom projektbidrag. Kommissionen föreslår att man i det framtida programmet minskar samfinansieringen av projekt och koncentrerar sig på anbudsinfordringar för att optimera effektiviteten och mervärdet av de åtgärder som finansieras enligt programmet och för att säkerställa att resurserna går till insatser som omfattas av programmålen.

Programmet är ett led i en omfattande hälsost strategi som kommissionen kommer att lägga fram 2007. Det omfattar i princip de åtgärder som kräver finansiering. Den framtida strategin kommer att samla det breda utbudet av gemenskapsåtgärder på hälsoområdet i ett övergripande ramverk och fastställa mål och prioriteringar.

Nyckelfrågor, till exempel att integrera hälsofrågor i andra politikområden, motverka ojämlikhet i hälsa och hantera internationella problem, kommer att utvecklas närmare i denna strategi.

Ändrat förslag till

EUROPAPARLAMENTETS OCH RÅDETS BESLUT

om inrättande av ett andra¹² gemenskapsprogram för åtgärder på hälsoområdet ~~hälso- och konsumentskyddsåtgärder~~ 2007-2013

(Text av betydelse för EES)

EUROPAPARLAMENTET OCH EUROPEISKA UNIONENS RÅD HAR BESLUTAT FÖLJANDE

med beaktande av fördraget om upprättandet av Europeiska gemenskapen, särskilt artikel ~~artiklarna 152 och 153 i detta~~,¹³
med beaktande av kommissionens förslag¹⁴,
med beaktande av Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs yttrande¹⁵,
med beaktande av Regionkommitténs yttrande¹⁶,
i enlighet med förfarandet i artikel 251 i fördraget¹⁷, och
av följande skäl:

- (1) Gemenskapen kan bidra till att skydda medborgarnas hälsa och säkerhet ~~och ekonomiska intressen~~ genom att vidta åtgärder på folkhälsoområdet ~~områdena~~ ~~folkhälsa och konsumentskydd~~¹⁸. En hög hälsoskyddsnivå bör säkerställas vid utformningen och genomförandet av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder. Enligt artikel 152 i fördraget skall gemenskapen spela en aktiv roll genom att i enlighet med subsidiaritetsprincipen vidta sådana åtgärder som de enskilda medlemsstaterna inte kan vidta. Gemenskapen respekterar till fullo medlemsstaternas företrädesrätt att organisera och ge hälso- och sjukvård¹⁹.
- (2) Hälsosektorn karakteriseras å ena sidan av en avsevärd potential till tillväxt, innovation och dynamism och å andra sidan av de utmaningar när det gäller ekonomisk och social hållbarhet och hälso- och sjukvårdssystemens effektivitet som denna sektor står inför bland annat beroende på den åldrande befolkningen och den medicinska utvecklingen.²⁰
- (3) Programmet för gemenskapsåtgärder på folkhälsoområdet (2003–2008) är det första integrerade gemenskapsprogrammet på detta område, och det har redan lett till ett antal viktiga utvecklingar och förbättringar.²¹

¹² Europaparlaments ändring 1, som först avlogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen.

¹³ Europaparlaments ändring 2, som först avlogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen.

¹⁴ EUT C 172[...], ... 12.7.2005, s. 25[...].

¹⁵ EESC/2006/230, 14.2.2006, EUT C, , s. .

¹⁶ Yttrande COR/2005/147, 16.2.2006, EUT C , , s. .

¹⁷ EUT C , , s. .

¹⁸ Del av Europaparlaments ändring 3, som först avlogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen.

¹⁹ Europaparlamentets ändring 4.

²⁰ Europaparlamentets ändring 6, som godkännts av kommissionen. En formulering har ändrats ("den ökade medellivslängden" har bytts ut mot "den åldrande befolkningen").

²¹ Europaparlamentets ändring 7.

- (4) Det finns ett antal allvarliga gränsöverskridande hot mot folkhälsan av potentiellt världsomfattande karaktär, och det håller på att uppstå nya hot som kräver ytterligare gemenskapsåtgärder. Gemenskapen bör behandla allvarliga gränsöverskridande hot mot folkhälsan som en prioriterad fråga. För att man skall kunna övervaka, ge tidig varning om och bekämpa allvarliga hot mot folkhälsan krävs det att gemenskapen kan reagera på ett samordnat och effektivt sätt.²²
- (5) Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) hälsorapport för Europa 2005 är de främsta orsakerna till sjukdomsbördorna i WHO:s europeiska region, mätt i DALY (Disability Adjusted Life-Years, sjukdomsjusterade levnadsår), icke smittsamma sjukdomar (77 %), externa skade- och förgiftningsorsaker (14 %) och smittsamma sjukdomar (9 %). Sju vanliga tillstånd – ischemisk hjärtsjukdom, unipolär depressiv störning, cerebrovaskulär sjukdom, alkoholmissbruk, kronisk lungsjukdom, lungcancer och trafikskador – står för 34 % av sjukdomsbördan i regionen, mätt i DALY. Sju stora riskfaktorer – tobak, alkohol, högt blodtryck, högt kolesterolvärde, övervikt, för lågt intag av frukt och grönsaker och fysisk inaktivitet – står för 60 % av sjukdomsbördan mätt i DALY. Dessutom är smittsamma sjukdomar som hiv/aids, influensa, tuberkulos och malaria på väg att bli ett hot mot folkhälsan bland hela befolkningen i Europa. En viktig uppgift för programmet är att bättre klarlägga de främsta sjukdomsbördorna i gemenskapen.²³
- (6) Åtta vanliga orsaker till dödlighet och sjuklighet relaterade till icke smittsamma sjukdomar i WHO:s europeiska region är hjärt- och kärlsjukdomar, neurologiska och psykiatriska störningar, cancer, sjukdomar i matsmältningsorganen, sjukdomar i andningsorganen, sjukdomar i sinnesorganen, muskuloskelettala sjukdomar och diabetes mellitus.²⁴
- (7) Mikrobiell resistens mot antibiotika och sjukhusinfektioner håller på att bli ett hälsohot i Europa. Bristen på nya effektiva antibiotika och bristande kunskap om hur befintliga antibiotika skall användas på en riktigt sätt utgör allvarliga problem. Det är därför viktigt att samla in och analysera relevanta uppgifter.²⁵
- (8) Det är viktigt att stärka rollen för det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar i kampen mot smittsamma sjukdomar.²⁶
- (9) Programmet bygger på resultaten från det tidigare programmet för gemenskapsåtgärder på folkhälsoområdet (2003–2008). Det kommer att bidra till en hög fysisk och mental hälsolivå och ökad jämlikhet i hälsofrågor i hela gemenskapen genom att insatserna inriktas på att förbättra folkhälsan,

22 Europaparlamentets ändring 8.

23 Europaparlamentets ändring 9.

24 Från Europaparlamentets ändring 10, som kommissionen godkänt med ändringar. Den detaljerade skrivningen om diabetes har utelämnats och "dödsorsaker" har ersatts med "orsaker till dödlighet och sjuklighet". I det ändrade förslaget utelämnas också ändringarna 11 och 12 om diabetes och cancer som ursprungligen godkändes av kommissionen. Med tanke på budgetrestriktionerna har åtgärdsområdet för sjukdomar i det ursprungliga förslaget slopats, och dessa ändringar är inte längre relevanta.

25 Europaparlamentets ändring 13.

26 Europaparlamentets ändring 14, som kommissionen godkänt med ändringar (jämför dokumentet från GRI).

förebygga ohälsa och sjukdomar samt undanröja hot mot människors hälsa i syfte att bekämpa sjuklighet och förtida dödlighet.²⁷

- (10) **Programmet bör fästa vikt vid att förbättra hälsotillståndet hos barn och ungdomar och att främja en hälsosam livsstil och ett förebyggande synsätt bland dem.**²⁸

~~Samtidigt som huvuddragen i åtgärderna inom hälso-konsumentskyddsområdet bibehålls, bör ett enda integrerat program kunna bidra till att maximera synergieffekterna när det gäller målen för åtgärderna på dessa områden och den effektiva förvaltningen av dem. Genom att kombinera åtgärder för hälsa och konsumentskydd i ett enda program ökar möjligheten att nå de gemensamma målen, dvs. skydda medborgarna mot risker och hot, ge dem bättre förutsättningar att skaffa sig de kunskaper de behöver för att kunna fatta välgrundade beslut samt stödja integreringen av hälso- och konsumentskydds målen inom alla politikområden) och verksamheter som gemenskapen bedriver. Gemensamma administrativa strukturer och system bör möjliggöra ett effektivare genomförande av programmet och bidra till att utnyttja gemenskapens tillgängliga resurser för hälsa och konsumentskydd på ett optimalt sätt.~~

- (11) **Programmet bör stödja integreringen av hälsomål i all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder utan att det sker en överlappning med arbetet i andra politikområden.**²⁹ **Samordning med gemenskapens övriga politikområden och program är en viktig del av målet att integrera hälsofrågor med andra områden. För att främja synergieffekter och undvika överlappning kan gemensamma åtgärder komma att vidtas tillsammans med andra gemenskapsprogram och gemenskapsåtgärder, och gemenskapens andra medel och program kommer att utnyttjas på lämpligt sätt, däribland gemenskapens nuvarande och framtida ramprogram för forskning och resultaten av dessa, strukturfonderna, Europeiska unionens solidaritetsfond, gemenskapens strategi för arbetsmiljöfrågor och gemenskapens statistikprogram.**³⁰

- (12) **Det kommer att göras särskilda ansträngningar för att garantera sammanhang och synergieffekter mellan detta hälsoprogram och gemenskapens externa åtgärder, särskilt när det gäller aviär influensa, hiv/aids, tuberkulos och andra gränsöverskridande hot mot hälsan. Dessutom bör man få till stånd internationellt samarbete för att främja allmänna hälso- och sjukvårdsreformer och allmänna institutionella frågor rörande hälsa i länder utanför Europeiska unionen.**

- (13) **Det är viktigt för EU-medborgarnas välbefinnande att antalet friska levnadsår, dvs. den förväntade livslängden utan funktionshinder, ökar genom att man förebygger sjukdomar och främjar ett friskt åldrande, något som också bidrar till att man kan möta Lissabonprocessens utmaningar i fråga om**

²⁷ Europaparlamentets ändring 16, som kommissionen delvis godkänt. Parlamentets skrivning om etniskt ursprung har utelämnats (jämför dokumentet från GRI).

²⁸ Europaparlamentets ändring 17, men "kommer att fästa vikt vid" har ersatts med "bör fästa vikt vid".

²⁹ Europaparlaments ändring 19, som först avslogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen.

³⁰ Från Europaparlaments ändring 38, som först avslogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen. Det ändrade förslaget innehåller några ändringar: "kommer [...] att vidtas" har ändrats till "kan [...] komma att vidtas" för att anpassa detta skäl till formuleringen i artikel 6, och några exempel på fonder och den sista meningen i ändring 38 har uteslutits.

kunskapssamhället och hållbarheten i de offentliga finanserna, som står under press från ökade kostnader för hälso- och sjukvård och socialförsäkring.³¹

- (14) EU-utvidgningen har medfört nya orosmoment i form av ojämlikhet i hälsa inom EU, något som kan förväntas bli ännu tydligare i samband med framtida utvidgningar. Denna fråga bör således prioriteras inom programmet.³²
- (15) Programmet bör bidra till att fastställa orsakerna till ojämlikhet i hälsa och bland annat främja utbyte av god praxis för att råda bot på dem.³³
- (16) För att en effektiv övervakning av hälsoläget i EU skall kunna bedrivas är det mycket viktigt att på ett systematiskt sätt samla in, bearbeta och analysera jämförbara uppgifter. På detta sätt kan kommissionen och medlemsstaterna förbättra informationen till allmänheten och utarbeta lämpliga strategier, politik och åtgärder för att uppnå en hög nivå på folkhälsoskyddet. Man bör inom åtgärderna och stödinsatserna se till att systemen och nätverken för informations- och uppgiftsutbyte för bättre folkhälsa är kompatibla och kan samverka. Kön och ålder utgör viktiga hälsofaktorer. Alla uppgifter bör därför analyseras med hänsyn till dessa faktorer.³⁴ Uppgiftsinsamlingen måste ske i enlighet med tillämpliga rättsliga bestämmelser om skydd av personuppgifter.³⁵
- (17) God praxis är viktigt eftersom hälsofrämjande och förebyggande åtgärder bör mätas i effektivitet och inte enbart utifrån ekonomiska hänsyn.³⁶ Det är viktigt att främja god praxis och de senaste metoderna för att behandla sjukdomar så att ytterligare hälsoförluster förhindras och att det utvecklas referenscenter för specifika sjukdomar. Det är även viktigt att främja goda alternativ.³⁷
- (18) Man bör förhindra skador genom att samla in uppgifter, fastställa bestämningsfaktorer för skador och sprida relevant information.³⁸
- (19) Programmet bör bidra till uppgiftsinsamling och främjande av relevanta strategier för rörlighet bland patienter och personal inom hälso- och sjukvården. Det bör underlätta den fortsatta utvecklingen av det europeiska området för e-hälsa genom gemensamma europeiska initiativ tillsammans med annan EU-politik, även regionalpolitik, samtidigt som det bidrar till arbetet med kvalitetskriterier för hälsorelaterade webbplatser och ett europeiskt sjukförsäkringskort.³⁹

31 Europaparlamentets ändring 20.

32 Europaparlamentets ändring 21.

33 Europaparlamentets ändring 22.

34 Europaparlamentets ändring 23, som kommissionen godkänt med ändringar (jämför dokumentet från GRI). Parlamentets skrivning om etniskt ursprung har utelämnats.

35 Europaparlamentets ändring 24.

36 Europaparlamentets ändring 25, som kommissionen godkänt med redaktionella ändringar (kortare text).

37 Europaparlamentets ändring 26, som kommissionen godkänt med ändringar (jämför dokumentet från GRI).

38 Europaparlamentets ändring 27, som kommissionen godkänt med ändringar (jämför dokumentet från GRI).

39 Europaparlamentets ändring 28, som kommissionen godkänt med ändringar (jämför dokumentet från GRI) främst för att klargöra att detta program inte har ansvar för kriterierna för webbplatser.

- (20) Främjandet av telemedicinska tillämpningar kan underlätta patientträrligheten och möjligheterna till sjukvård i hemmet och kan på så vis bidra till att minska följderna av skador och sjukdomar.⁴⁰
- (21) Miljöföroreningar utgör ett allvarligt hälsohot och en stor källa till oro för Europas invånare. Särskilda insatser bör inriktas på barn och andra grupper som är särskilt känsliga för hälsovådliga miljöförhållanden. Programmet bör komplettera de åtgärder som vidtas inom ramen för den europeiska handlingsplanen för miljö och hälsa 2004–2010.⁴¹
- (22) Programmet skall också beakta könsspecifika och åldersrelaterade hälsoproblem.⁴²
- (23) Försiktighetsprincipen och riskbedömningar är nyckelfaktorer för skyddet av folkhälsan och bör därför integreras ytterligare i gemenskapens politik och verksamhet.⁴³
- (24) För att säkra en långtgående samordning mellan de åtgärder och initiativ som vidtas av gemenskapen och medlemsstaterna vid genomförandet av programmet måste man främja samarbete mellan medlemsstaterna och effektivisera befintliga och framtida nätverk på folkhälsoområdet.⁴⁴
- (25) Deltagande av nationella, regionala och lokala myndigheter på lämplig nivå enligt de nationella systemen bör beaktas i samband med programmets genomförande.⁴⁵

— Hälsopolitiken och konsumentskyddspolitikerna har gemensamma mål avseende skydd mot risker, förbättring av medborgarnas beslutfattande och integration av hälso- och konsumentskyddsfrågor i all gemenskapspolitik, och använder dessutom likartade verktyg, till exempel kommunikation, kapacitetsuppbyggnad för det civila samhället när det gäller hälso- och konsumentskyddsfrågor samt främjande av internationellt samarbete kring dessa frågor. Kost och fetma, liksom rökning och andra hälsorelaterade konsumentval är exempel på gränsöverskridande frågor som påverkar både hälsa och konsumentskydd. Genom att välja ett gemensamt tillvägagångssätt i förhållande till dessa mål och verktyg kommer åtgärder som är gemensamma för både hälsa och konsumentskydd att kunna vidtas på ett effektivt sätt för både hälsa och konsumentskydd. På vart och ett av dessa två områden finns det också separata mål, och dessa bör man försöka uppnå med hjälp av åtgärder och verktyg som är specifika för respektive område.

- (26) EU:s investeringar i folkhälsa och hälsorelaterade projekt måste öka. I detta hänseende uppmuntras medlemsstaterna att prioritera bättre folkhälsa i sina nationella program. Det behövs en större medvetenhet om möjligheterna till EU-

40 Europaparlamentets ändring 29, som kommissionen godkänt med ändringar (jämför dokumentet från GRI).

41 Europaparlamentets ändring 30.

42 Här uttrycks andan i parlamentets ändringar 31 och 32, som kommissionen delvis godkänt.

43 Europaparlamentets ändring 34.

44 Europaparlamentets ändring 35.

45 Europaparlamentets ändring 36.

finansiering på hälsoområdet. Medlemsstaterna bör uppmuntras att utbyta erfarenheter av finansiering på hälsoområdet genom strukturfonderna.⁴⁶

- (27) **Icke-statliga organisationer och specialiserade nätverk spelar också en viktig roll när det gäller att främja folkhälsan och företräda allmänhetens intressen inom gemenskapens hälsopolitik. De** ~~Det är av allmänt europeiskt intresse att medborgarnas hälsa, säkerhet och ekonomiska intressen, liksom konsumentintressena vid utvecklingen av standarder för produkter och tjänster, företräds på gemenskapsnivå. En del av programmets centrala mål kan också vara beroende av specialiserade nätverk som kräver bidrag~~ **behöver stöd** från gemenskapen för att kunna utvecklas och fungera. **I detta beslut bör det fastställas kriterier för stödberättigande och bestämmelser om ekonomisk insyn för icke-statliga organisationer och specialiserade nätverk som kan erhålla gemenskapsstöd.** Med tanke på de berörda organisationernas karaktär och i de fall där nyttovärdet är exceptionellt stort ~~bör~~ **kan undantag från** principen om gradvist minskande av gemenskapens stödandel ~~inte tillämpas~~ **medges** när gemenskapens stöd till dessa organisationers verksamhet förnyas.⁴⁷
- (28) ~~Genomförandet av programmet bör bygga vidare på och utvidga befintliga åtgärder och strukturer inom folkhälsa och konsumentskydd, inbegripet genomförandeorganet för folkhälsoprogrammet, som inrättades genom kommissionens beslut 2004/858/EG. Programmet bör genomföras i nära samarbete med relevanta organisationer och organ, särskilt det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar⁴⁸, inrättat genom Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 851/2004.~~⁴⁹
- (29) De åtgärder som är nödvändiga för genomförandet av detta beslut bör antas i enlighet med rådets beslut 1999/468/EG av den 28 juni 1999 om de förfaranden som skall tillämpas vid utövandet av kommissionens genomförandebefogenheter⁵⁰, med beaktande av behovet av insyn och en lämplig balans mellan de olika målen i programmet.
- (30) I avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (i det följande kallat EES-avtalet) föreskrivs ett samarbete på hälso- och konsumentskyddsområdet mellan Europeiska gemenskapen och dess medlemsstater, å ena sidan, och de stater inom Europeiska frihandelssammanslutningen som deltar i Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (i det följande kallat EFTA/EES-länderna), å andra sidan. Även andra länder bör ges möjlighet att delta i programmet, särskilt gemenskapens grannländer samt länder som ansökt om medlemskap i gemenskapen eller som är kandidatländer eller anslutande länder, och det bör särskilt beaktas att hot mot hälsan som uppstår i andra länder även kan få konsekvenser inom gemenskapen.⁵¹

46 Europaparlamentets ändring 39, som kommissionen godkänt med ändringar. Medlemsstaterna ”uppmuntras att” i stället för ”bör”.

47 Europaparlaments ändring 40, som först avslogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen (konsumentorganisationer togs inte med). Dessutom ändrade kommissionen texten i den sista meningen från ”bör principen om gradvist minskande av gemenskapens stödandel inte tillämpas” till ”kan undantag från principen om gradvist minskande av gemenskapens stödandel medges”, för att anpassa detta skäl till skrivningen i artikel 4.3.

⁴⁸ EUT L 142, 30.4.2004, s. 1.

49 Del av Europaparlaments ändring 41, som först avslogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen. I det ändrade förslaget har den sista meningen i ändring 41 utelämnats.

⁵⁰ EUT L 184, 17.7.1999, s. 23.

51 Europaparlaments ändring 42, som först avslogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen.

- (31) Lämpliga relationer med tredjeländer som inte deltar i programmet bör främjas för att bidra till att uppnå målen för programmet, med beaktande av eventuella relevanta avtal mellan de berörda länderna och gemenskapen. Detta kan innebära att tredjeländer satsar på verksamhet som kompletterar de åtgärder som finansieras genom ~~detta~~ programmet på områden av gemensamt intresse, men de kommer inte att få något ekonomiskt stöd ~~bidrag~~ genom ~~detta~~ programmet.
- (32) Samarbete bör sökas med relevanta internationella organisationer som Förenta nationerna och dess fackorgan, bland annat Världshälsoorganisationen, samt med Europarådet och Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling, i syfte att vid genomförandet av programmet optimera effektiviteten hos de åtgärder som gäller hälsa ~~och konsumentskydd~~ i gemenskapen och internationellt, med beaktande av de olika organisationernas olika kapacitet och uppgifter.
- (33) **Man måste mäta och utvärdera hur långt man kommit i uppnåendet av programmets hälsomål** För att öka programmets värde och verkan, ~~De~~ bör de vidtagna åtgärderna bör övervakas och utvärderas med jämna mellanrum, bland annat genom oberoende externa utvärderingar.⁵²
- (34) Eftersom målen för de åtgärder som skall vidtas för att främja hälsa ~~och konsumentskydd~~ avser gränsöverskridande frågor och därför inte i tillräcklig utsträckning kan uppnås av medlemsstaterna, och eftersom medborgarnas hälsa ~~och säkerhet~~ ~~och ekonomiska intressen~~ mer effektivt kan skyddas genom gemenskapsåtgärder än genom enbart nationella åtgärder, och målen därigenom bättre kan uppnås på gemenskapsnivå, kan gemenskapen vidta åtgärder i enlighet med subsidiaritetsprincipen i artikel 5 i fördraget. I enlighet med proportionalitetsprincipen i samma artikel går detta beslut inte utöver vad som är nödvändigt för att uppnå dessa mål.
- (35) **I enlighet med artikel 2 i fördraget, där det fastställs att jämställdhet mellan kvinnor och män är en av Europeiska gemenskapens principer, och med artikel 3.2 i fördraget, som stadgar att gemenskapen i all sin verksamhet skall syfta till att undanröja bristande jämställdhet mellan kvinnor och män och främja jämställdhet mellan dem, bland annat i fråga om en hög hälsoskyddsnivå, kommer alla målsättningar och verksamheter som omfattas av gemenskapens åtgärdsprogram på hälsoområdet att bidra till att främja en ökad förståelse och ett erkännande av mäns och kvinnors respektive behov och inställning till hälsa.**⁵³
- (36) ~~Kommissionen~~ **Man** bör försäkra sig om en lämplig övergång mellan detta program och det ~~två~~ tidigare program som det ersätter, särskilt i fråga om kontinuiteten hos fleråriga åtgärder **för att förvalta det, som finansiering av tekniskt och administrativt stöd.**⁵⁴ **Från och med den 1 januari 2014 kommer det tekniska och administrativa stödet att vid behov garantera förvaltningen av åtgärder som inte slutförts före utgången av 2013** ~~och administrativa stödstrukturer som genomförandeorganet för folkhälsoprogrammet.~~
- (37) **Det behövs fortsatta insatser för att nå de folkhälsomål som gemenskapen redan ställt upp. Det är därför lämpligt att inrätta ett andra gemenskapsprogram för**

⁵² Europaparlamentets ändring 44.

⁵³ Europaparlamentets ändring 46, som kommissionen godkänt med ändringar (jämför dokumentet från GRI).

⁵⁴ Del av Europaparlaments ändring 47, som först avlogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen.

hälsoåtgärder (2007–2013) (nedan kallat ”programmet”) i enlighet med detta beslut, som ersätter Europaparlamentets och rådets beslut 1786/2002/EG av den 23 september 2002 om antagande av ett program för gemenskapsåtgärder på folkhälsoområdet (2003-2008)⁵⁵. Det beslutet bör därför upphöra att gälla.⁵⁶

HÄRIGENOM FÖRESKRIVS FÖLJANDE.

Artikel 1

Inrättande av programmet

Det andra gemenskapsprogrammet Ett gemenskapsprogram för åtgärder på hälsoområdet ~~folkhälso- och konsumentskyddsåtgärder (2007-2013)~~, i det följande kallat programmet, inrättas härmed för perioden från och med den dag då detta beslut träder i kraft till och med den 1 januari 2007–31 december 2013.⁵⁷

Artikel 2

Syfte och mål

1. Programmet skall komplettera, ~~och stödja~~ och ge ett mervärde åt den politik som förs i medlemsstaterna och skall bidra till att skydda och främja människors ~~medborgarnas hälsa~~ och säkerhet och förbättra folkhälsan ~~och ekonomiska intressen.~~⁵⁸

2. Följande mål skall uppnås genom de åtgärder som anges i bilagan till detta beslut:⁵⁹

~~— Det syfte som anges i punkt 1 skall uppnås genom gemensamma mål och specifika mål för hälsa och konsumentskydd.~~

~~- Förbättra medborgarnas hälsoskydd~~

~~- Främja hälsa för större välbefinnande och solidaritet~~

~~- Ta fram och sprida kunskap om hälsa⁶⁰~~

~~a) Följande gemensamma mål för hälsa och konsumentskydd skall uppnås genom de åtgärder och verktyg som anges i bilaga 1 till detta beslut:~~

~~— Skydda medborgarna från sådana hot och risker som står utanför den enskildes kontroll.~~

⁵⁵ EUT L 271, 9.10.2002, s. 1. Beslutet ändrat genom beslut 786/2004/EG (EUT L 138, 30.4.2004, s. 7).

⁵⁶ Från Europaparlaments ändring 15, som först avslogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen.

⁵⁷ Från Europaparlaments ändring 48, som först avslogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen.

⁵⁸ Del av Europaparlaments ändring 49, som först avslogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen (från ändring 49).

⁵⁹ Del av Europaparlamentets ändring 49.

⁶⁰ Dessa mål svarar mot behovet av att förenkla programmet till följd av den minskade budgeten. Kommissionen har också anammat andan i parlamentets ändring i de delmål som anges i motiveringen och bilagan (och som kommissionen har godkänt med ändringar). Där återfinns ytterligare mål om hälsoskydd, ojämlikhet i hälsa och samarbete mellan medlemsstaterna.

- ~~— Öka medborgarnas förmåga att fatta välgrundade beslut om sådana hälso- och konsumentfrågor som är viktiga för dem.~~
- ~~— Integrera hälso- och konsumentpolitiska mål i övrig gemenskapspolitik.~~
- ~~– b) Följande specifika mål för hälsa skall uppnås genom de åtgärder och verktyg som anges i bilaga 2 till detta beslut:~~
- ~~— Skydda medborgarna från hot mot hälsan.~~
- ~~— Främja åtgärder som leder till hälsosammare levnadsvanor.~~
- ~~— Bidra till att minska förekomsten av stora sjukdomar.~~
- ~~— Förbättra hälso- och sjukvårdssystemens effektivitet.~~
- e) ~~Följande specifika mål för konsumentskydd skall uppnås genom de åtgärder och verktyg som anges i bilaga 3 till detta beslut:~~
- ~~— Bättre kunskaper om konsumenter och marknader.~~
- ~~— Bättre konsumentskyddslagstiftning.~~
- ~~— Bättre kontroll av efterlevnaden, övervakning och rättsmedel.~~
- ~~— Mer välinformerade, upplysta och ansvarstagande konsumenter.~~

Artikel 3

Metoder för genomförande

När åtgärder vidtas för att uppnå de syften och mål som anges i artikel 2 skall lämpliga tillgängliga metoder för genomförande utnyttjas till fullo, bland annat

- a) direkt eller indirekt centralt genomförande av kommissionen, och
- b) **i tillämpliga fall** gemensam förvaltning med internationella organisationer.

Artikel 4

Ekonomiskt stöd

1. ~~Vid tillämpning av punkt 1 a ovan skall~~ **Det** ekonomiska **stödet** ~~bidraget~~ från gemenskapen **skall** inte överskrida följande nivåer:
 - a) 60 % **av kostnaden** för en åtgärd avsedd att bidra till att uppnå ett mål som ingår i ~~gemenskapens politik för hälsa och konsumentskydd~~ **detta program**, utom i sådana fall där åtgärden har ett exceptionellt stort nyttovärde, varvid gemenskapens **stöd bidrag** skall uppgå till högst 80 %.⁶¹
 - b) 60 % av **kostnaden utgifterna** för driften av ett organ **eller ett specialiserat nätverk som är icke-statligt, icke vinstdrivande och oberoende av**

⁶¹ Europaparlamentets ändring 52, som först avlogs av kommissionen p.g.a. uppdelningen.

näringslivs-, handels- och företagsintressen eller andra motstridiga intressen och som har medlemmar i minst hälften av medlemsstaterna, och som har som sitt huvudsakliga mål att främja hälsa eller att förebygga eller behandla sjukdomar i Europeiska gemenskapens som arbetar för mål av allmänt europeiskt intresse, om stödet är nödvändigt för att garantera att hälsofrågor eller konsumentintressen företräds på gemenskapsnivå eller för att genomföra centrala mål i programmet, ~~utom i~~ I sådana fall där åtgärden har ett exceptionellt stort nyttovärde, ~~varvid~~ skall gemenskapens stöd ~~bidrag~~ skall uppgå till högst 80 %. ~~95 %~~.

2. Vid tillämpning av punkt 1 ovan skall kriterierna för att bedöma huruvida ett exceptionellt stort nyttovärde föreligger eller ej fastställas i förväg i den årliga arbetsplan som avses i artikel 10.1 a och offentliggöras.
3. Vid förnyelse av detta stöd som anges i punkt 1 b till icke-statliga organisationer och specialiserade nätverk kan undantag från principen om gradvist minskande medges⁶²
4. ~~Vid tillämpning av punkt 1 a ovan kan d~~Det ekonomiska stödet kan utges av gemenskapen tillsammans med en eller flera medlemsstater eller av gemenskapen tillsammans med de behöriga myndigheterna i andra deltagande länder, om detta är lämpligt med tanke på det mål som skall uppnås. I detta fall skall gemenskapens stöd vara högst 50 %, utom för åtgärder med exceptionellt stort nyttovärde, varvid gemenskapens stöd skall uppgå till högst 70 %. Gemenskapens stöd kan tilldelas ett offentligt eller ideellt organ som den berörda medlemsstaten eller den behöriga myndigheten har utsett genom ett öppet förfarande och som kommissionen har godkänt.
5. ~~Vid tillämpning av punkt 1 a ovan kan d~~Det ekonomiska stödet från gemenskapen kan också utges i form av finansiering till en schablonsats eller ett enhetsbelopp, om detta är lämpligt med tanke på åtgärderna. När det gäller ekonomiskt stöd av detta slag skall de tak som fastställs i punkterna 1, 2 och 3-4 ovan inte gälla, dock krävs det fortfarande samfinansiering. Kriterierna för urval, övervakning och utvärdering av sådana åtgärder skall anpassas efter behov.

Artikel 54

Genomförandet av programmet

1. Kommissionen skall i nära samarbete med medlemsstaterna se till att insatserna och åtgärderna inom programmet genomförs i enlighet med bestämmelserna i artiklarna ~~artikel~~ 7 och 10.⁶³

62 Del av Europaparlaments ändring 53, som först avlogs av kommissionen i GRI p.g.a. uppdelningen. I det ändrade förslaget har större delen av skrivningen i ändring 53 införts. Parlamentets begäran om ett tak på 75 % i ändring 53 har dock inte införts, inte heller skrivningen om förpliktelsen att ingå tvååriga ramavtal om partnerskap. Dessutom har stödet vid exceptionellt stort nyttovärde ändrats från 95 % till 80 %.

63 Europaparlamentets ändring 55, men skrivningen om ett samstämmigt och balanserat sätt har utelämnats.

- 24a. Kommissionen skall som ett led i programmets genomförande säkerställa samordning av nätverken för hälsoövervakning och snabba insatser vid hälsorisker.⁶⁴
- 34b. Kommissionen och medlemsstaterna skall inom sina respektive behörighetsområden vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att programmet genomförs effektivt samt införa mekanismer på gemenskaps- och medlemsstatsnivå för att uppnå programmets mål. De skall se till att lämplig information tillhandahålls om de åtgärder som får stöd genom programmet och att bredast möjliga deltagande uppnås.⁶⁵
- 44d. För att programmets mål skall kunna uppnås skall kommissionen i nära samarbete med medlemsstaterna
- a) sträva efter att uppgifter och information blir jämförbara och att system och nätverk för utbyte av uppgifter och information om hälsa i möjligaste mån är kompatibla och kan samverka⁶⁶, och
- b) trygga det samarbete och den kommunikation med det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar som krävs.⁶⁷
- 54f. Vid genomförandet av programmet skall kommissionen tillsammans med medlemsstaterna se till att alla relevanta rättsliga bestämmelser om skydd av personuppgifter följs och att det i lämpliga fall inrättas mekanismer som garanterar konfidentialitet och säkerhet för dessa uppgifter.⁶⁸

Artikel 64a

Gemensamma strategier och åtgärder

1. För att säkerställa en hög skyddsnivå för människors hälsa vid utformningen och genomförandet av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder, och för att främja integreringen av hälsofrågor i dessa, kan gemensamma strategier och åtgärder tillämpas för att uppnå programmets mål, genom att man skapar kopplingar till relevanta gemenskapsprogram, gemenskapsåtgärder och gemenskapsfonder.
2. Kommissionen skall se till att programmet på bästa möjliga sätt kopplas till andra gemenskapsprogram, gemenskapsåtgärder och gemenskapsfonder, till exempel med sjunde ramprogrammet för forskning och gemenskapens statistikprogram.⁶⁹

64 Europaparlamentets ändring 56, som kommissionen delvis godkänt. Dock har "och, vid behov, integrering" utelämnats.

65 Europaparlamentets ändring 57, som kommissionen delvis godkänt. Dock har "inom sådana åtgärder som skall genomföras av lokala och regionala myndigheter samt icke-statliga organisationer" utelämnats.

66 Europaparlamentets ändring 59.

67 Europaparlamentets ändring 60, i den konsoliderade slutversionen.

68 Europaparlamentets ändring 61.

69 Europaparlamentets ändring 63, som kommissionen godkänt med ändringar.

Artikel 75

Finansiering

1. Den finansiella ramen för genomförande av programmet för den tidsperiod som anges i artikel 1 skall vara ~~1 203~~ **365,6** miljoner euro⁷⁰.
2. De årliga budgetmedlen skall anslås av budgetmyndigheten inom ramen för ~~budgetplanen~~ **finansieringsramen**

Artikel 8

Administrativt och tekniskt stöd

- 1. Programbudgeten kan även täcka utgifter för förberedande arbete, uppföljning, kontroll, revision och utvärdering som är direkt nödvändiga för att förvalta programmet och uppnå programmålen, särskilt för utgifter för undersökningar, möten, information och publikationer, kostnader kopplade till elektroniska nät för informationsutbyte samt alla andra utgifter för administrativt och tekniskt stöd som kommissionen kan utnyttja för förvaltningen av programmet.**
- 2. Det kan också omfatta de utgifter för tekniskt och administrativt stöd som är nödvändiga för övergången mellan detta program och de åtgärder som antagits enligt beslut nr 1786/2002/EG. Vid behov kan medel för förvaltningen av åtgärder som ännu inte har slutförts den 31 december 2013 föras in i budgeten efter 2013 för att täcka dessa utgifter.**

Artikel 96

Kommitté

1. Kommissionen skall biträdas av en kommitté (i det följande kallad "kommittén").
2. När det hänvisas till denna punkt skall artiklarna 4 och 7 i beslut 1999/468/EG tillämpas, med beaktande av bestämmelserna i artikel 8 i det beslutet. Den tid som avses i artikel 4.3 i beslut 1999/468/EG skall vara två månader.
3. När det hänvisas till denna punkt skall artiklarna 3 och 7 i beslut 1999/468/EG tillämpas, med beaktande av bestämmelserna i artikel 8 i det beslutet.
4. Kommittén skall själv anta sin arbetsordning.

Artikel 107

Genomförandeåtgärder

1. De åtgärder som krävs för att genomföra följande delar av detta beslut skall godkännas i enlighet med det ~~förvaltnings~~ **förvaltnings**förfarande som avses i artikel ~~96~~ **26**.2:

⁷⁰ 324,15 miljoner euro i 2004 års priser.

- a) Den årliga arbetsplanen för programmets genomförande, där **följande anges:**
 - ~~p~~**Prioriteringsområden, åtgärder, fördelning av medel och relevanta kriterier anges.**⁷¹
 - **Kriterier för hur stor gemenskapens andel av det ekonomiska stödet skall vara.**
 - **Regler för att genomföra de gemensamma strategier och åtgärder som avses i artikel 6**⁷²**4a.**
 - b) **Urvals- och tilldelningskriterier för ekonomiskt stöd, inklusive de som avses i artikel 4.4.**
2. ~~Kommissionen skall anta~~ **De** eventuella övriga åtgärder som krävs för att genomföra detta beslut **skall antas i enlighet med förfarandet i artikel 96.3**⁷³. ~~Kommittén skall underrättas om åtgärderna.~~

Artikel 118

Tredjeländers deltagande

Programmet skall vara öppet för följande länder:

- a) Efta-/EES-länderna i enlighet med de villkor som fastställs i EES-avtalet,
- b) Tredjeländer, särskilt gemenskapens grannländer, länder som ansökt om medlemskap i Europeiska unionen eller som är kandidatländer eller anslutande länder, och de länder i Västra Balkan som deltar i stabiliserings- och associeringsprocessen, i enlighet med de villkor som fastställs i respektive bilaterala eller multilaterala avtal om de allmänna principerna för deras deltagande i gemenskapens program.

Artikel 129

Internationellt samarbete

Vid genomförandet av programmet skall relationer med tredjeländer som inte deltar i programmet och med relevanta internationella organisationer, **i synnerhet WHO,** uppmuntras.⁷⁴

Artikel 1310

Övervakning, utvärdering och spridning av resultat

1. Kommissionen skall i nära samarbete med medlemsstaterna övervaka genomförandet av de åtgärder som vidtas inom ramen för programmet, mot bakgrund av programmets mål. Kommissionen skall avlägga rapport till kommittén och skall hålla rådet och parlamentet underrättade.

71 Europaparlamentets ändring 66.

72 Europaparlamentets ändring 146 (med en ändring i numreringen).

73 Europaparlamentets ändring 69, med en liten ändring i formuleringen från kommissionens sida.

74 Europaparlamentets ändring 70.

2. På begäran av kommissionen skall medlemsstaterna lämna information om programmets genomförande och effekter.⁷⁵

~~3. På begäran av kommissionen skall medlemsstaterna lämna information om programmets genomförande och effekter. Kommissionen skall till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén och Regionkommittén överlämna följande:~~

~~a) En extern och oberoende interimrapport med en utvärdering av vilka resultat som uppnåtts och de kvalitativa och kvantitativa aspekterna av programmets genomförande tre år efter det att det antagits; rapporten skall i synnerhet göra det möjligt att bedöma åtgärdernas effekter i alla länder; den skall också innehålla en sammanfattning av kommissionens huvudsakliga slutsatser och kommentarer.~~

~~b) Senast fyra år efter det att programmet antagits, ett meddelande om dess fortsatta genomförande.~~

~~(c) Senast den 31 december 2015, en detaljerad extern och oberoende utvärderingsrapport i efterhand om programmets genomförande och resultat.~~⁷⁶

~~På begäran av kommissionen skall medlemsstaterna lämna information om programmets genomförande och effekter.~~

~~3. Kommissionen skall se till att programmet utvärderas tre år efter det att det har inletts samt efter det att det har avslutats. Kommissionen skall överlämna resultaten av denna utvärdering tillsammans med sina egna kommentarer till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén och Regionkommittén.~~

4. Kommissionen skall offentliggöra resultaten av de åtgärder som vidtagits i enlighet med detta beslut och skall se till att de får spridning.

Artikel ~~14~~

Upphävande

Besluten 1786/2002/EG och 20/2004/EG skall upphöra att gälla från och med det att detta beslut har trätt i kraft.⁷⁷

Artikel 152

Övergångsbestämmelser

Kommissionen skall anta de åtgärder som är nödvändiga för att säkra övergången mellan de åtgärder som antagits enligt besluten 1786/2002/EG och 20/2004/EG och de åtgärder som skall genomföras inom ramen för detta program.⁷⁸

⁷⁵ Detta motsvarar lydelsen i kommissionens ursprungliga förslag i denna artikel (ursprungligen i 10.2).

⁷⁶ Europaparlamentets ändring 71, i förkortad form.

⁷⁷ Från Europaparlaments ändring 74, som först avlogs av kommissionen i GRI p.g.a. uppdelningen (den rättsliga grunden för konsumenter har utelämnats).

Artikel ~~163~~153

Slutbestämmelse

Detta beslut träder i kraft dagen efter det att det offentliggjorts i *Europeiska unionens officiella tidning*.

Utfärdat i Bryssel den

På Europaparlamentets vägnar
Ordförande

På rådets vägnar
Ordförande

1. Förbättra medborgarnas hälsoskydd

1.1. Skydda medborgarna från hot mot hälsan

1.1.1. Utarbeta strategier och mekanismer för att förebygga, utbyta information om och vidta åtgärder mot risker för smittsamma och icke smittsamma sjukdomar, hälsohot av fysiskt, kemiskt eller biologiskt ursprung, bland annat till följd av avsiktliga utsläpp; vidta åtgärder för att säkerställa ett högkvalitativt samarbete mellan laboratorier för diagnostik, bland annat genom ett gemenskapsnät av referenslaboratorier.

1.1.2. Stödja utvecklingen av förebyggande åtgärder och vaccinations- och immuniseringsprogram; förbättra partnerskap, nätverk, verktyg och system för rapportering av vaccinationsstatus och övervakning av allvarliga avvikande händelser.

1.1.3. Utveckla riskhanteringsförmågan och förfarandena för riskhantering; förbättra krisberedskapen och planeringen av krisåtgärder, bland annat genom att förbereda samordning av krisåtgärder inom EU och internationellt; utarbeta riskkommunikation och förfaranden för rådgivning om motåtgärder.

1.1.4. Främja samarbete och förbättring av insatsförmågan och resurserna, till exempel skyddsutrustning, isoleringsfaciliteter och mobila laboratorier som snabbt kan sättas in i akuta situationer.

1.1.5. Utforma strategier och förfaranden för utarbetande och förbättring av beredskapsförmågan, genomföra övningar och tester, utvärdera och se över allmänna beredskapsplaner och specifika planer för akuta hot mot hälsan och deras kompatibilitet mellan medlemsstaterna.

1.2. Öka medborgarnas säkerhet

1.2.1. Stödja och förbättra vetenskaplig rådgivning och riskbedömningar genom att uppmuntra tidig identifiering av risker, analysera potentiella verkningar, utbyta information om risker och exponering och främja integrerade och harmoniserade metoder.

1.2.2. Bidra till att höja säkerheten och kvaliteten hos organ och ämnen av mänskligt ursprung, blod och blodderivat; främja tillgången, spårbarheten och åtkomligheten vid medicinsk användning.

1.2.3. Främja åtgärder för att förbättra patientsäkerheten genom säker vård av hög kvalitet, bland annat för att undvika sjukhusinfektioner.

1.2.4. Främja åtgärder för att bidra till att minska antalet olycksfall och personskador, särskilt olyckor i hemmet.

2. Främja hälsa för större välbefinnande och solidaritet

2.1. Främja friskt, aktivt åldrande och bidra till att minska ojämlikhet i hälsa

2.1.1. Främja initiativ för att öka antalet friska levnadsår och främja ett friskt åldrande, stödja åtgärder för att främja och utforska hälsans betydelse för produktivitet och arbetskraftsdeltagande som ett led i uppfyllandet av Lissabonmålen.

2.1.2. Stödja initiativ för att hantera och minska ojämlikhet i hälsa inom och mellan medlemsstaterna, för att bidra till välbefinnande och sammanhållning; främja investeringar i hälsa i samarbete med annan gemenskapspolitik och andra gemenskapsfonder; öka solidariteten mellan nationella hälso- och sjukvårdssystem genom att stödja samarbete i sådana frågor som rörlighet och gränsöverskridande vård.

2.2. Främja hälsosammare levnadsvanor genom att påverka hälsans bestämningsfaktorer

2.2.1. Påverka hälsans bestämningsfaktorer för att främja och förbättra hälsan, genom att skapa förutsättningar för en hälsosam livsstil och förebygga sjukdomar; vidta åtgärder i fråga om nyckelfaktorer som kost, fysisk aktivitet och sexuell hälsa och i fråga om missbruksrelaterade bestämningsfaktorer, till exempel tobak, alkohol och

droger, med tonvikten på nyckelmiljöer som skolor och arbetsplatser, och under hela livscykeln.

2.2.2. Stödja åtgärder som avser hälsoeffekterna av mer allmänna miljörelaterade och socioekonomiska bestämningsfaktorer.

3. Ta fram och sprida kunskap om hälsa

3.1 Utbyta kunskap och god praxis

3.1.2. Informationsinsamling och utbyte av kunskap och god praxis i viktiga hälsofrågor inom ramen för programmet, till exempel samarbete mellan hälso- och sjukvårdssystem, könsrelaterade hälsoaspekter, barns hälsa, mental hälsa och sällsynta sjukdomar.

3.2. Samla in, analysera och sprida information om hälsa

3.2.1. (Insamling). Fortsätta utvecklingen av ett hållbart system för hälsoövervakning med mekanismer för insamling av uppgifter och information, med lämpliga indikatorer; insamling av uppgifter om hälsotillstånd och hälsostrategier; den statistiska delen av detta system kommer att utvecklas som en del av gemenskapens statistikprogram.

3.2.2. (Analys och spridning av information). Utveckla mekanismer för analys och spridning av information, till exempel gemenskapens hälsorapporter, hälsoportalen och konferenser; lämna information till medborgare, intressegrupper och beslutsfattare och utveckla samrådsmekanismerna och delaktighetsprocesserna; regelbundet lämna rapporter om hälsotillståndet i Europeiska unionen som skall grundas på alla uppgifter och indikatorer och bland annat innehålla en kvalitativ och kvantitativ analys.⁷⁹

3.2.3. Analys och tekniskt stöd för utarbetande eller genomförande av strategier eller lagstiftning som rör detta programs tillämpningsområde.

BILAGA 1 — Stärka

synergieffekterna genom gemensamma åtgärder och verktyg

Mål

1. Skydda medborgarna mot sådana hot och risker som står utanför den enskildes kontroll (t.ex. hot mot hälsan som påverkar hela samhället, farliga produkter, otillbörliga affärsmetoder)

2. Öka medborgarnas förmåga att fatta välgrundade beslut om hälsa och konsumentfrågor som är viktiga för dem.

3. Integrera hälsa och konsumentpolitiska mål i övrig gemenskapspolitik. Åtgärder och verktyg

1. Förbättra informationen till medborgarna i EU om hälsa och konsumentfrågor

1.1. Informationskampanjer.

1.2. Frågeundersökningar.

1.3. Konferenser, seminarier, möten mellan sakkunniga och intressegrupper.

1.4. Publikationer om frågor som är av intresse för hälsa och konsumentpolitiken.

1.5. Information på Internet.

1.6. Uppbyggnad och utnyttjande av informationskontor.

2. Öka det civila samhällets och intressegruppernas möjligheter att vara med och utforma politiken för hälsa och konsumentskydd

2.1. Främja och stärka konsument- och hälsoorganisationer på gemenskapsnivå.

2.2. Stödja utbildning och kapacitetsuppbyggnad inom konsument- och hälsoorganisationer.

2.3. Skapa nätverk mellan icke-statliga konsument- och hälsoorganisationer och andra intressegrupper.

2.4. Förstärka rådgivande organ och rådgivningsmekanismer på gemenskapsnivå.

3. Utarbeta ett gemensamt tillvägagångssätt för integrering av hälsa och konsumentfrågor i gemenskapens övriga politikområden

⁷⁹ Formuleringen om rapporter bygger på Europaparlamentets ändring 73, som kommissionen godkänt med ändringar ("regelbundet" i stället för "vartannat år").

- 3.1. ~~Utveckla och tillämpa metoder för bedömning av konsekvenserna av gemenskapens politik och verksamhet för hälsa och konsumentintressen.~~
- 3.2. ~~Utbyta information med medlemsstaterna om god praxis i fråga om nationell politik.~~
- 3.3. ~~Genomföra studier om hur övriga politiska riktlinjer påverkar hälsa och konsumentskydd.~~
4. ~~Främja internationellt samarbete kring hälsa och konsumentskydd~~
 - 4.1. ~~Samarbeta med internationella organisationer.~~
 - 4.2. ~~Samarbeta med tredjeländer som inte deltar i programmet.~~
 - 4.3. ~~Uppmuntra dialog mellan hälso- och konsumentorganisationer.~~
5. ~~Förbättra tidig upptäckt, utvärdering och information om risker~~
 - 5.1. ~~Stödja vetenskaplig rådgivning och riskvärdering, inbegripet de uppgifter som utförs av de oberoende vetenskapliga kommittéer som inrättats genom kommissionens beslut 2004/210/EG⁸⁰.~~
 - 5.2. ~~Samla in och jämföra information samt inrätta nätverk mellan specialister och institut.~~
 - 5.3. ~~Främja utveckling och harmonisering av riskvärderingsmetoder.~~
 - 5.4. ~~Genomföra åtgärder för att samla in och bedöma information om olika befolkningsgruppers och undergruppers exponering för kemiska, biologiska och fysiska hälsofaror.~~
 - 5.5. ~~Upprätta mekanismer för tidig upptäckt av nya risker och ta fram åtgärder för nyidentifierade risker.~~
 - 5.6. ~~Utforma strategier för att förbättra riskkommunikationen~~
 - 5.7. ~~Anordna utbildning i riskvärdering.~~
6. ~~Främja säkra produkter och ämnen av mänskligt ursprung~~
 - 6.1. ~~Analysera skadestatistik och utveckla riktlinjer för god praxis när det gäller säkerheten hos konsumtionsvaror och konsumenttjänster.~~
 - 6.2. ~~Utveckla metoder och upprätthålla databaser för insamling av uppgifter om personskador som har samband med konsumtionsvarors säkerhet.~~
 - 6.3. ~~Göra insatser för att bidra till att höja säkerheten och kvaliteten hos organ och ämnen av mänskligt ursprung, bland annat blod, blodkomponenter och blodprekursorer.~~
 - 6.4. ~~Främja tillgången i gemenskapen på sådana organ och ämnen av mänskligt ursprung som är av hög kvalitet och säkra att användas vid medicinsk behandling.~~
 - 6.5. ~~Tillhandahålla tekniskt stöd till analys av frågor som gäller utveckling och genomförande av politik och lagstiftning.~~

⁸⁰

SV EUT L 66, 4.3.2004, s. 45.

BILAGA 2 — HÄLSA ÅTGÄRDER OCH STÖDÅTGÄRDER

Mål 1: Skydda medborgarna från hot mot hälsan

1. ——— Förbättra övervakningen och kontrollen av hot mot hälsan
 - 1.1.1. ——— Förbättra möjligheterna att bekämpa smittsamma sjukdomar genom att stödja den fortsatta tillämpningen av beslut nr 2119/98/EG om att bilda ett nätverk för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar i gemenskapen, och genom att säkerställa att det är förenligt med ECDC:s åtgärder med beaktande av verksamheten vid det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar.
 - 1.1.2. ——— Utarbeta strategier och mekanismer för att förebygga, utbyta information om och vidta åtgärder mot risker för icke smittsamma sjukdomar.
 - 1.1.3. ——— Utbyta information om strategier och utveckla gemensamma strategier för att upptäcka och få tillförlitlig information om hälsohot av fysiskt, kemiskt eller biologiskt ursprung, bland annat till följd av avsiktliga utsläpp, och utveckla och i tillämpliga fall använda gemenskapens strategier och mekanismer i samordning med det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar.
 - 1.1.4. ——— Förbättra samarbetet mellan laboratorier för att garantera diagnostiska resurser av hög kvalitet för patogener i hela gemenskapen, bland annat genom att bygga ett nät av referenslaboratorier i gemenskapen för sådana patogener som kräver ett närmare samarbete mellan medlemsstaterna.
 - 1.1.5. ——— Utveckla nya och bättre riktlinjer, partnerskap och verktyg för förebyggande åtgärder och vaccination samt övervaka vaccinationsstatus.
 - 1.1.5a ——— Övervaka bakteriers resistens mot antibiotika samt sjukhusinfektioner och ta fram strategier för att förebygga och bekämpa dessa fenomen.
 - 1.1.6. ——— Utveckla och ta i bruk nätverk för övervakning av och system för rapportering av avvikande händelser i samband med förebyggande hälsoåtgärder och bruk av ämnen av mänskligt ursprung.
 - 1.1.7. ——— Tillhandahålla tekniskt stöd till analys av frågor som gäller utveckling och genomförande av politik och lagstiftning.
- 1.2. ——— Hantera hot mot hälsan
 - 1.2.1. ——— Utarbeta förfaranden för riskhantering vid akuta hot mot hälsan, inklusive förfaranden för ömsesidigt bistånd vid pandemier, och förbättra kapaciteten att samordna de åtgärder som vidtas i sådana akuta situationer.
 - 1.2.2. ——— Utveckla och upprätthålla resurser för bedömning och hantering av behov och brister i fråga om beredskap och reaktionsförmåga och för snabb och tillförlitlig överföring av information och rådgivning om motåtgärder.
 - 1.2.3. ——— Utveckla strategier för riskkommunikation och verktyg för information och vägledning för allmänheten och för hälso- och sjukvårdspersonal, samt öka kunskaperna hos aktörerna och samspelet mellan dem.
 - 1.2.4. ——— Utforma strategier och förfaranden för utarbetande, testning, utvärdering och översyn av allmänna beredskapsplaner och av specifika planer för akuta hot mot hälsan och deras kompatibilitet mellan medlemsstaterna, samt genomföra övningar och test.
 - 1.2.5. ——— Utveckla strategier och mekanismer för översyn och förbättring av utbudet av, ändamålsenligheten hos och tillgången till faciliteter (t.ex. laboratorier) och utrustning (t.ex. detektorer) samt av hälso- och sjukvårdssektorns beredskap, belastningskapacitet och infrastruktur när det gäller att snabbt reagera i krissituationer.
 - 1.2.6. ——— Utveckla strategier och mekanismer för bedömning av behovet av folkhälsoresurser som kan sättas in snabbt i akuta situationer, främja inrättandet av sådana resurser, samt införa mekanismer och förfaranden för överföring av sådana resurser till länder och internationella organisationer som ber om detta.

~~1.2.7. Etablera och upprätthålla en utbildad och ständigt tillgänglig kärntrupp av folkhälsoexperter som på kort varsel kan resa till krisområden, med mobila laboratorier, skyddsutrustning och isoleringsfaciliteter.~~

Mål 2: Främja åtgärder som uppmuntrar till hälsosammare levnadsvanor

~~3. Främja hälsa genom att påverka bestämningsfaktorer~~

~~Åtgärderna skall stödja planeringen, utvecklingen och genomförandet av verksamhet, strategier och insatser som gäller hälsans bestämningsfaktorer, med inriktning på följande:~~

~~3.1. Bestämningsfaktorer kopplade till missbruk, bland annat tobak, alkohol och narkotika samt andra beroendeframkallande ämnen.~~

~~3.2.1a Handlingsätt som leder till ett hälsosammare liv, för att förbättra barns hälsa.~~

~~3.2.2. Bestämningsfaktorer relaterade till livsstil, bland annat kost och fysisk aktivitet, sexuell hälsa och reproduktiv hälsa.~~

~~3.2.2a Bestämningsfaktorer relaterade till skador.~~

~~3.2.3. Sociala och ekonomiska bestämningsfaktorer, med särskild inriktning på ojämlikhet i hälsa och på hur sociala och ekonomiska faktorer påverkar hälsan, samt på diskriminering av utsatta grupper.~~

~~3.2.4. Miljömässiga bestämningsfaktorer, med särskild inriktning på hur miljöfaktorer påverkar hälsan.~~

~~3.2.5. Folkhälsoinsatsers kvalitet, effektivitet och lönsamhet.~~

~~3.2.5e Köns och åldersrelaterade hälsoaspekter.~~

~~3.2.6. Stöd till folkupplysning, utbildning och kapacitetsuppbyggnad på de prioriteringsområden som nämns ovan.~~

~~3.2.7. Tillhandahålla tekniskt stöd till analys av frågor som gäller utveckling och genomförande av politik och lagstiftning.~~

~~Mål 3: Bidra till att minska förekomsten av omfattande sjukdomar~~

~~43. Förebygga sjukdomar och personskador~~

~~Programmet skall samordnas med arbetet för hälsans bestämningsfaktorer och skall stödja följande:~~

~~43.1. Utveckla och genomföra åtgärder för omfattande sjukdomar som är av särskild betydelse med tanke på den totala sjukdomsördan och de främsta orsakerna till potentiellt förlorade levnadsår och nedsatt funktionsförmåga i gemenskapen, i de fall där gemenskapsåtgärder kan ge nationella insatser ett betydande mervärde.~~

~~43.2. Planera och genomföra strategier och åtgärder för förebyggande av sjukdomar, särskilt genom att fastställa god praxis och utarbeta riktlinjer och rekommendationer, bland annat om sekundär prevention, screening och tidig upptäckt.~~

~~43.2a Utarbeta strategier och åtgärder för immunisering och vaccinering samt rekommendationer för deras genomförande.~~

~~43.3. Utbyta god praxis och kunskaper samt samordna strategier för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa.~~

~~43.3b Främja bästa praxis för sjukdomar och skador i syfte att förhindra ytterligare försämringar av hälsan.~~

~~43.4. Förbereda och genomföra strategier och åtgärder för förebyggande av personskador på grundval av bestämmelsefaktorer relaterade till skador.~~

~~43.4a Ta fram bästa praxis och riktlinjer rörande skador på grundval av analyser av insamlade uppgifter.~~

~~4.5. Stödja kunskapsutbyte, utbildning och kapacitetsuppbyggnad i samband med de berörda sjukdomarna och förebyggande av personskador.~~

~~Mål 4: Förbättra hälso- och sjukvårdssystemens effektivitet~~

~~54. Skapa synergieffekter mellan nationella hälso- och sjukvårdssystem~~

- 54.1. — Gör det lättare att köpa och tillhandahålla vård över gränserna och även att samla in och utbyta information så att det går att dela kapacitet och anlita vårdtjänster över gränserna.
- 54.2. — Samla in och dela information om och hantera följderna av hälso- och sjukvårdspersonalens rörlighet samt främja strategier för patienternas rörlighet.
- 54.3. — Upprätta ett system inom gemenskapen för samarbete kring referenscentrum och andra samarbetsstrukturer mellan hälso- och sjukvårdssystemen i fler än en medlemsstat, vilket skulle göra det möjligt för läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal att använda bästa praxis och kunskaper i EU i fråga om prevention och behandling.
- 54.4. — Utveckla ett nätverk för att stärka kapaciteten att utarbeta och dela information och utvärderingar av medicinska teknologier och metoder.
- 54.5. — Se till att patienter, personal och beslutsfattare får tillgång till information om hälso- och sjukvårdssystem och sjukvård. Detta kan ske inom ramen för övergripande informationsåtgärder på hälsoområdet, bland annat i form av olika sätt att dela och sprida information genom handlingsplanen för ett europeiskt område för e-hälsa, samtidigt som strikta kvalitetskriterier för hälsorelaterade webbsidor ställs upp.
- 54.6. — Utveckla verktyg för bedömning av vilka konsekvenser gemenskapens politik har för hälso- och sjukvårdssystemen, inbegripet konsekvenserna av utvidgningen och Lissabonprocessen.
- 54.7. — Utveckla och genomföra åtgärder för att främja patientsäkerhet och vård av hög kvalitet.
- 54.7a — Främja tillgången, spårbarheten och åtkomligheten i gemenskapen när det gäller sådana organ och ämnen av mänskligt ursprung som är av hög kvalitet och säkra att användas vid medicinsk behandling.
- 54.8. — Stödja utveckling av politiska riktlinjer för hälso- och sjukvårdssystemen, särskilt i samband med den öppna samordningsmetoden för vård och omsorg.
- Åtgärder och instrument som bidrar till alla de mål som nämns ovan:
5. — Uppgiftsinsamling, hälsoövervakning och information
- 65.1. — Förbättra information och kunskap om hälsa i syfte att främja folkhälsan
- 65.1.1. — Fortsätta utvecklingen av ett hållbart system för hälsoövervakning, med särskild vikt vid ojämlikhet i hälsa och data om hälsostatus, hälsans bestämningsfaktorer, hälso- och sjukvårdssystem samt personskador. Den statistiska delen av detta system kommer att vidareutvecklas, vid behov med stöd av gemenskapens statistikprogram.
- 65.1.1b — Samla in och analysera uppgifter om livsstilsrelaterade faktorer (t.ex. kost samt tobaks- och alkoholkonsumtion) och skador, inrätta europatäckande register över stora sjukdomar (t.ex. cancer) samt utveckla metoder och upprätthålla databaser.
- 65.1.2. — Tillhandahålla andra relevanta hälsorelaterade kunskaper.
- 65.1.3. — Definiera ytterligare relevanta indikatorer.
- 65.1.4. — Utveckla lämpliga rapporteringsmekanismer.
- 65.1.5. — Se till att sådan information samlas in regelbundet, tillsammans med statistikprogrammet, internationella organisationer, organ och genom projekt.
- 65.1.6. — Stödja analyser av hälsofrågor i gemenskapen genom regelbundna hälsorapporter, upprätthållande av spridningsmekanismer som EU-portalerna för hälsa, stöd till konsensuskonferenser och målinriktade informationskampanjer samordnade av berörda parter.
- 65.1.7. — Fokusera på att ställa en regelbunden och tillförlitlig informationskälla till förfogande för medborgare, beslutsfattare, patienter, vårdare, hälso- och sjukvårdspersonal samt andra intresserade parter.
- 65.1.8. — Utarbeta strategier och mekanismer för att förebygga, utbyta information om och vidta åtgärder mot sällsynta sjukdomar.
- 5.2. — Samarbete och integration
- 5.4. — Risker, säkerhet och övergripande frågor

- ~~5.6. Förbättra tidig upptäckt, utvärdering och information om risker~~
- ~~5.6.1. Stödja vetenskaplig rådgivning och riskvärdering, inbegripet de uppgifter som utförs av de oberoende vetenskapliga kommittéer som inrättats genom kommissionens beslut 2004/210/EG.~~
- ~~5.6.2. Samla in och jämföra information samt inrätta nätverk mellan specialister och institut.~~
- ~~5.6.3. Främja utveckling och harmonisering av riskvärderingsmetoder.~~
- ~~5.6.4. Genomföra åtgärder för att samla in och bedöma information om olika befolkningsgruppers och undergruppers exponering för kemiska, biologiska och fysiska hälsofaror, samt effekterna av sådana faror.~~
- ~~5.6.5. Upprätta mekanismer för tidig upptäckt av nya risker och ta fram åtgärder för nyidentifierade risker.~~
- ~~5.6.6. Utforma strategier för att förbättra riskkommunikationen.~~
- ~~5.8. Övergripande frågor~~
- ~~Ge tekniskt stöd till analysen av frågor kring framtagandet och genomförandet av politik och lagstiftning.~~

BILAGA 3: Konsumentpolitik—Åtgärder och stödåtgärder

Mål I—Bättre kunskaper om konsumenter och marknader

Åtgärd 1:— Övervaka och bedöma sådan utveckling på marknaden som påverkar konsumenternas ekonomiska och andra intressen, vilket bland annat inbegriper prisundersökningar, kartläggning och analys av konsumentklagomål, analys av marknadsföring över gränserna och antalet konsumentköp över gränserna samt kartläggning av förändringar i marknadernas struktur.

Åtgärd 2:— Samla in och utbyta uppgifter och information för att skapa en faktabas för utveckling av konsumentpolitiken och för integration av konsumentintressen i övrig gemenskapspolitik, vilket bland annat inbegriper undersökningar av konsumenternas och företagens attityder, konsumentrelaterade och andra marknadsundersökningar inom området finansiella tjänster, insamling och analys av statistik och andra relevanta uppgifter, som där det är nödvändigt kommer att vidareutvecklas med stöd av gemenskapens statistikprogram.

Åtgärd 3:— Samla in, utbyta och analysera uppgifter samt utveckla verktyg för bedömning i avsikt att skapa en vetenskaplig faktabas över konsumenters exponering för kemikalier från produkter.

Mål II—Bättre konsumentskyddslagstiftning

Åtgärd 4:— Utarbeta lagar och andra författningar och främja självreglerande åtgärder, vilket bland annat inbegriper följande:

4.1. — Jämförande analyser av marknader och regleringssystem.

4.2. — Juridisk och teknisk expertis för utformning av politiska riktlinjer för tjänsters säkerhet.

4.3. — Teknisk expertis för att bedöma behovet av produktsäkerhetsstandarder och utarbetande av CEN-standardiseringsuppdrag för produkter och tjänster.

4.4. — Juridisk och teknisk expertis för utveckling av politiska riktlinjer för konsumenternas ekonomiska intressen.

4.5. — Workshopar med intressegrupper och experter.

Mål III—Bättre kontroll av efterlevnaden, övervakning och gottgörelse

Åtgärd 5:— Samordna åtgärder för övervakning och genomförande av konsumentskyddslagstiftning, vilket bland annat inbegriper följande:

5.1. — Utveckling och upprätthållande av IT-verktyg (t.ex. databaser, informations- och kommunikationssystem).

5.2. — Utbildning, seminarier, konferenser om tillsynsarbete.

5.3. — Planering och utveckling av gemensamma tillsynsåtgärder.

5.4. — Gemensamma pilotåtgärder när det gäller tillsyn.

5.5. — Analys av problem vid tillsyn och av möjliga lösningar.

Åtgärd 6:— Ge ekonomiskt stöd till särskilda gemensamma åtgärder för övervakning och genomförande, i syfte att förbättra det administrativa samarbetet och genomförandet av gemenskapens konsumentskyddslagstiftning, bland annat direktivet om allmän produktsäkerhet, och andra åtgärder som faller inom ramen för administrativt samarbete.

Åtgärd 7:— Övervaka och bedöma säkerheten hos andra produkter än livsmedel och hos tjänster, vilket bland annat inbegriper följande:

7.1. — Förstärkning och utvidgning av tillämpningsområdet för systemet för snabbt informationsutbyte (RAPEX), med beaktande av förändringar vad gäller utbyte av marknadskontrollinformation.

7.2. — Teknisk analys av varningsmeddelanden.

7.3. — Insamling och bedömning av uppgifter om de risker som särskilda konsumtionsvaror och konsumenttjänster utgör.

7.4. — Vidareutveckling av det genom Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/95/EG upprättade nätverket mellan de myndigheter som ansvarar för produktsäkerhet⁸¹.

⁸¹ EGT L 11, 15.1.2002, s. 4.

Åtgärd 8: — Övervaka hur alternativa tvistlösningsmekanismer fungerar och bedöma deras genomslagskraft ur konsumenternas synvinkel.

Åtgärd 9: — Övervaka hur medlemsstaterna införlivat och genomfört konsumentskyddslagstiftningen, särskilt direktivet om otillbörliga affärsmetoder, och nationella konsumentpolitiska riktlinjer.

Åtgärd 10: — Ställa särskild teknisk och juridisk expertis till konsumentorganisationers förfogande för att stödja deras möjligheter att bidra till åtgärder för övervakning och genomförande.

Mål IV — Mer välinformerade, upplysta och ansvarstagande konsumenter

Åtgärd 11: — Utveckla och upprätthålla lättillgängliga och offentliga databaser över tillämpning av gemenskapens konsumentskyddslagstiftning och rättspraxis som härrör från denna.

Åtgärd 12: — Sprida information om konsumentskyddsåtgärder, framför allt i de nya medlemsstaterna, i samarbete med deras konsumentorganisationer.

Åtgärd 13: — Anordna konsumentutbildning, bland annat åtgärder riktade till unga konsumenter, och utarbeta interaktiva verktyg för konsumentutbildning.

Åtgärd 14: — Representera de europeiska konsumenternas intressen i internationella forum, bland annat internationella standardiseringsorgan och internationella handelsorganisationer.

Åtgärd 15: — Anordna utbildning för anställda vid regionala, nationella och europeiska konsumentorganisationer och vidta andra åtgärder för kapacitetsuppbyggnad.

Åtgärd 16: — Ge ekonomiskt stöd till åtgärder som vidtas i samarbete med offentliga eller ideella organ som bildar nätverk i gemenskapen, vilka bistår konsumenterna med information och stöd så att de kan utnyttja sina rättigheter och få tillgång till lämpliga tvistlösningsmekanismer (nätverket för europeiska informationscentrum för konsumenter).

Åtgärd 17: — Ge ekonomiskt stöd till driftskostnaderna för europeiska konsumentorganisationer som företräder konsumenternas intressen vid utveckling av standarder för produkter och tjänster på gemenskapsnivå.

Åtgärd 18: — Ge ekonomiskt stöd till driftskostnaderna för europeiska konsumentorganisationer.

Åtgärd 19: — Ställa särskild teknisk och juridisk expertis till konsumentorganisationers förfogande för att stödja deras möjligheter att delta i och bidra till samråd om gemenskapens lagstiftningsinitiativ och andra initiativ på relevanta politikområden, till exempel den inre marknaden, tjänster av allmänt intresse och det tioåriga ramprogrammet om hållbar produktion och konsumtion.

Gemensamt för alla mål

Åtgärd 20: — Ge ekonomiskt stöd till särskilda projekt på gemenskapsnivå eller nationell nivå som stöder de övriga konsumentpolitiska målen.

LEGISLATIVE FINANCIAL STATEMENT

1. NAME OF THE PROPOSAL :

Health programme (2007-2013)

2. ABM / ABB FRAMEWORK

Policy area: Health and Consumer Protection (SANCO, Title 17)

Activities: Public health:

3. BUDGET LINES

3.1. Budget lines (operational lines and related technical and administrative assistance lines (ex- B..A lines)) including headings :

Current budget lines:

ABB 17 03 06 Community action in the field of Health and Consumer protection —
Public health

ABB 17 01 04 06 : Public Health – Expenditure for Administrative management

ABB 17 01 04 30 : Public health –Operating subsidy to the Executive Agency for the
Public Health Programme.

A new budget structure will be defined after approval of the Interinstitutional
Agreement on Financial Framework 2007-2013.

3.2. Duration of the action and of the financial impact:

Total allocation for action : 365,6 €million for commitment

Period of application: day of entry into force of the decision in 2007 – 31 December
2013

3.3. Budgetary characteristics:

| Budget lines | Type of expenditure | | New | EFTA contribution | Contributions from associated countries | Heading in financial framework |
|--------------|---------------------|------------------------|-----|-------------------|---|--------------------------------|
| 17 03 06 | Non-comp | diff | NO | YES | YES | No 3b |
| 17 01 04 06 | Non-comp | Non-diff | NO | YES | YES | No 3b |
| 17 01 04 30 | Non-comp | Non-diff ⁸² | NO | YES | YES | No 3b |

4. SUMMARY OF RESOURCES

4.1. Financial Resources

4.1.1. Summary of commitment appropriations (CA) and payment appropriations (PA)

EUR million (to 3 decimal places)

| Expenditure type | Section no. | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 and later | Total |
|------------------|-------------|--|------|------|------|------|------|------|----------------|-------|
|------------------|-------------|--|------|------|------|------|------|------|----------------|-------|

Operational expenditure[1]

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Commitment Appropriations (CA) | 8.1 | a | 38,80 | 45,20 | 47,00 | 45,70 | 47,30 | 49,70 | 51,50 | 325,20 |
| Payment Appropriations (PA) | | b | 11,64 | 25,20 | 39,30 | 45,25 | 46,52 | 47,51 | 109,78 | 325,20 |

Administrative expenditure within reference amount[2]

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Technical & administrative assistance (NDA) | 8.2.4 | c | 5,30 | 5,50 | 5,80 | 5,70 | 5,90 | 6,00 | 6,20 | 40,40 |
|---|-------|---|------|------|------|------|------|------|------|-------|

TOTAL REFERENCE AMOUNT

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Commitment Appropriations | | a+c | 44,10 | 50,70 | 52,80 | 51,40 | 53,20 | 55,70 | 57,70 | 365,60 |
| Payment Appropriations | | b+c | 16,94 | 30,70 | 45,10 | 50,95 | 52,42 | 53,51 | 115,98 | 365,60 |

Administrative expenditure not included in reference amount[3]

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Human resources and associated expenditure (NDA) | 8.2.5 | d | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 36,29 |
| Administrative costs, other than human resources and associated costs, not included in reference amount (NDA) | 8.2.6 | e | 3,10 | 3,11 | 3,13 | 3,14 | 3,16 | 3,17 | 3,19 | 15,66 |

[1] Expenditure that does not fall under Chapter xx 01 of the Title xx concerned.

82 Non-differentiated appropriations hereafter referred to as NDA.

[2] Expenditure within article xx 01
04 of Title xx.

[3] Expenditure within chapter xx 01 other than articles xx 01 04 or xx 01 05.

Total indicative financial cost of
intervention

total

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|
| TOTAL CA including cost of Human Resources | | a+c+d+e | 52,38 | 58,994 | 61,11 | 59,726 | 61,541 | 64,057 | 66,073 | 423,88 |
| TOTAL PA including cost of Human Resources | | b+c+d+e | 25,22 | 38,993 | 53,411 | 59,276 | 60,762 | 61,867 | 124,353 | 423,88 |

Co-financing details

Not applicable

4.1.2. Compatibility with Financial Programming

X Proposal is compatible with Financial Framework 2007-2013.

4.1.3. Financial impact on Revenue

X Proposal has no financial implications on revenue

4.2. Human Resources FTE (including officials, temporary and external staff) – see detail under point 8.2.1.

| Annual requirements | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total number of human resources* | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 |

* of which 2 new posts in 2007, covered within the pre-allocation of the Directorate General in the PDB for 2007

5. CHARACTERISTICS AND OBJECTIVES:

5.1. Need to be met in the short or long term

The need is identified in the explanatory memorandum.

5.2. **Value added** of Community involvement and coherence of the proposal with other financial instruments and possible **synergy**

The EU, national and regional authorities, citizens, businesses and civil society have a role to play in improving the health, wellbeing and welfare of European citizens. There are however several health policy challenges that only action at EU level can tackle. Greater mobility and more communication have benefited citizens. But they have also increased the risk of spreading health threats such as SARS and other communicable diseases (which cannot be addressed by individual Member States alone). The complexity of modern life has brought more choice for citizens. But it has also made it harder for them to make the best choices.

The proposed strategy and programme aim to implement article 152 of the Treaty as regards Community action on health, by complementing national action with **value-added** measures which cannot be taken at national level.

The Health programme builds on the existing programme and maintains its core elements. In addition, it aligns future health action more explicitly with the overall Community objectives of prosperity, solidarity and security and with the Lisbon agenda in particular, and seeks to further exploit synergies with other policies.

Synergies will be ensured with other major instruments. For example health has been more closely associated to the Structural Funds and the research programme when designing the new legal base. Particular attention has also been given to ensure synergies with the Solidarity Fund.

5.3. Objectives and expected results of the proposal in the context of the ABM framework

The general objective of the ABM “public health” activity is to aim for a high level of human health protection in the development and implementation of all Community policies, through the promotion of an integrated health strategy, notably by implementation of the multi-annual health programme, and to enhance the capability of the EU to address, in a timely and coordinated fashion, threats to public health.

The objectives of the proposal are identified in the explanatory memorandum.

The expected results are:

1. Improved health security, in particular increased capacity at European and national level to respond to cross-border health threats and also to contribute to strengthened health-related safety across the EU (for example to fulfil the Treaty mandate as regards safety and quality of substances of human origin for medical use, or as regards the assessment of risks to citizens' health).

2. Stronger health promotion at European level. This would include effective measures to encourage healthy ageing, greater awareness of health's impact on productivity and growth, a narrowing of the health gap across the EU, in particular concerning improvement in health status in the new Member States. The programme should also result in healthier ways of life across the EU, a greater awareness about the impact of lifestyles and addictions on health, and a set of solutions developed through exchange of good practice. By acting on the most important health determinants, the programme will have the result of helping to reduce the disease burden.

3. More and better health knowledge, more dissemination. The programme will result in a health knowledge system, with more comparable data and indicators, higher -quality analysis, and effective dissemination to stakeholders. The programme will further result in Member States taking inspiration from best practice identified through the programme to improve their health systems.

5.4. Method of Implementation (indicative)

Show below the method(s)⁸³ chosen for the implementation of the action.

Centralised Management

Directly by the Commission

Indirectly by delegation to:

Executive Agency

Bodies set up by the Communities as referred to in art. 185 of the Financial Regulation

National public-sector bodies/bodies with public-service mission

Shared or decentralised management

With Member states

With Third countries

Joint management with international organisations

⁸³ If more than one method is indicated please provide additional details in the "Relevant comments" section of this point.

6. MONITORING AND EVALUATION

6.1. Monitoring system

The Commission will monitor the most pertinent indicators throughout the implementation of the new programme. The indicators listed are related to the objectives described under part 5.3 .

| Objectives | Indicators |
|--|---|
| 1. Improve citizens' health security | |
| 1.1. Protect citizens against health threats | Number of projects in this area Number of beneficiaries ECDC fully operational Increased European co-ordination capacity for responding rapidly to threats Increased Member States' capacity to address health threats |
| 1.2. Improve citizens' safety | Number of scientific opinions given Community initiatives embodying the scientific opinions Number of projects on patient safety/ high quality and safe healthcare Number of projects on accidents and injuries Number of initiatives on organs / substances of human origin. |
| 2. Promote health to improve prosperity and solidarity | |
| 2.1. Foster healthy, active ageing and help bridge health inequalities | Number of projects on healthy ageing Number of initiatives on health's impact on growth and economic development Number of measures to bridge inequalities between Member States; number of projects benefiting the new Member States Number of projects to improve solidarity between national health systems |
| 2.2. Promote healthier ways of life by tackling health determinants. | Number of new measures proposed and carried out Number of projects in this area Number of thematic platforms created Number of information, publications and target audience reached |
| 3. Generate and disseminate health knowledge | |
| 3.1. Exchange knowledge and best practice | Number of projects in this area Number of best practice solutions identified Number of Member States that took inspiration from good practice to introduce improvements in their health systems Number of health themes addressed |
| 3.2. Collect, analyse and disseminate health information. | Number of projects in this area Number of information/awareness raising publications and target audience reached Number of hits of health portal Number of Health reports and other publications Number of conferences & participants |

The implementation of the Community programme entrusted to the executive agency is subject to the control of the Commission and this control is exerted according to the methods, the conditions, the criteria and the parameters which it lays down in the act of delegation defined by Council Regulation (EC) N° 58/2003 laying down the statute for executive agencies to be entrusted with certain tasks in the management of Community programmes⁸⁴, Article 6 (3).

6.2. Evaluation

⁸⁴

OJ L 11, 16.1.2003, p. 1.

6.2.1. Ex-ante evaluation

This programme proposal is built on a series of existing Community programme and measures, some of which have been operational for many years, and which have been the subject of a comprehensive sequence of evaluations, as well as a substantial corpus of experience of administering and implementing the programmes in the Commission (and a former technical assistance office) and within the Member States and other participating countries (particularly the candidate countries).

The hypothesis of taking no action was considered:

- No action means failure to meet the provisions of article 152 of the Treaty.
- No action means that the Commission would not meet the requirement of having a proper legal basis for health actions during the period 2007-2013 as imposed by the new financial framework. (The Health Programme expires at the end of 2008). This would make it very difficult to fulfil various legal obligations.
- No action would mean that the Commission would not fulfil its commitment to present a health strategy, following an open consultation in 2004, intended to help prepare the ground for a new strategy. In terms of effects on health, some serious negative impact would arise following the expiry of the current health programme. Health protection in Europe would be undermined as essential health threat alert mechanisms would find it difficult to operate. There would be inadequate information about important health trends and developments as mechanisms to collect and analyse the data would not function effectively. This would make it harder for health authorities to plan and develop policies and for citizens to take decisions. There would also be a great reduction in actions against trans-frontier health threats eg HIV/AIDS and bioterrorism.
- No action would also mean that the Commission stopped work in areas of central concern to its citizens daily lives and thus lost the possibility to increase visibility and to demonstrate the relevance of its action to them.

Building a new programme will bring citizens' issues to the forefront of the EU agenda by providing a new framework for a policy that impacts on citizens' day-to-day life.

In addition the existing executive agency for the public health programme would have its current mandate adapted to be able to ensure the management tasks of the new programme, including budgetary tasks, which would constitute the best management instrument at the disposal of the Commission⁸⁵. This will in particular ensure :

- Multiplier effect (leverage) enabling the Commission to concentrate on its core competencies;

⁸⁵ See also the study "Cost-effectiveness assessment of externalisation of European Community's public health action programme" by Eureval-C3E, of 21.6.2002.

- Effectiveness and flexibility in the implementation of outsourced tasks;
- Simplification of the procedures used;
- Proximity of the outsourced action to the final beneficiaries.

The public health programme 2003-2008, adopted in September 2002⁸⁶, represents a major step forward for the implementation of the provisions of Article 152 of the EC Treaty. It provides for the integrated development of a strategy aimed on the one hand at ensuring a high level of health protection in all Community policies and actions and, on the other, at supplementing and coordinating policies and actions carried out by the Member States in the field of health surveillance and information systems, combating transmissible diseases and disease prevention.

In designing the new joint programme proposal, special attention was given to building upon the experience acquired during the first years of operation of the 2003-2008 programme, as well as to integrating the work carried out in various consultations, fora and groups.

Preparatory work on the health strategy

An open consultation on the future Health Strategy was launched in July 2004. The consultation was carried out on the basis of a public consultation document published on the web-site. All interested parties from the public health area, public bodies, interest groups and individual citizens, were invited to participate in the consultation, by means of a written contribution. Almost 200 contributions from national and regional authorities, NGOs, universities, individual citizens and companies have reached the Commission. Following the analysis of the results, a number of policy priority areas have been identified making it necessary to re-orient existing work in order to refine the policy priorities. The result is available in the Commission website⁸⁷.

Approximately 1/4 of all respondents including Ireland, Sweden, the Netherlands, Germany, the UK, Lithuania Malta and Poland urged the EU to pro-actively promote health and prevent illness. Measures proposed include the need to focus on children and teenagers, to implement a nutrition/obesity strategy, to tackle smoking and alcohol, to address a wide range of issues affecting health and to act on important diseases including cancer, respiratory and cardiovascular diseases.

Approximately 1/5 of all respondents including France, Germany, Ireland, the Netherlands, Sweden, Finland and Lithuania asked the EU to mainstream health. Respondents urged the Commission to implement a comprehensive and coherent EU approach to health, encompassing policies as diverse as Education, Trade, Internal Market, Social, Environment, Agriculture, External, Transport and Regional development. Several respondents including France, Ireland, Sweden and Finland raised the need for a Health Impact Assessment system.

The need to position health as a driver of economic growth and to disseminate evidence was raised by Ireland, France, the Netherlands, Malta and the UK. Some NGOs and Germany, Ireland and Sweden asked for health to become part of the Lisbon agenda.

⁸⁶ Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008), O J L 271, 9/10/2002.

⁸⁷ http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/reflection_process_en.htm.

Many stressed the need to address health inequalities by increasing funding for health. Respondents also urged the EU to involve stakeholders more closely in policy-making, to support the civil society, to take a stronger role on international health and to step up efforts in the analysis and dissemination of data.

Finally, many respondents also urged the EU to increase resources allocated to health, for the Public Health Programme to better serve policy priorities, to improve dissemination of project results, to cover neighbouring countries and to increase co-funding.

Respondents raise a large number of additional specific issues including the need to focus more on mental health, the challenges posed by an ageing population, the need to increase quality in healthcare, to secure patients' rights and safety, to set clear rules for patient and professional mobility, for health technology assessment and research.

Health systems

In 2003, a high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the EU was launched at ministerial level. Working groups composed of Member State health ministers or senior representatives, and stakeholders met throughout the year. In December 2003, a ministerial level meeting including ministers from acceding countries, adopted a report containing 19 recommendations for action at EU level. The Commission responded in presenting three Communications⁸⁸ in April 2004. To take forward these recommendations, a High Level Group on health services and medical care was established with working groups on the following areas : cross-border healthcare purchasing and provision, health professionals, centres of reference, health technology assessment, information and e-health, health impact assessment and health systems, patient safety. Reports setting out progress and orientations for future work were endorsed by the Council in December 2004 and in December 2005.

Involvement of stakeholders

Health policy making must respond to the needs and concerns of citizens. It is necessary to build up the organisations representing patients and those developing the public health agenda so that civil society is able to make the constructive contribution needed to public health policy.

Currently, patient groups and non governmental organisations in the health field can find it difficult to develop initiatives at EU level and to stabilise their organisations because they have inadequate resources.

For example active participation in the EU Health policy forum, which brings stakeholders together to discuss policy issues, requires a level of organisational capacity and resources that many NGOs lack. Associations are not funded for their core work as such, because the legal basis of the Public Health Programme 2003-2008 does not allow such direct funding. The Commission is therefore proposing operational grants as well as project grants to provide core funding to certain NGOs, including patient groups, in order to help them develop their organisational capacity and put themselves on a sound basis.

⁸⁸ COM(2004) 301, COM(2004) 304, COM(2004) 356.

As underlined in the Lisbon process, there is a need to reduce the major differences between Member States in terms of life expectancy, health status and health systems capability. Following enlargement, supporting in particular the new Member States to develop their health systems requires additional resources. In addition to infrastructure investment and human resources to which the Community Structural Funds can contribute, there is a need for the Community to help these countries in terms of training, expertise, capacity building, preparedness, prevention and promotion, as well as a need for analysis on their health investment needs.

Finally, ageing of the EU population and its potential impact on the sustainability of public finances, not least from the relative decline in the working population, requires EU action to help Member States cope with this challenge.

Cost-effectiveness

The adaptation of the existing Public Health Programme executive agency to support the new proposed programme will also lead to savings in terms of input as regards tasks related with tendering and organisation of meetings. The outsourcing of such administrative tasks to the executive agency will also enable the Commission to focus on policy making and conception tasks, including developing significant links with other policies.

The programme foresees improving the way projects results are exploited and disseminated, which will increase projects' impact and visibility. The outsourcing of administrative tasks will enable the Commission to focus on ensuring that health crises and emergencies are better handled, that project results are better disseminated, to expand work with stakeholders and to develop policy work on e.g. health inequalities, ageing and children's health.

6.2.2. Measures taken following an intermediate/ex-post evaluation (lessons learned from similar experiences in the past)

Ex post evaluation of the former 8 public health programmes

The role of the European Community in the field of public health, as defined by the Treaty, is to complement Member States' action by promoting research, providing health information and education, encouraging cooperation and fostering policy coordination among Member States through incentive measures. An evaluation of the 8 Community programmes of 1996-2002 was carried out in 2004⁸⁹. The main objective was to assess whether the goals were achieved in the EU through these action programmes and to locate the genuine added value of European intervention in the field of public health.

The evaluation shows that the Programmes had an overall positive added value and calls for further investment by the EU in Public Health. It gives a number of recommendations : some of the issues raised have already been addressed when building the Public health programme 2003-2008. However room for improvement remains for the following areas:

⁸⁹ Deloitte report of 2004 : "Final Evaluation of the eight Community Action Programmes on Public Health (1996-2002) – web link : http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/evaluation_en.htm.

- develop a complete and coherent theory of action for the general public health framework;
- clarify the priorities the programme seeks to meet and the levels targeted;
- be structured and research synergies and complementarities between the policy instruments and the research areas;
- in the area of health determinants, redirect a substantial part of the new programme towards the aspects of these diseases which have not been fully researched and towards tackling the issue of diseases from a preventive point of view;
- to allow more room, in cases regarding the share of responsibilities between the EU and the Member States, for a re-orientation of the EU priorities towards emerging issues and innovative approaches;
- to maximise the possibilities to exchange information and knowledge between Member States, notably to allow bridging the gap between countries lagging behind the most advanced states, specially considering the recent enlargement;
- to set up a systematic internal and external communication policy;
- to enhance training activities, as it is the most valuable way of disseminating methods and best practices;
- to reserve financing in the new programme for the effective and large networks, i.e. which are representative in terms of partners involved and coverage of the EU as a whole, so to ensure their sustainability.

These recommendations will be reflected as far as possible in the construction of the new programme.

6.2.3. Terms and frequency of future evaluation

Details and frequency of planned evaluation:

(See Article 13 of the proposed Programme)

An external and independent interim evaluation, i.e., mid-term report will be undertaken three years after adoption of the programme. The object of this report is to provide an initial assessment of the impact and effectiveness of the programme on the basis of the results obtained. The report shall in particular make it possible to assess the impact of measures on all countries. Any changes or adjustments that are deemed necessary will be proposed by the Commission for the second half of the programme.

Communication on the continuation of the Programme no later than four years after its adoption.

Ex post evaluation, i.e. final Report: A detailed external independent evaluation report covering the entire period of operation of the Programme will be carried out by 31 December 2015, to assess the implementation of the Programme.

Furthermore, the Commission plans to audit beneficiaries in order to check that Community funds are being used properly. The results of audits will form the subject of a written report.

Evaluation of the results obtained:

Information providing a measure of the performance, results and impact of the Programme will be taken from the following sources:

- statistical data compiled on the basis of the information from application dossiers and the monitoring of beneficiaries' contracts;
- audit reports on a sample of programme beneficiaries ;
- use of the results of the executive agency's evaluations and audits.

7. Anti-fraud measures

All the contracts, conventions and legal undertakings concluded between the Commission and the beneficiaries under the programme foresee the possibility of an audit at the premises of the beneficiary by the Commission's services or by the Court of Auditors, as well as the possibility of requiring the beneficiaries to provide all relevant documents and data concerning expenses relating to such contracts, conventions or legal undertakings up to 5 years after the contractual period. Beneficiaries are subject to the requirement to provide reports and financial accounts, which are analysed as to the eligibility of the costs and the content, in line with the rules on Community financing and taking account of contractual obligations, economic principles and good financial management.

8. DETAILS OF RESOURCES

8.1. Objectives of the proposal in terms of their financial cost

Commitment appropriations in EUR million (to 3 decimal places)

| (Headings of Objectives, actions and outputs should be provided) | Type of output | Av. cost | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 and later | | TOTAL | |
|---|--|----------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|-----------|------------|-------------|------------|-------------|------------|----------------|------------|-------------|------------|
| | | | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | total costs | N outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost |
| OPERATIONAL OBJECTIVE No.1 citizen's health security | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Action 1.1 : protect citizens against health threats | Projects, conferences, studies, meetings, networks | 0.600 | 13 | 7.760 | 15 | 9.040 | 16 | 9.409 | 15 | 9.137 | 16 | 9.467 | 17 | 9.933 | 17 | 10.301 | 108 | 65.048 |
| Action 1.2 : improve citizen's safety | Projects, conferences, studies, meetings, networks | 0.600 | 6 | 3.880 | 8 | 4.520 | 8 | 4.705 | 8 | 4.569 | 8 | 4.734 | 8 | 4.966 | 9 | 5.151 | 54 | 32.524 |
| Sub-total Objective 1 | - | - | 19 | 11.640 | 23 | 13.561 | 24 | 14.114 | 23 | 13.706 | 24 | 14.201 | 25 | 14.899 | 26 | 15.452 | 164 | 97.572 |
| OPERATIONAL OBJECTIVE No.2 : promote health | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Action 2.1 : foster healthy, active ageing and help bridge inequalities | projects, networks, conferences, meetings | 0.600 | 8 | 5.04 | 10 | 5.876 | 10 | 6.116 | 10 | 5.939 | 10 | 6.154 | 11 | 6.456 | 11 | 6.696 | 70 | 42.281 |
| Action 2.2 : Promote healthier ways of life by tackling health determinants | projects, networks, conferences, meetings | 0.600 | 14 | 8.54 | 17 | 9.944 | 17 | 10.350 | 17 | 10.051 | 17 | 10.414 | 18 | 10.926 | 19 | 11.332 | 119 | 71.553 |
| Sub-total Objective 2 | - | - | 22 | 13.58 | 27 | 15.821 | 27 | 16.466 | 27 | 15.990 | 27 | 16.568 | 29 | 17.382 | 30 | 18.027 | 189 | 113.834 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|---------------|
| <u>OPERATIONAL OBJECTIVE No.3</u> <u>generate and disseminate health knowledge</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>Action 3.1: Exchange knowledge and best practice</u> | - | <u>0.600</u> | <u>10</u> | <u>5.82</u> | <u>11</u> | <u>6.78</u> | <u>12</u> | <u>7.05</u> | <u>11</u> | <u>6.86</u> | <u>12</u> | <u>7.10</u> | <u>12</u> | <u>7.46</u> | <u>13</u> | <u>7.73</u> | <u>81</u> | <u>48.78</u> |
| <u>Action 3.2: Collect, analyse and disseminate health information</u> | - | <u>0.600</u> | <u>13</u> | <u>7.76</u> | <u>15</u> | <u>9.04</u> | <u>16</u> | <u>9.40</u> | <u>15</u> | <u>9.14</u> | <u>16</u> | <u>9.46</u> | <u>17</u> | <u>9.94</u> | <u>17</u> | <u>10.30</u> | <u>108</u> | <u>65.04</u> |
| <u>Sub-total Objective 3</u> | - | - | <u>23</u> | <u>13.58</u> | <u>26</u> | <u>15.82</u> | <u>28</u> | <u>16.45</u> | <u>26</u> | <u>16.00</u> | <u>28</u> | <u>16.56</u> | <u>29</u> | <u>17.40</u> | <u>30</u> | <u>18.03</u> | <u>190</u> | <u>113.82</u> |
| <u>TOTAL COST</u> | - | - | <u>64</u> | <u>38.80</u> | <u>76</u> | <u>45.20</u> | <u>79</u> | <u>47.00</u> | <u>76</u> | <u>45.70</u> | <u>79</u> | <u>47.30</u> | <u>83</u> | <u>49.70</u> | <u>86</u> | <u>51.50</u> | <u>543</u> | <u>325.20</u> |

8.2. Administrative Expenditure

8.2.1. Number and type of human resources

| Types of post | | Staff to be assigned to management of the action using existing and/or additional resources (number of posts/FTEs) | | | | | | |
|--|---------------|--|------|------|------|------|------|------|
| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Officials or temporary staff[1] (17 01 01) | A*/AD | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| | B*, C*/AST | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| Staff financed[2] by art. 17 01 02 | | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Other staff [3] financed by art. 17 01 04/05 | | | | | | | | |
| TOTAL | | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 |

The calculation includes the existing resources devoted to the current programme, and the new requested staff, subject to agreement under the annual procedure of resources allocation (APS/PDB). The increase in the Commission staff is needed to undertake the conceptual and strategic preparatory work during the first years of the programme. This increase should be covered within the pre-allocation of the DG in the PDB for 2007.

It does not include the executive agency's staff.

8.2.2. Description of tasks deriving from the action

This is explained in the explanatory memorandum.

8.2.3. Sources of human resources (statutory)

(When more than one source is stated, please indicate the number of posts originating from each of the sources)

- Posts currently allocated to the management of the programme to be replaced or extended
- Posts pre-allocated within the APS/PDB exercise for year 2007
- Posts to be requested in the next APS/PDB procedure
- Posts to be redeployed using existing resources within the managing service (internal redeployment)
- Posts required for year n although not foreseen in the APS/PDB exercise of the year in question

8.2.4. Other Administrative expenditure included in reference amount (XX 01
04/05 – Expenditure on administrative management)

EUR million (to 3 decimal places)

| Budget line (number and heading) | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 and later | TOTAL |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------|-------|
| 1 Technical and administrative assistance (including related staff costs) | | | | | | | | |
| Executive agencies[1] | 4,10 | 4,10 | 4,30 | 4,30 | 4,40 | 4,50 | 4,60 | 30,30 |
| Other technical and administrative assistance | | | | | | | | |
| - intra muros | 1,000 | 1,190 | 1,280 | 1,018 | 1,257 | 1,245 | 1,182 | 8,172 |
| - extra muros | 0,200 | 0,210 | 0,221 | 0,382 | 0,243 | 0,255 | 0,418 | 1,928 |
| Total Technical and administrative assistance | 5,30 | 5,50 | 5,80 | 5,70 | 5,90 | 6,00 | 6,20 | 40,40 |

These costs include the programme's contribution to the operating costs of the Public Health Executive agency, and notably the personnel costs to the agency for this programme. These costs correspond to an estimation of 26 people (statutory personnel at the agency and contractual agents)

8.2.5. Financial cost of human resources and associated costs not included in the reference amount

EUR million (to 3 decimal places)

| Type of human resources | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 and later |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------------------|
| Officials and temporary staff (17 01 01) | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 |
| Staff financed by Art 17 01 02 (auxiliary, END, contract staff, etc.) (specify budget line) | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 |
| Total cost of Human Resources and associated costs (NOT in reference amount) | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 |

Calculation – Officials and Temporary agents

Calculation includes overheads expenses and is based on the average cost t in
the Commission

Calculation– *Staff financed under art. XX 01 02*

Calculation includes overheads expenses and is based on the average cost in the Commission

8.2.6 Other administrative expenditure not included in reference amount

EUR million (to 3 decimal places)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TOTAL |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 17 01 02 11 01 – Missions | 0,525 | 0,528 | 0,530 | 0,533 | 0,536 | 0,538 | 0,541 | 2,657 |
| 17 01 02 11 02 – Meetings & Conferences; Committees | 1,400 | 1,407 | 1,414 | 1,421 | 1,428 | 1,435 | 1,443 | 7,085 |
| 17 01 02 11 04 – Studies & consultations | 0,420 | 0,422 | 0,424 | 0,426 | 0,428 | 0,431 | 0,433 | 2,125 |
| 17 01 02 11 05 - Information systems | 0,525 | 0,528 | 0,530 | 0,533 | 0,536 | 0,538 | 0,541 | 2,657 |
| 2 Total Other Management Expenditure (XX 01 02 11) | 2,870 | 2,884 | 2,899 | 2,913 | 2,928 | 2,942 | 2,957 | 14,524 |
| 3 Other expenditure of an administrative nature (specify including reference to budget line) Total Administrative expenditure, other than human resources and associated costs (NOT included in reference amount) | 2,870 | 2,884 | 2,899 | 2,913 | 2,928 | 2,942 | 2,957 | 14,524 |

Calculation - *Other administrative expenditure not included in reference amount*

The needs for human and administrative resources shall be covered within the allocation granted to the managing Directorate-General in the framework of the annual allocation procedure.



COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES

Brussels, 24.5.2006
COM(2006) 234 final

2004/0042 A (COD)

Amended proposal for a

DECISION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL

establishing a second Programme of Community action in the field of Health and consumer protection (2007-2013)

**Adaptation following the agreement of 17 May 2006
on the Financial Framework 2007-2013**

(presented by the Commission pursuant to Article 250(2) of the EC Treaty)

EXPLANATORY MEMORANDUM

I. Introduction

On 6 April 2005, the Commission proposed a wide-ranging and ambitious health and consumer protection programme 2007-2013¹ based on the assumption of a € 1,203 million budget (out of which € 969 million was for health). This proposal foresaw a significant increase in existing Community health action from three to six action strands in order to address cross-border health challenges and to meet stakeholders' expectations.

In its first reading Opinion of 16 March 2006 on the health part of the programme, the European Parliament endorsed the objectives and main actions proposed by the Commission, underlined its preference for a separate health programme, enlarged further the scope of proposed health action and requested a budget of €1,500 million.

However, following the inter-institutional agreement on the Community Financial Framework 2007-2013, the final budget for health action was settled at € 365.6 million, i.e. approximately one third of the budget initially foreseen in the Commission proposal of April 2005.

Given these resource constraints, it is necessary to take a more focused approach to Community health action. The Commission therefore proposes to refocus the scope of the programme along three broad objectives: to improve citizens' health security; to promote health to improve prosperity and solidarity; and to generate and disseminate health knowledge. Priority measures will be identified on an annual basis in order to allow the programme to focus its resources on a few carefully selected areas adapted to the political context and emerging needs.

This is the purpose of the current modified proposal which replaces the original Commission proposal of April 2005 as far as health action is concerned. In presenting a separate proposal for health action only, the Commission is responding positively to the approach favoured by the Parliament and the Economic and Social Committee as regards splitting its proposal into two. A separate proposal tackles consumer protection.

This modified proposal aligns future health action more explicitly with the overall Community objectives of prosperity, solidarity and security and seeks to further exploit synergies with other policies, as highlighted by the European Parliament. The current modified proposal has incorporated to the extent possible the Parliament's concerns on key strategic issues such as the need to promote healthy ageing, to address health inequalities across the EU, to take gender health issues into account and to focus on cross-border issues.

However, in the light of the budgetary constraints, this modified proposal does not include a specific action strand to tackle individual diseases (as in the Commission original proposal which was further strengthened by the European Parliament). Instead, in view of the limited resources, the Commission aims to help reduce the burden of diseases by tackling the most important health determinants. Nevertheless, in cases where there is important added value in

¹ COM(2005) 115, 6.4.2005.

Community level action on a specific disease (e.g. on rare diseases or mental health), provisions are made under the relevant objectives of the modified proposal.

In addition, action on co-operation between health systems (a separate strand in the Commission original proposal) has been considerably streamlined and incorporated into all the three objectives for Community health action described further below.

II. A healthy society as a foundation stone for prosperity, solidarity and security

Improving health is important in its own right. But it is also an important part of the solution to address a number of key challenges facing Europe such as population ageing, security threats or labour shortages. Improving health is necessary to meet the overall Community goals which were set to respond to such problems. As such, health has a role to play in achieving Europe's full potential for prosperity, solidarity and security.

In relation to prosperity, population health is a key factor of productivity and growth. The European Parliament underlined that the promotion of health is a key element for long-term economic growth and social welfare². Better health policies will lead to EU citizens living longer and in better health, which is important to reduce worker absenteeism and premature retirement. The Commission has emphasised, in its annual reports to the Spring European Council, that increasing Healthy Life Years is crucial in attracting people into employment³; and that Europe cannot afford to have people drop out of the labour market when they are in their fifties⁴. Poor health is a leading cause of early retirement and productivity loss. Increasing the number of years citizens live in good health is therefore important to fulfilling the Lisbon agenda. In this context and in the light of the Parliament's first reading Opinion, the current modified proposal provides a stronger focus on healthy ageing and also on health's potential to promote growth.

As regards solidarity, achieving the Community goal of a more cohesive Europe, requires reducing the major inequalities across the EU in terms of life expectancy, health status, and access to high-quality health services. This translates into major differences across the EU not only in quality of life, but also in productivity, labour participation and age of leaving the labour force on invalidity grounds. Inequalities in health go hand in hand with inequalities in prosperity. A Europe of solidarity cannot neglect these inequalities. In response to the Parliament's first reading Opinion, the modified proposal focuses more on addressing health inequalities, and also provides for action to improve solidarity between health systems, albeit streamlined in the light of budgetary constraints.

Finally, as regards security, recent developments with avian flu and growing concerns about a possible influenza pandemic, remind us of the urgent need to step up efforts to protect our citizens against cross-border health threats. Improving security requires developing European and national capacity to respond to health emergencies in a co-ordinated and efficient manner, while also respecting human rights protection and the shared values of the European Charter of fundamental rights. Citizens and stakeholders expect the EU to ensure a rapid and efficient assistance to Member States in responding to a possible pandemic and

² EP Opinion of 15.3.2006 on the 2006 Commission Communication to the Spring European Council, 25.1.2006.

³ 2005 Commission Communication to the Spring European Council COM(2005) 24, 2.2.2005.

⁴ 2006 Commission Communication to the Spring European Council, COM(2006) 30, 25.1.2006.

other serious health threats. The EU cannot fail to act when the safety of its citizens is at stake. The modified proposal therefore continues to put a stress on this issue and in general keeps the range of action foreseen in the original proposal. Action under this programme will be complementary to the work of the European Centre for Disease Prevention and Control (see below).

III. Objectives of the Programme

The programme will pursue three broad objectives in line with the Community overall goals:

1. Improve citizens' health security
2. Promote health for prosperity and solidarity
3. Generate and disseminate health knowledge

Meeting these objectives requires close co-operation and strong synergies with other policies. Mainstreaming health concerns into other policies and exploiting potential for common action is reinforced in this modified proposal in the light of the Parliament's first reading Opinion.

1. Improve citizens' health security

1.1. Protect citizens against health threats

The Community Strategic objectives for 2005-2009⁵ stress the importance of countering threats to citizens' health and safety at EU level (including bioterrorism). Lessons from global health threats and recent developments in avian influenza show the need for increased EU capacity to address cross-border threats. The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)⁶, created in 2004 to analyse, assess and provide advice on risks from communicable diseases, was a key step towards this end.

Action under the programme will cover identification of threats beyond the ECDC remit such as those posed by physical and chemical agents; and support actions underpinning the further implementation of the Decision creating a Community surveillance network⁷. The programme will also support the development of vaccination policies and the establishment of European reference laboratories for rare or high-risk pathogens.

Surveillance simply provides the information necessary for the Community to decide what needs to be done. To protect citizens, the EU needs technical and operational capability to prepare for and respond to health threats (inside or outside the EU). The programme will therefore support the development of EU capacity to co-ordinate a response at European level. It will contribute to enhancing the effectiveness of national structures with action to improve risk management and health emergency planning; facilitate co-ordination of actions in health emergencies; improve preparedness for health emergencies; and facilitate networking and exchange of best practice. The programme will further help Member States

⁵ Strategic objectives 2005-2009, « Europe 2010 », 2005.

⁶ Regulation (EC) No 851/2004.

⁷ Decision No 2119/98/EC.

to develop their own infrastructure, capacity and co-ordination arrangements needed to respond to a threat.

1.2. Improve citizens' safety

Citizens are confronted with many and varied threats to their safety in addition to possible pandemics. The frequency of avoidable incidents and infections in hospitals raises concerns about patient safety across the EU. The burden of avoidable illness related to injuries and accidents also needs to be addressed. The EU can complement national measures in this area, by increasing awareness, fostering knowledge exchange and contributing to the preparation of guidance material.

In addition, the EU has a key role to play in identifying risks to health (for example related to exposure to chemicals contained in a product) and evaluating their possible impact. Finally, the EU has an important Treaty obligation to set high standards of quality and safety of organs and substances of human origin for medical use. The programme will therefore support the implementation of Community legislation on blood, tissues and cells and help implement the International Health Regulations.

This modified proposal takes account of the Parliament's requests for the Community to treat serious cross-border health threats as a matter of priority, to co-ordinate closely work under the programme with work by the ECDC, and for action to be taken on injury prevention and on organs.

2. Promote health for prosperity and solidarity

2.1. Foster healthy, active ageing and help bridge inequalities

Europe's population is growing older and the proportion of working people is falling. Against this background a key challenge is to ensure that the population ages in good health. "The longer people enjoy good health, the longer they can remain active and work"⁸. The EU needs to encourage policy measures for healthy, active ageing as foreseen in the Community Lisbon Programme⁹. As highlighted to the European Council, Member States need to reduce the high numbers of people who are inactive because of their ill-health¹⁰. Some Member States foresee health measures in their Lisbon plans, not only to strengthen their labour force¹¹, but also to improve public finances. It is clear that an ageing population in bad health can make healthcare budgets swell, but evidence shows that improved population health can greatly reduce projected increases in spending. Finally, tackling an ageing society also implies a life-cycle approach to health that ensures a sufficient focus on young people.

This modified proposal takes account of the Parliament's requests for action to increase healthy life years (a structural indicator) to meet the Lisbon goals by preventing diseases and promoting ageing in good health, and also its request to address children's health.

⁸ EP Opinion of 15.3.2006 on the 2006 Commission Communication to the Spring European Council, 25.1.2006.

⁹ COM(2005) 330, 20.7.2005, Community Lisbon Programme states that the « Commission will assist the Member States in developing active ageing strategies, including measures to increase healthy life years ».

¹⁰ Annex to COM(2006) 30, 25.1.2006.

¹¹ COM(2006) 30, 25.1.2006, Commission Communication to the Spring European Council.

Population health and access to high quality health services varies widely among Member States and regions. In addition, poor population health translates into lower productivity and labour participation. Thus a population in bad health impacts negatively on economic growth and the health gap feeds into the economic gap. Member States and regions whose citizens are in relatively bad health (compared to the EU average) therefore expect the EU to show solidarity and to help them to improve their health capacity. The EU Regional policy can support investment in health infrastructure in convergence regions, as well as human resources throughout the European Union. This programme will also encourage Member States to invest in health in co-operation with other policies.

As a response to the Parliament's first reading Opinion, this programme will take forward action to identify the causes of health inequalities within and between Member States with a particular emphasis on the situation in the new Member States; and will encourage exchange of best practice to address such inequalities. This modified proposal therefore takes full account of the Parliament's requests for action on health inequalities to be a priority of the programme and will seek to contribute to bridging the health gap across the EU.

In addition, the modified proposal takes account of the Parliament's request for the programme to focus on cross-border issues. Synergies and complementarities would be sought with the health related cross border projects under the regional policy territorial cooperation objective. The programme will foster co-operation between health systems on a number of growing cross-border issues such as the mobility of patients and health professionals.

2.2. Promote healthier ways of life by tackling health determinants

Key influences on population health are health determinants such as nutrition, alcohol, tobacco and drug consumption as well as the quality of social and physical environments. Action in these areas is essential in order to improve health and wellbeing and prevent premature death and disability. In particular the growing burden of avoidable diseases related to life-style and addiction in all EU Member States calls for Community level action to facilitate co-operation, exchange good practice and complement national measures.

Promoting good health therefore requires tackling the life-style factors (e.g. nutrition, physical activity and sexual health), and addictions (e.g. tobacco, alcohol, drugs) that undermine health, as well as broader socio-economic and environmental health determinants.

This proposal takes into account the Parliament's support for Community action on health promotion and prevention. It foresees focused action in particular on lifestyle determinants and addiction-related determinants.

In the light of budgetary constraints, the separate "disease" strand included in the Commission's original proposal is no longer viable. However, tackling the most important health determinants will have the effect of contributing to reducing the disease burden. For example, action to support healthy diets can contribute to reducing heart disease, and action on sexual health can contribute to fighting HIV/AIDS.

3. Generate and disseminate health knowledge

3.1. Exchange knowledge and best practice

There is much scope for exchange of knowledge and best practice on a range of health issues. The Parliament has put a particular emphasis on the need for Community action to provide

added value and focus on cross-border issues. In this context, exchange of best practice will target issues where the Community can provide genuine added-value in bringing together expertise from different countries, as is the case with rare diseases, or cross-border issues related with co-operation between health systems. It will also include horizontal issues stressed in the Parliament's first reading Opinion, such as gender-related aspects of health or children's health. Finally, other key issues of common interest to all Member States such as mental health will also be covered. Exchange of knowledge and best practice will complement national measures and enable Member States to benefit from solutions developed elsewhere in the EU. Such exchange of knowledge may need to be preceded by collection of information.

This modified proposal therefore takes into account the Parliament's request for action in particular on gender aspects of health, and also on children's health (not specifically foreseen in annex 2 of the Commission original proposal). It also addresses the Parliament's request for the Community to focus on added value cross-border health issues such as patient mobility.

3.2. Collect, analyse and disseminate health information

Developing a sound health knowledge base is essential to develop an evidence-base health policy. In addition, stakeholders and policy-makers rely on the EU to provide them with comparable, reliable and up to date health information. To generate and disseminate health knowledge means expanding existing work to develop an EU health monitoring system that feeds into all health activities, using the Community Statistical Programme as necessary.

As supported in the Parliament's first reading Opinion, the programme will continue efforts to develop indicators and other tools, and to collect data and information as a basis for policy-making. In addition, as envisaged in the original Commission proposal, the programme will increasingly focus on providing analysis and disseminating information to citizens in a user-friendly manner, such as the Health portal. A stronger focus on communication with citizens will also underpin efforts to bring Europe – and European health policy – closer to its citizens.

IV. Implementation of the Programme

This modified proposal keeps the instruments and main implementing provisions of the initial Commission proposal of April 2005 and takes on board a number of European Parliament amendments which add detail and transparency to the initial proposal.

In line with better regulation principles, particular efforts will be made to ensure policy coherence between this instrument and other Community programmes. As requested by the Parliament in its first reading Opinion, the programme will strengthen synergies with other Community policies and programmes such as regional development and the Structural Funds, the Community statistical programme, the Community strategy for health and safety at work, the Sustainable development strategy, the Framework research programmes and the Lisbon agenda; and will seek to pursue, where appropriate, joint actions with other policies.

Civil society participation in health policy-making will be promoted. Major initiatives under this programme will take full account of consultation with stakeholders. Health policies will be shaped in partnership with citizens and stakeholders e.g. by providing support to develop organisations representing patients' interests or which take forward the health agenda.

As requested by the European Parliament, a stronger focus is put on reporting regularly the key results of the programme to the other Institutions, and also on the careful evaluation of the impact of future initiatives. In addition, the Commission has taken on board the Parliament's request for the draft Decision to provide clear criteria for NGOs eligible for core grants. This contributes to providing more transparency in the text, in accordance with better regulation principles. However, in the light of budgetary constraints, this modified proposal brings down the maximum core funding in exceptional cases from 95% (as in the original Commission proposal and endorsed by the Parliament) to 80%.

The existing executive agency, set up for the Public Health Programme, should assist in the implementation of the proposed new health programme. To increase cost-efficiency and exploit economies of scale, the same agency should also assist in the implementation of the consumer programme as well as in the implementation of food safety training measures. The Commission therefore envisages to modify accordingly its Decision of 15 December 2004 setting up the executive agency.

The existing Public Health Programme puts a strong focus on co-financing cross-border action through project grants. The Commission proposes that the future programme will reduce the proportion of co-financing of projects and focus more on calls for tender in order to maximise the efficiency, effectiveness and added-value of actions financed under the programme, and as a means to ensure that resources are clearly channelled to needs related to the programme objectives.

Finally, this programme is being developed as part of a broad-ranging health strategy, which will be presented by the Commission in 2007. The programme covers essentially those actions that require financial resources. The future strategy will bring together under a comprehensive framework the broad range of Community health action and define goals and priorities. Key issues, such as the mainstreaming of health concerns in other policies, addressing health inequalities, and responding to international issues will be developed further in the strategy.

Amended proposal for a

DECISION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL

establishing a second¹² Programme of Community action in the field of Health ~~and consumer protection~~ (2007-2013)

(Text with EEA relevance)

THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION,

Having regard to the Treaty establishing the European Community, and in particular Articles 152 and 153 thereof¹³,

Having regard to the proposal from the Commission¹⁴,

Having regard to the opinion of the European Economic and Social Committee¹⁵,

Having regard to the opinion of the Committee of the Regions¹⁶,

Acting in accordance with the procedure laid down in Article 251 of the Treaty¹⁷,

Whereas:

- (1) The Community can contribute to protecting the health **and** safety ~~and economic interests~~ of citizens through actions in the fields of public health ~~and consumer protection~~¹⁸. **A high level of health protection should be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities. Under Article 152 of the Treaty, the Community is required to play an active role by taking measures which cannot be taken by individual Member States, in accordance with the principle of subsidiary. The Community fully respects the prerogatives of Member States in the organisation and delivery of health services and medical care**¹⁹.
- (2) **The health sector is characterised on the one hand by its considerable potential for growth, innovation and dynamism and on the other by the challenges it faces in terms**

¹² **EP am. 1, COM had rejected it initially on grounds of split.**

¹³ **EP am. 2, COM had rejected it initially on grounds of split.**

¹⁴ OJ C 172[...], ... of 12.7.2005, p. 25[...].

¹⁵ EESC/2006/230 of 14.2.2006 - OJ C , , p. .

¹⁶ **Opinion COR/2005/147 of 16.2.2006 - OJ C , , p. .**

¹⁷ OJ C , , p. .

¹⁸ **Part of EP am. 3 which COM had rejected initially on grounds of split.**

¹⁹ **EP am. 4.**

of financial and social sustainability and efficiency of the health care systems due, among other things, to the ageing population and to medical advances²⁰ :

- (3) The programme of Community action in the field of public health (2003-2008) was the first integrated European Community programme in this field, and has already delivered a number of important developments and improvements²¹ :
- (4) A number of serious cross-border health threats with a possible world-wide dimension exist and new ones are emerging which require further Community action. The Community should treat serious cross-border health threats as a matter of priority. Monitoring, early warning and action to combat serious threats to health require a capacity of the Community to respond in an effective and coordinated fashion²² :
- (5) According to the WHO European Health report 2005, in terms of Disability Adjusted Life-Years (DALYs) the most important causes of the burden of disease in the WHO European Region are non-communicable diseases (NCDs – 77% of the total), external causes of injury and poisoning (14%) and communicable diseases (9%). Seven leading conditions – ischaemic heart disease, unipolar depressive disorders, cerebrovascular disease, alcohol use disorders, chronic pulmonary disease, lung cancer and road traffic injuries – account for 34% of the DALYs in the Region. Seven leading risk factors – tobacco, alcohol, high blood pressure, high cholesterol, overweight, low fruit and vegetable intake and physical inactivity – account for 60% of DALYs. In addition, communicable diseases, such as HIV/AIDS, influenza, tuberculosis and malaria are also becoming a threat to the health of all people in Europe. An important task of the programme, in cooperation when necessary with the Community Statistical Programme, would be to identify better the main health burdens in the Community²³ :
- (6) Eight leading causes of mortality and morbidity from NCDs in the WHO European Region are cardiovascular disease, neuropsychiatric disorders, cancer, digestive diseases, respiratory diseases, sense organ disorders, musculoskeletal diseases and diabetes mellitus²⁴ :
- (7) Microbial resistance to antibiotics and nosocomial infections are becoming a threat to health in Europe. Lack of new effective antibiotics as well as how to ensure the proper use of existing antibiotics are major concerns. Therefore it is important to collect and analyse relevant data²⁵ :
- (8) Strengthening the role of the European Centre for Disease Prevention and Control is important in the fight against communicable diseases²⁶ :

²⁰ EP am. 6, accepted by COM. Additional editorial change (“Rise in life expectancy” replaced by “ageing population”).

²¹ EP am. 7.

²² EP am. 8.

²³ EP am. 9.

²⁴ From EP am. 10, accepted by COM with modifications. This leaves out detailed wording on diabetes and replaces “deaths” by “mortality and morbidity”. This modified proposal also leaves out ams 11 and 12 on diabetes and cancer, initially accepted by COM. In the light of budgetary constraints the modified proposal abandons the disease strand of the original proposal and these ams are no longer appropriate.

²⁵ EP am. 13.

²⁶ EP am. 14 accepted by COM with modifications (as in GRI fiche).

(9) The Programme builds on the achievements of the previous programme for Community action in the field of public health (2003-2008). It will contribute towards the attainment of a high level of physical and mental health and greater equality in health matters throughout the Community, by directing actions towards improving public health, preventing human diseases and disorders, and obviating sources of danger to health with a view to combating morbidity and premature mortality²⁷.

(10) The programme should place emphasis on improving the health condition and promoting a healthy lifestyle and a culture of prevention among children and young people²⁸.

~~Whilst maintaining the core elements and specificities of actions on health and consumer protection, a single integrated programme should help to maximise synergies in objectives and efficiency in administration of actions in these areas. Combining health and consumer protection activities in a single programme should help to meet joint objectives on protecting citizens from risks and threats, increasing the ability for citizens to have the knowledge and opportunity to make decisions in their interests and supporting mainstreaming of health and consumer objectives in all Community policies and activities. Combining administrative structures and systems should enable more efficient implementation of the programme and help to make best use of available Community resources for health and consumer protection.~~

(11) The Programme should support the mainstreaming of health objectives in all Community policies and activities, without duplicating work carried out under other Community policies²⁹. Coordination with other Community policies and programmes is a key part of the objective of mainstreaming health in other policies. In order to promote synergies and avoid duplication, joint actions may be undertaken with related Community programmes and actions and appropriate use will be made of other Community funds and programmes including the current and future Community framework programmes for research and their outcomes, the Structural Funds, the European Solidarity Fund, the European strategy for health at work and the Community Statistical Programme³⁰.

(12) Special efforts will be undertaken to ensure coherence and synergies between this Community health programme and the Community's external actions, particularly in the areas of avian influenza, HIV/AIDS, tuberculosis and other trans-national health threats. In addition, there should be international cooperation in order to promote general health reform and general health institutional issues in countries outside the European Union.

(13) Increasing Healthy Life Years (HLY), also called disability-free life expectancy indicator, by preventing disease and promoting ageing with good health is important for the well-being of EU citizens and helps to meet the challenges of the Lisbon process

²⁷ From EP am. 16, partially accepted by COM. Leaves out EP wording on ethnic origin (as in GRI fiche).

²⁸ EP am. 17, "will place emphasis" was replaced by "should place emphasis".

²⁹ EP (am. 19, which COM had rejected initially on grounds of split.

³⁰ From EP am. 38 which COM had rejected initially on grounds of split. The modified proposal has some changes: "will be undertaken" was replaced by "may be undertaken" to align this recital with the wording of article 6; some examples of funds and the last sentence of am. 38 were left out.

as regards the knowledge society and the sustainability of public finances which are under pressure from rising health care and social security costs³¹ :

- (14) The enlargement of the European Union has brought additional concerns in terms of health inequalities within the EU and this is likely to be accentuated by further enlargements. This issue should, therefore, be one of the priorities of the Programme³² :
- (15) The Programme should help to identify the causes of health inequalities and encourage, among other things, the exchange of best practice to tackle them³³ :
- (16) It is essential to systematically collect, process and analyse comparable data for an effective monitoring of the state of health in the European Union. This would enable the Commission and the Member States to improve information to the public and formulate appropriate strategies, policies and actions to achieve a high level of human health protection. Compatibility and interoperability of the systems and networks for exchanging information and data for the development of public health should be pursued in the actions and support measures. Gender- and age are important health considerations. Therefore, relevant data should take this into account³⁴. The collection of data must be in compliance with the relevant legal provisions on the protection of personal data³⁵ :
- (17) Best practice is important because health promotion and prevention should be measured on the basis of efficiency and effectiveness and not purely in economic terms³⁶. It is important to promote best practice and latest treatment methods for diseases and injuries in order to prevent further deterioration of health, and to develop centres of reference for specific conditions. It is also important to promote a range of options that can be selected from³⁷ :
- (18) Action should be taken in order to prevent injuries by collecting data, analysing injury determinants and disseminating relevant information³⁸ :
- (19) The Programme should contribute to the collection of data and the promotion of relevant policies on patient mobility as well as on the mobility of health professionals. It should facilitate the further development of the European e-Health Area, through joint European initiatives with other EU policy areas, including regional policy, while contributing towards work on quality criteria for health-related websites and towards a European health insurance card³⁹ :

³¹ EP am. 20.

³² EP am. 21.

³³ EP am. 22.

³⁴ EP am. 23 accepted by COM with modifications (as in GRI fiche). EP wording on ethnic origin left out.

³⁵ EP am. 24.

³⁶ (EP am. 25 accepted by COM with additional editorial changes (shortening).

³⁷ EP am. 26 accepted by COM with modifications (as in GRI fiche).

³⁸ EP am. 27 accepted by COM with modifications (as in GRI fiche).

³⁹ EP am. 28 accepted by COM with modifications (as in GRI fiche) mainly to clarify this programme is not responsible for websites criteria.

- (20) The promotion of telemedicine applications may contribute to patient mobility and to medical care at home, thereby helping to reduce the burden caused by disease and injury⁴⁰.**
- (21) Environmental pollution is a serious risk to health and a major source of concern for European citizens. Special action should focus on children and other groups which are particularly vulnerable to hazardous environmental conditions. The Programme should complement the actions taken within the Environmental and Health Action Plan 2004-2010⁴¹.**
- (22) The Programme should address gender-related and ageing-related health issues⁴².**
- (23) The precautionary principle and risk assessment are key factors for the protection of human health and should therefore be part of further integration into other Community policies and activities⁴³.**
- (24) In order to ensure a high level of coordination between actions and initiatives taken by the Community and Member States in the implementation of the Programme, it is necessary to promote cooperation between Member States and to enhance the effectiveness of existing and future networks in the field of public health⁴⁴.**
- (25) The participation of national, regional and local authorities at the appropriate level in accordance with the national systems should be taken into account in regard to the implementation of the Programme⁴⁵.**

~~Health and consumer protection policies share common objectives relating to protection against risks, improving decision-making of citizens and integrating health and consumer protection interests in all Community policies, as well as common instruments such as communication, capacity building for civil society regarding health and consumer protection issues, and promoting international cooperation on these issues. Issues such as diet and obesity, tobacco and other consumption-related choices related to health are examples of cross-cutting issues affecting both health and consumer protection. Taking a joint approach to these common objectives and instruments will enable activities common to both health and consumer protection to be undertaken more efficiently and effectively. There are also separate objectives relating to each of the two areas of health and consumer protection which should be addressed through actions and instruments specific to each of the two areas.~~

- (26) It is necessary to increase EU investment in health and health-related projects. In this regard, Member States are encouraged to identify health improvements as a priority in their national programmes. Better awareness about the possibilities of EU funding for**

⁴⁰ EP am. 29 accepted by COM with modifications (as in GRI fiche).

⁴¹ EP am. 30.

⁴² This seeks to represent the spirit of EP detailed ams 31 and 32, which COM accepted partially.

⁴³ EP am. 34.

⁴⁴ EP am. 35.

⁴⁵ EP am. 36.

health is needed. Exchange of experience between the Member States on funding health through the Structural Funds should be encouraged⁴⁶ :

- (27) **Non-governmental organisations and specialised networks also play an important role in promoting public health and representing citizens' interests in health policy in the Community. They** ~~It is of general European interest that the health, safety and economic interests of citizens, as well as consumer interests in the development of standards for products and services, be represented at Community level. Key objectives of the programme may also depend on the existence of specialised networks that also require Community contributions to enable them to develop and function.~~ **Eligibility criteria and provisions regarding financial transparency for non-governmental organisations and specialised networks qualifying for Community support should be established under this Decision.** Given the particular nature of the organisations concerned and in cases of exceptional utility, the renewal of Community support to the functioning of such organisations **may be exempted from** ~~should not be subject to the principle of gradual decrease of the extent of Community support~~⁴⁷ .
- (28) ~~Implementation of the Pprogramme should include build upon and extend existing actions and structural arrangements in the fields of public health and consumer protection, including the Executive Agency for the Public Health Programme set up by Commission Decision 2004/858/EC~~ **Implementation of the Programme** should be carried out in close cooperation with relevant organisations and agencies, in particular with the European Centre for Disease Prevention and Control⁴⁸ established by Regulation (EC) No 851/2004 of the European Parliament and of the Council⁴⁹ .
- (29) The measures necessary for the implementation of this Decision should be adopted in accordance with Council Decision 1999/468/EC of 28 June 1999 laying down the procedures for the exercise of implementing powers conferred on the Commission⁵⁰, respecting the need for transparency as well as a reasonable balance between the different objectives of the ~~P~~programme.
- (30) The Agreement on the European Economic Area (hereinafter referred to as the EEA Agreement) provides for cooperation in the fields of health ~~and consumer protection~~ between the European Community and its Member States, on the one hand, and the countries of the European Free Trade Association participating in the European Economic Area (hereinafter referred to as the EFTA/EEA countries), on the other. Provision should also be made to open the ~~P~~programme to participation by other countries, in particular the neighbouring countries of the Community, countries that are applying for, candidates for or

⁴⁶ **EP am. 39, accepted by COM with modifications. Member States “are encouraged to identify” rather than Member States “should identify”.**

⁴⁷ **EP am. 40 initially rejected by COM on grounds of the split (exclusion of consumer NGOs). In addition, COM changed the text in the last sentence from “should not be subject to the principle of gradual decrease” to “may be exempted from the principle of gradual decrease” to align this recital with the wording used in article 4.3.**

⁴⁸ OJ L 142, 30.4.2004, p. 1.

⁴⁹ **Part of EP am. 41 initially rejected by COM on grounds of split. The text of the modified proposal leaves out the last sentence of am. 41.**

⁵⁰ OJ L 184, 17.7.1999, p. 23.

acceding to membership of the Community, taking particular account of the potential for threats to health arising in other countries to have an impact within the Community⁵¹.

- (31) Appropriate relations with third countries not participating in the ~~P~~programme should be facilitated in order to help achieve the objectives of the ~~P~~programme, taking account of any relevant agreements between those countries and the Community. This may involve third countries taking forward complementary activities to those financed through ~~the~~ ~~is~~ ~~P~~programme on areas of mutual interest, but will not involve a financial contribution under ~~the~~ ~~is~~ ~~P~~programme.
- (32) It is appropriate to develop cooperation with relevant international organisations such as the United Nations and its specialised agencies including the World Health Organisation, as well as with the Council of Europe and the Organisation for Economic Cooperation and Development with a view to implementing the ~~p~~Programme through maximising the effectiveness and efficiency of actions relating to health ~~and consumer protection~~ at Community and international level, taking account of the particular capacities and roles of the different organisations.
- (33) **Progress towards meeting the health objectives under this Programme needs to be measured and evaluated** ~~in~~ order to increase the value and impact of the ~~p~~programme **Programme.** ~~There should be regular monitoring and evaluation, including independent external evaluations, of the measures taken~~⁵².
- (34) Since the objectives of the action to be taken on health ~~and consumer protection~~ cannot be sufficiently achieved by the Member States due to the trans-national nature of the issues involved, and can therefore by reason of the potential for Community action to be more efficient and effective than national action alone in protecting the health ~~and~~ safety ~~and~~ economic interests of citizens, be better achieved at Community level, the Community may adopt measures, in accordance with the principle of subsidiarity set out in Article 5 of the Treaty. In accordance with the principle of proportionality, as set out in that Article, this ~~d~~Decision does not go beyond what is necessary in order to achieve those objectives.
- (35) **In accordance with Article 2 of the Treaty, which provides that equality between men and women is a principle of the European Community, and in accordance with Article 3(2) thereof, which provides that the Community shall aim to eliminate inequalities, and to promote equality, between men and women in all Community activities including the attainment of a high level of health protection, all objectives and actions covered by the Programme of Community action in the field of health contribute to promoting a better understanding and recognition of men's and women's respective needs and approaches to health**⁵³.
- (36) ~~The Commission should ensure an~~ **It is appropriate to ensure a transition between the** ~~P~~programme and the ~~previous~~ ~~two~~ programmes it replaces, in particular regarding the continuation of multi-annual ~~arrangements~~ ~~measures~~ **for its management, such as the financing of technical and administrative assistance**⁵⁴. **As of 1 January 2014, the**

⁵¹ EP am. 42 initially rejected by COM on grounds of split.

⁵² EP am. 44.

⁵³ EP am. 46, accepted with modifications by COM (as in GRI fiche).

⁵⁴ Part of EP am. 47 initially rejected by COM on grounds of split.

technical and administrative assistance will ensure, if necessary, the management of actions not yet finalised by the end of 2013 and administrative support structures such as the Executive Agency for the Public Health Programme.

(37) Continued effort is required in order to meet the objectives already established by the Community in the field of public health. It is therefore appropriate to establish a second Programme of Community action on health (2007-2013), hereinafter "the Programme", as set out in this Decision, replacing Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)⁵⁵. This Decision should therefore be repealed⁵⁶.

HAVE **DECIDED AS FOLLOWS** ~~ADOPTED THIS DECISION:~~

Article 1

Establishment of the Programme

The second A programme of "Community action in the field of health (2007-2013)" and consumer protection covering the period from **the day of entry into force of this Decision** 1 January 2007 to 31 December 2013, hereinafter referred to as 'the **P**rogramme' is hereby established⁵⁷.

Article 2

Aim and objectives

1. The programme shall complement, ~~and~~ support **and add value to** the policies of the Member States and shall contribute to **protecting and promoting human** ~~feeding~~ the health **and** safety **and improving public health** and economic interests of citizens⁵⁸.
2. **The objectives to be pursued through the actions set out in the Annex to this Decision shall be⁵⁹:**
 - ~~— The aim referred to in paragraph 1 shall be pursued through common objectives together with specific objectives in the fields of health and consumer protection.~~
 - **Improve citizens' health security**
 - **Promote health to improve prosperity and solidarity**
 - **Generate and disseminate health knowledge⁶⁰**

⁵⁵ OJ L 271, 9.10.2002, p. 1. Decision as amended by Decision No 786/2004/EC (OJ L 138, 30.4.2004, p. 7).

⁵⁶ **From EP am. 15, which COM had rejected initially on grounds of split.**

⁵⁷ **EP (From am. 48 initially rejected by COM initially on grounds of split).**

⁵⁸ **Part of am. 49 initially rejected by COM on grounds of split (From am. 49).**

⁵⁹ **Part of EP am. 49.**

⁶⁰ **These objectives respond to the need to streamline the programme in the light of the reduced budget. COM has also incorporated the spirit of EP am. 50 in the sub-objectives detailed in the explanatory**

- ~~(a) The common objectives for health and consumer protection to be pursued through the actions and instruments set out in Annex 1 to this Decision shall be:~~
- ~~— to protect citizens from risks and threats that are beyond the control of individuals;~~
 - ~~— to increase the ability of citizens to take better decisions about their health and consumer interests;~~
 - ~~— and to mainstream health and consumer policy objectives.~~
- ~~(b) The specific health objectives to be pursued through the actions and instruments set out in Annex 2 to this Decision shall be:~~
- ~~— to protect citizens against health threats;~~
 - ~~— to promote policies that lead to a healthier way of life;~~
 - ~~— to contribute to reducing the incidence of major diseases;~~
 - ~~— and to improve efficiency and effectiveness in health systems.~~
- ~~(c) The specific consumer protection objectives to be pursued through the actions and instruments set out in Annex 3 to this Decision shall be:~~
- ~~— a better understanding of consumers and markets;~~
 - ~~— better consumer protection regulation;~~
 - ~~— better enforcement, monitoring and redress;~~
 - ~~— and better informed and educated and responsible consumers.~~

Article 3

Methods of implementation

Actions in pursuit of the aims and objectives set out in Article 2 shall make full use of appropriate available methods of implementation, including in particular:

- (a) direct or indirect implementation by the Commission on a centralised basis;
- (b) and joint management with international organisations, **where appropriate**.

memorandum and in the annex (accepted by COM with modifications) which creates additional objectives on health protection, health inequalities and co-operation between Member States.

Article 4

Financial contributions

1. ~~For the purpose of paragraph 1(a) above, f~~Financial contributions by the Community shall not exceed the following levels:
 - (a) ~~60% of costs~~ for an action intended to help achieve an objective forming part of a Community policy within the field of health and consumer protection ~~this Programme~~, except in cases of exceptional utility where the Community contribution shall not exceed 80%; and⁶¹,
 - (b) ~~60% of costs of expenditure~~ for the functioning of a body or a specialised network, which is non-governmental, non-profit-making and independent of industry, commercial and business or other conflicting interests, has members in at least half of the Member States and has as its primary objective the promotion of health or the prevention or treatment of diseases in the European Community, ~~pursuing an aim of general European interest where such support is necessary to ensure representation of health or consumer interests at Community level or to implement key objectives of the Programme. except I~~in cases of exceptional utility, ~~where the Community contribution shall not exceed 80%. 95%.~~
2. For the purpose of paragraph 1 above, criteria for assessing whether or not exceptional utility applies shall be established in advance in the annual work plan referred to in Article 10(1)(a) and shall be published.
3. The renewal of such financial contributions set out in paragraph 1(b) to non-governmental organisations and specialised networks may be exempted from the principle of gradual decrease⁶².
4. ~~For the purpose of paragraph 1(a) above, f~~Financial contributions by the Community may, where appropriate given the nature of the objective to be achieved, include joint financing by the Community and one or more Member States or by the Community and the competent authorities of other participating countries. In this case, the Community contribution shall not exceed 50%, except in cases of exceptional utility, where the Community contribution shall not exceed 70%. These Community contributions may be awarded to a public body or a non-profit-making body designated through a transparent procedure by the Member State or the competent authority concerned and agreed by the Commission.
5. ~~For the purpose of paragraph 1(a) above, f~~Financial contributions by the Community may also be given in the form of flat-rate or lump sum financing where this is suited to the nature of the actions concerned. For such financial contributions the percentage limits

⁶¹ EP (am. 52 initially rejected by COM on the grounds of the split).

⁶² Part of EP (From am. 53 initially rejected by COM in GRI on grounds of split. This modified proposal incorporates most of the wording of am. 53. It does not incorporate, however, the 75% ceiling requested by the EP in am. 53 nor the wording on obligation of two-year framework partnership conventions. In addition, it changes the exceptional utility contribution from 95 to 80%).

stipulated in paragraphs 1, 2, ~~and 3~~ and 4 above shall not apply, **although a co-financing is still required**. The criteria for selecting, monitoring and evaluating such actions shall be adapted as necessary.

Article 54

Implementation of the Programme

1. The Commission shall ensure the implementation, **in close cooperation with the Member States**, of the **actions and measures set out in the Programme** in accordance with the provisions of Articles 76 and 10⁶³~~87~~ and ensuring its harmonious and balanced development.
- 2.1a **As part of the implementation of the Programme, the Commission shall ensure the coordination of networks for health monitoring and rapid reaction to health threats**⁶⁴.
- 3.1b. **The Commission and the Member States shall take appropriate action, within their respective areas of competence, to ensure the efficient running of the Programme and to develop mechanisms at Community and Member State level to achieve the objectives of the Programme. They shall ensure that appropriate information is provided about actions supported by the Programme and that the widest possible participation is obtained**⁶⁵.
- 4.1d. **For the attainment of the objectives of the Programme, the Commission shall, in close cooperation with the Member States:**
 - (a) **pursue the comparability of data and information, and the compatibility and interoperability of the systems and networks for exchange of data and information on health**⁶⁶ and
 - (b) **ensure the necessary cooperation and communication with the European Centre for Disease Prevention and Control**⁶⁷.
- 5.1f. **In implementing the Programme, the Commission, together with the Member States, shall ensure compliance with all relevant legal provisions regarding personal data protection and, where appropriate, the introduction of mechanisms to ensure the confidentiality and safety of such data**⁶⁸.

⁶³ EP am. 55, leaving out the sentence on ensuring harmonious and balanced development.

⁶⁴ EP am. 56, which COM accepted partially, leaving out the EP text “and if necessary the integration of”.

⁶⁵ EP am. 57, which COM accepted partially, leaving out “in actions requiring implementation through local and regional authorities and NGOs”.

⁶⁶ EP am. 59.

⁶⁷ EP am. 60, in its final consolidated version.

⁶⁸ EP am. 61.

Article 64a

Joint strategies and actions

1. To ensure a high level of human health protection in the definition and implementation of all Community policies and activities and to promote the mainstreaming of health, the objectives of the Programme may be implemented as joint strategies and joint actions by creating links with relevant Community programmes, actions and funds.
2. The Commission shall ensure that the Programme ties in optimally with other Community programmes, actions and funds, such as with the ~~7th~~⁶⁹ Framework Programme of Research and the Community Statistical Programme⁶⁹.

Article 75

Funding

1. The financial framework for the implementation of the ~~p~~**P**rogramme for the period specified in Article 1 is EUR ~~1 203 million~~ 365,6 million⁷⁰.
2. Annual appropriations shall be authorised by the budgetary authority within the limits of the financial framework~~perspective~~.

Article 8

Administrative and technical assistance

1. The financial allocation of this Programme may also cover expenses pertaining to preparatory, monitoring, control, audit and evaluation activities, required directly for the management of the Programme and the realisation of its objectives, in particular studies, meetings, information and publication actions, expenses linked to informatic networks focusing on information exchange, together with all other technical and administrative assistance expense that the Commission may have recourse to for the management of the Programme.
2. It may also cover technical and administrative assistance expenses necessary to ensure the transition between this Programme and the measures adopted under Decision n° 1876/2002/EC. If necessary, appropriations could be entered in the budget beyond 2013 to cover these expenses, to enable the management of actions not yet completed by 31 December 2013.

⁶⁹ EP am. 63, which COM accepted with modifications.

⁷⁰ EUR 324,15 million in 2004 prices.

Article 26

Committee

1. The Commission shall be assisted by a Committee (hereinafter ‘the Committee’).
2. Where reference is made to this paragraph, Articles 4 and 7 of Decision 1999/468/EC shall apply, having regard to the provisions of Article 8 thereof. The period laid down in Article 4(3) of Decision 1999/468/EC shall be set at two months.
3. Where reference is made to this paragraph, Articles 3 and 7 of Decision 1999/468/EC shall apply, having regard to the provisions of Article 8 thereof.
4. The Committee shall adopt its rules of procedure.

Article 107

Implementation measures

1. The measures necessary for the implementation of this Decision relating to the following shall be adopted in accordance with the ~~management~~ procedure referred to in Article ~~26~~(2):
 - (a) the annual plan of work for the implementation of the ~~p~~**P**rogramme, setting out:
 - priorities and actions to be undertaken, including the allocation of **financial** resources⁷¹ ~~and relevant criteria;~~
 - **criteria for the percentage of Community financial contribution;**
 - **the arrangements for implementing the joint strategies and actions referred to in Article 6**⁷²~~4a;~~
 - (b) **selection and award criteria for financial contributions, including those referred to under Article 4.4.**
2. ~~The Commission shall adopt. Any other measures necessary for the implementation of this Decision~~ **shall be adopted in accordance with the procedure referred to in Article 26(3)**⁷³. ~~The Committee shall be informed of them.~~

⁷¹ EP am. 66.

⁷² EP am. 146 (with change in numbering).

⁷³ EP am. 69 with small editorial change by COM.

Article 118

Participation of third countries

The ~~P~~programme shall be open to the participation of:

- (a) the EFTA/EEA countries in accordance with the conditions established in the EEA Agreement;
- (b) and third countries, in particular countries in the European neighbourhood, countries that are applying for, candidates for or acceding to membership of the Union, and the western Balkan countries included in the stabilisation and association process, in accordance with the conditions laid down in the respective bilateral or multilateral agreements establishing the general principles for their participation in Community programmes.

Article 129

International cooperation

In the course of implementing the ~~programme~~**Programme**, relations with third countries that are not participating in the ~~programme~~**Programme** and relevant international organisations, **in particular the WHO**, shall be encouraged⁷⁴.

Article 130

Monitoring, evaluation and dissemination of results

1. The Commission, in close cooperation with the Member States, shall monitor the implementation of the actions of the ~~p~~Programme in the light of its objectives. It shall report to the Committee, and shall keep the Council and Parliament informed.
2. **At the request of the Commission, Member States shall submit information on the implementation and impact of this Programme**⁷⁵.
3. ~~At the request of the Commission, Member States shall submit information on the implementation and impact of this programme.~~ **The Commission shall submit to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions:**
 - (a) **an external and independent interim evaluation report on the results obtained and the qualitative and quantitative aspects of the implementation of the Programme three years after its adoption; the report shall in particular make it possible to assess the impact of measures on all countries; the report shall contain a summary of the main conclusions and remarks by the Commission;**

⁷⁴ EP am. 70.

⁷⁵ **This corresponds to wording in the original COM proposal in this Article (initially under 10.2).**

(b) a Communication on the continuation of the Programme no later than four years after its adoption;

(c) no later than 31 December 2015, an external and independent ex-post evaluation report covering the implementation and results of the Programme⁷⁶;

~~(d) at the request of the Commission, Member States shall submit information on the implementation and impact of this Programme.~~

~~3. The Commission shall ensure that the programme is evaluated three years after its start and following the end of the programme. The Commission shall communicate the conclusions thereof, accompanied by its comments, to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions.~~

4. The Commission shall make the results of actions undertaken in accordance with this Decision publicly available and shall ensure their dissemination.

Article 14

Repeal

Decisions No 1786/2002/EC and No 20/2004/EC ~~is~~ are repealed **with effect from the entry into force of this Decision⁷⁷**.

Article 15

~~Transitional administrative arrangements measures~~

~~The Commission shall adopt any administrative arrangements measures necessary to ensure the transition between the measures adopted under Decisions No 1786/2002/EC and No 20/2004/EC and those to be implemented under this Programme.⁷⁸~~

Article 15

Final provision

This Decision shall enter into force on the day following that of its publication in the *Official Journal of the European Union*.

⁷⁶ EP am. 71, shortened.

⁷⁷ EP (From am. 74 initially rejected by COM in GRI on grounds of split (this would leave out consumer legal base).

⁷⁸ EP (From am. 75 initially rejected by COM in GRI on grounds of split)

Done at Brussels,

For the European Parliament
The President

For the Council
The President

Annex

1. Improve citizens' health security

1.1. Protect citizens against health threats

1.1.1. Develop strategies and mechanisms for preventing, exchanging information on and responding to communicable and non-communicable threats, and threats from physical, chemical or biological sources, including deliberate release acts; action to assure high quality diagnostic co-operation between laboratories, including a Community reference laboratory structure.

1.1.2. Support the development of prevention, vaccination and immunisation policies; improve partnerships, networks, tools and reporting systems for immunisation status and adverse events monitoring.

1.1.3. Develop risk management capacity and procedures; improve preparedness and planning for health emergencies, including preparing for coordinated EU and international responses to health emergencies; develop risk-communication and consultation procedures on counter-measures.

1.1.4. Promote the co-operation and improvement of response capacity and assets, including protective equipment, isolation facilities and mobile laboratories to deploy rapidly in emergencies.

1.1.5. Developing strategies and procedures for drawing up, improving surge capacity, conducting exercises and tests, evaluating and revising general contingency and specific health emergency plans and their inter-operability between Member States.

1.2. Improve citizens' safety

1.2.1. Support and enhance scientific advice and risk assessment by promoting the early identification of risks; analysing their potential impact; exchanging information on hazards and exposure; and fostering integrated and harmonised approaches.

1.2.2. Help to enhance the safety and quality of organs and substances of human origin, blood, and blood derivatives; promote their availability, traceability and accessibility for medical use.

1.2.3. Promote measures to improve patient safety through high quality and safe healthcare, including in relation to nosocomial infections.

1.2.4. Promote actions to help reduce accidents and injuries, notably household accidents.

2. Promote health to improve prosperity and solidarity

2.1. Foster healthy, active ageing and help bridge health inequalities

2.1.1. Promote initiatives to increase healthy life years and promote healthy ageing; support measures to promote and explore health's impact on productivity and labour participation as a contribution to meeting the Lisbon goals.

2.1.2. Support initiatives to address and reduce health inequalities within and between Member States to contribute to prosperity and cohesion; promote investment in health in co-operation with other Community policies and Funds; improve solidarity between national health systems by supporting co-operation on issues such as mobility and cross-border care.

2.2. Promote healthier ways of life by tackling health determinants

2.2.1. Address health determinants to promote and improve health, creating supportive environments for healthy lifestyles and preventing disease; taking action on key factors such as nutrition and physical activity and sexual health, and on addiction-related determinants such as tobacco, alcohol and drugs, focussing on key settings such as education and the workplace and across the life cycle.

2.2.2. Support action on the health effects of wider environmental and socio-economic determinants.

3. Generate and disseminate health knowledge

3.1. Exchange knowledge and best practice

3.1.2. Collection of information and exchange of knowledge and best practice on key health issues within the scope of the Programme, including co-operation between health systems, gender-related aspects of health, children's health, mental health and rare diseases.

3.2. Collect, analyse and disseminate health information

3.2.1. (Collection) Develop further a sustainable health monitoring system with mechanisms for collection of data and information, with appropriate indicators; Collection of data on health status and policies; the statistical element of this system will be developed with the Community Statistical Programme.

3.2.2. (Analysis and dissemination) Develop mechanisms for analysis and dissemination, including Community health reports, the Health portal and conferences; provide information to citizens, stakeholders and policy makers, develop consultation mechanisms and participatory processes; regular report on Health Status in the European Union based on all data and indicators and including a qualitative and quantitative analysis⁷⁹.

3.2.3. Analysis and technical assistance in support of the development or implementation of policies or legislation related to the scope of this Programme.

⁷⁹ **Wording on the report stems from** EP am. 73 accepted by COM with modifications (“regularly” instead of “every two years”).

~~ANNEX 1—Strengthening synergies through common actions and instruments~~

~~Objectives~~

- ~~1. To protect citizens from risks and threats that are beyond the control of individuals (e.g. health threats which affect the society as a whole, unsafe products, unfair commercial practices).~~
- ~~2. To increase the ability of citizens to take better decisions about their health and consumer interests.~~
- ~~3. To mainstream health and consumer policy objectives.~~

~~Actions and instruments~~

- ~~1. Improve communication with EU citizens on health and consumer issues~~
 - ~~1.1. Awareness-raising campaigns.~~
 - ~~1.2. Surveys.~~
 - ~~1.3. Conferences, seminars, experts and stakeholders meetings.~~
 - ~~1.4. Publications on issues of interest for health and for consumer policy.~~
 - ~~1.5. Provision of online information.~~
 - ~~1.6. Developing and use of information points.~~
- ~~2. Increase civil society and stakeholders' participation in policy-making related to health and consumer protection~~
 - ~~2.1. Promote and strengthen Community level consumer and health organisations.~~
 - ~~2.2. Training and capacity building for consumer and health organisations.~~
 - ~~2.3. Networking of non-governmental consumer and health organisations and other stakeholders.~~
 - ~~2.4. Strengthening of Community-level consultative bodies and mechanisms.~~
- ~~3. Develop a common approach for integrating health and consumer concerns into other Community policies~~
 - ~~3.1. Development and application of methods to assess the impact of Community policies and activities on health and consumer interests.~~
 - ~~3.2. Exchange best practice with Member States on national policies.~~
 - ~~3.3. Studies on impact of other policies on health and consumer protection.~~
- ~~4. Promote international co-operation related to health and consumer protection~~
 - ~~4.1. Co-operation measures with international organisations.~~

- ~~4.2. — Co-operation measures with third countries who are not participating in the programme.~~
- ~~4.3. — Encourage health and consumer organisations' dialogue.~~
- ~~5. — Improve the early detection, evaluation and communication of risks by:~~
- ~~5.1. — Supporting scientific advice and risk evaluation, including the tasks of the independent scientific committees established by Commission Decision 2004/210/EC⁸⁰.~~
- ~~5.2. — The collection and collation of information and establishment of networks of specialists and institutes.~~
- ~~5.3. — Promoting the development and harmonisation of risk assessment methodologies.~~
- ~~5.4. — Actions for collecting and assessing information on the exposure of populations and sub-groups to chemical, biological and physical hazards to health.~~
- ~~5.5. — Establishing mechanisms concerning early detection of emerging risks and action on newly identified risks.~~
- ~~5.6. — Strategies to improve risk communication.~~
- ~~5.7. — Training in risk assessment.~~
- ~~6. — Promote the safety of goods and of substances of human origin~~
- ~~6.1. — Analysis of injury data and development of best practice guidelines in relation to the safety of consumer products and services.~~
- ~~6.2. — Development of methodologies and database maintenance for the purpose of data collection on injuries in relation to the safety of consumer products.~~
- ~~6.3. — Activities to help enhance the safety and quality of organs and substances of human origin, including blood, blood components and blood precursors.~~
- ~~6.4. — Promoting the availability and accessibility across the Community of organs and substances of human origin of high quality and safety for medical treatments.~~
- ~~6.5. — Technical assistance for the analysis of issues related to the development and implementation of policies and legislation.~~

⁸⁰ OJ L 66, 4.3.2004, p. 45.

ANNEX 2 – HEALTH

ACTIONS AND SUPPORT MEASURES

Objective one: protect citizens against health threats

1. — Enhance surveillance and control of health threats by

1.1.1. ~~Enhancing the capacity to tackle communicable diseases by supporting the further implementation of Decision No 2119/98/EC on the Community network on the epidemiological surveillance and control of communicable diseases, and by ensuring coherence with the action of the ECDC taking into account the activities of the European Centre for Disease Prevention and Control;~~

1.1.2. ~~Developing strategies and mechanisms for preventing, exchanging information on and responding to non-communicable disease threats;~~

1.1.3. ~~Exchanging information on strategies and developing joint strategies to detect and obtain reliable information on health threats from physical, chemical or biological sources, including those relating to deliberate release acts, and developing and using, when appropriate, Community approaches and mechanisms in coordination with the European Centre for Disease Prevention and Control;~~

1.1.4. ~~Improving laboratory co-operation to assure high quality diagnostic capabilities for pathogens across the Community, including a Community reference laboratory structure for pathogens requiring enhanced Community collaboration;~~

1.1.5. ~~Developing new and improved prevention, vaccination and immunisation policies, partnerships and tools and monitoring immunisation status;~~

1.1.5a ~~Monitoring the resistance of bacteria to antibiotics and of nosocomial infections, and developing strategies to prevent and treat them and developing strategies to address them;~~

1.1.6. ~~Developing and implementing vigilance networks and reporting systems for adverse events when using preventive health measures and substances of human origin;~~

1.1.7. ~~Technical assistance for the analysis of issues related to the development and implementation of policies and legislation.~~

1.2. — Deliver response to health threats by

1.2.1. ~~Elaborating risk management procedures for health emergencies, including procedures for mutual assistance in the event of pandemics, and enhancing capability for coordinated responses to health emergencies;~~

1.2.2. ~~Developing and maintaining capacity for appraising and addressing the needs and gaps in preparedness and response and for rapid and reliable communications and consultation on counter-measures;~~

1.2.3. ~~Developing risk communication strategies and tools for information and guidance to the public, and health professionals, and improving awareness and interaction among actors;~~

~~1.2.4. Developing strategies and procedures for drawing up, testing, evaluating and revising general contingency and specific health emergency plans and their inter operability between Member States and conducting exercises and tests;~~

~~1.2.5. Developing strategies and mechanisms for reviewing and improving the availability and adequacy of, and access to facilities (e.g. laboratories) and equipment (detectors etc), as well as readiness, surge capacity and infrastructure of the health sector to react rapidly;~~

~~1.2.6. Developing strategies and mechanisms for assessing the need for and promoting the establishment of public health assets that can be deployed rapidly in emergencies and setting up mechanisms and procedures for health assets transfer to requesting states and international organisations;~~

~~1.2.7. Establishment and maintenance of a trained and permanently available core group of public health experts for global rapid deployment to places of major health crises together with mobile laboratories, protective equipment and isolation facilities.~~

Objective 2: promote policies that lead to a healthier way of life

~~3. Promote health by tackling determinants~~

~~Actions will support the preparation, development and implementation of activities, strategies and measures on health determinants by addressing:~~

~~3.1. Health determinants linked to addictions, notably tobacco, alcohol and drugs and other addictive substances;~~
~~3.2.1a Practices which lead to a healthier life, in order to improve children's health;~~

~~3.2.2. Lifestyle related health determinants, notably nutrition and physical activity, sexual health and reproductive health;~~

~~3.2.2a Injury related health determinants;~~

~~3.2.3. Social and economic determinants of health, with a particular focus on inequalities in health, and on the impact of social and economic factors on health, and on discrimination against with a particular focus on vulnerable groups;~~

~~3.2.4. Environmental determinants of health, with a particular emphasis on the health impact of environmental factors;~~

~~3.2.5. The quality, efficiency and cost effectiveness of public health interventions;~~

~~3.2.5e Gender and age aspects of health;~~

~~3.2.6. Support for public awareness activities, training and capacity building actions related to the priorities set out in the previous paragraphs;~~

~~3.2.7. Technical assistance for the analysis of issues related to the development and implementation of policies and legislation.~~

~~Objective 3: contribute to reducing the incidence, morbidity and mortality of major diseases and injuries~~

~~43. — Prevent diseases and injuries~~

~~In coordination with work on health determinants, the programme Programme shall support:~~

~~43.1. — Development and implementation of actions on major diseases of particular significance in view of the overall burden of disease and of the main causes of potential life years lost and incapacities in the Community where Community action can provide significant added value to national efforts;~~

~~43.2. — Preparation and implementation of strategies and measures on disease prevention, in particular by identifying best practice and developing guidelines and recommendations, including on secondary prevention, screening and early detection;~~

~~43.2a — Preparation of strategies and measures on immunisation and vaccination and recommendations for their implementation;~~

~~43.3. — Exchange of best practice and knowledge as well as the coordination of strategies to promote mental health and to prevent mental illness;~~

~~43.3b — Promotion of best practise for diseases and injuries in order to prevent further deterioration of health;~~

~~43.4. — Preparation and implementation of strategies and measures on prevention of injuries, based on the analysis of injury determinants;~~

~~43.4a — Development of best practise and guidelines on injuries based on the analysis of collected data;~~

~~4.5. — Support for knowledge exchange, training and capacity building actions related to the diseases addressed and injury prevention.~~

~~Objective 4: improving effectiveness and efficiency in health systems~~

~~54. — Achieve synergies between national health systems by~~

~~54.1. — Facilitating cross-border healthcare purchasing and provision, including information gathering and exchange to enable sharing of capacity and use of cross-border care;~~

~~54.2. — Collecting data and Ssharing information on and managing the consequences of the mobility of health professionals and promoting policies on patient mobility;~~

~~54.3. — Establishing a Community system for cooperation on centres of reference and other collaborative structures between health systems of more than one Member State which would promote enable doctors and other healthcare practitioners to apply best practices and best knowledge on prevention and treatment available within the EU;~~

~~54.4. — Developing a network for strengthening the capacity to develop and share information and assessments regarding health technologies and techniques (health technology assessment);~~

~~54.5. — Providing information for patients, professionals and policy makers, on health systems and medical care in liaison with overall health information actions, and including mechanisms for~~

~~sharing and disseminating information with the action plan for a European e health area, while establishing strict helping to promote quality criteria for health related websites;~~

~~54.6. Developing instruments for assessing the impact of Community policies on health systems, including the consequences of enlargement and the Lisbon strategy;~~

~~54.7. Developing and implementing actions to promote patient safety and high quality care;~~

~~54.7a Promoting the availability, traceability and accessibility across the Community of organs and substances of human origin of high quality and safety for medical use;~~

~~54.8. Supporting health systems policy development, in particular linked to the open method of coordination on healthcare and long term care.~~

~~Actions and instruments contributing to all the above objectives:~~

~~5. Data Collection, Health Monitoring And Information~~

~~65.1. To improve health information and knowledge for the development of public health by Data collection, health monitoring and dissemination of information:~~

~~65.1.1. Continue further developing a sustainable health monitoring system, paying special attention to health inequalities and covering data on health status, health determinants, health systems and injuries; the statistical element of this system will be further developed, using as necessary the Community Statistical Programme.~~

~~65.1.1b Collecting and analysing data on lifestyle related factors (e.g. nutrition and tobacco and alcohol consumption) and injuries, establishing Europe wide registries for major diseases (e.g. cancer), and developing methodologies and database maintenance;~~

~~65.1.2. Providing other relevant health related knowledge;~~

~~65.1.3. Defining relevant additional indicators;~~

~~65.1.4. Developing appropriate mechanisms of reporting;~~

~~65.1.5. Arranging for regular collection of such information, together with the Statistical Programme, international organisations, agencies and through projects;~~

~~65.1.6. Supporting analysis of Community health issues through regular Community health reports, the maintenance of diffusion mechanisms such as the Health Portal, support for consensus conferences and targeted information campaigns coordinated between concerned parties;~~

~~65.1.7. Focusing on providing a regular and reliable source of information to citizens, to decision makers, to patients, carers, health professionals and to other interested parties;~~

~~65.1.8. Developing strategies and mechanisms for preventing, exchanging information on and responding to rare diseases.~~

~~5.2. Cooperation and integration~~

~~5.4. Risks, safety and horizontal issues~~

~~5.6. — Improve the early detection, evaluation and communication of risks by:~~

~~5.6.1. Supporting scientific advice and risk evaluation, including the tasks of the independent scientific committees established by Commission Decision 2004/210/EC1.~~

~~5.6.2. Collection and collation of information and establishment of networks of specialists and institutes.~~

~~5.6.3. Promoting the development and harmonisation of risk assessment methodologies.~~

~~5.6.4. Actions for collecting and assessing information on the exposure of populations and sub-groups to chemical, biological and physical hazards to health, including the effects of such hazards.~~

~~5.6.5. Establishing mechanisms concerning early detection of emerging risks and action on newly identified risks.~~

~~5.6.6. Strategies to improve risk communication.~~

~~5.8. — Horizontal issues~~

~~Technical assistance for the analysis of issues related to the development and implementation of policies and legislation~~

~~ANNEX 3: Consumer Policy—Actions and Support Measures~~

~~Objective I—A better understanding of consumers and markets~~

~~Action 1:—Monitoring and assessment of market developments with an impact on the economic and other interests of consumers, including price surveys, inventory and analysis of consumer complaints, analysis of cross-border marketing and business-to-consumer purchases, and surveys of changes in the structure of markets.~~

~~Action 2:—The collection and exchange of data and information that provide an evidence base for the development of consumer policy and for the integration of consumer interests in other Community policies, including, surveys of consumer and business attitudes, consumer-related and other market research in the financial services area, collection and analysis of statistical and other relevant data, the statistical element of which will be developed using as necessary the Community Statistical Programme.~~

~~Action 3:—The collection, exchange, analysis of data and development of assessment tools that provide a scientific evidence base on consumer exposure to chemicals released from products.~~

~~Objective II—Better consumer protection regulation~~

~~Action 4:—Preparation of legislative and other regulatory initiatives and promotion of self-regulatory initiatives, including:~~

~~4.1.—Comparative analysis of markets and regulatory systems~~

~~4.2.—Legal and technical expertise for policy making on the safety of services~~

~~4.3.—Technical expertise in relation to assessment of the need for product safety standards and the drafting of CEN standardisation mandates for products and services~~

~~4.4.—Legal and technical expertise for policy development on the economic interests of consumers~~

~~4.5.—Workshops with stakeholders and experts.~~

~~Objective III—Better enforcement, monitoring and redress~~

~~Action 5:—Coordination of surveillance and enforcement actions linked to the application of consumer protection legislation, including:~~

~~5.1.—Development and maintenance of IT tools (e.g. databases, information and communication systems)~~

~~5.2.—Training, seminars, conferences on enforcement~~

~~5.3.—Planning and development of joint enforcement actions~~

~~5.4.—Pilot joint enforcement actions~~

~~5.5.—Analysis of enforcement problems and solutions~~

~~Action 6: — Financial contributions for specific joint surveillance and enforcement actions to improve administrative and enforcement cooperation on Community consumer protection legislation, including the General Product Safety Directive, and other actions in the context of administrative cooperation.~~

~~Action 7: — Monitoring and assessment of the safety of non-food products and services, including:~~

~~7.1. — Reinforcement and extension of the scope and operation of the RAPEX alert system, taking developments in market surveillance information exchange into account~~

~~7.2. — Technical analysis of alert notifications~~

~~7.3. — Collection and assessment of data on the risks posed by specific consumer products and services~~

~~7.4. — Further development of the consumer product safety network as provided for in Directive 2001/95/EC of the European Parliament and of the Council⁸¹.~~

~~Action 8: — Monitoring of the functioning and assessment of the impact of alternative dispute resolution schemes on consumers.~~

~~Action 9: — Monitoring of the transposition and implementation of consumer protection legislation by Member States, notably the Unfair Commercial Practices Directive, and of national consumer policies.~~

~~Action 10: — Provision of specific technical and legal expertise to consumer organisations to support their contribution to enforcement and surveillance actions.~~

~~Objective IV. Better informed and educated and responsible consumers~~

~~Action 11: — Development and maintenance of easily and publicly accessible databases covering the application of and case law on Community consumer protection legislation.~~

~~Action 12: — Information actions about consumer protection measures, particularly in the new Member States, in cooperation with their consumer organisations.~~

~~Action 13: — Consumer education, including the actions targeted at young consumers, and the development of interactive consumer education tools.~~

~~Action 14: — Representation of the interests of Community consumers in international forums, including international standardisation bodies and international trade organisations.~~

~~Action 15: — Training for staff members of regional, national and Community consumer organisations and other capacity building actions.~~

~~Action 16: — Financial contributions for joint actions with public or non-profit bodies constituting Community networks that provide information and assistance to consumers to help them exercise~~

⁸¹ OJ L 11, 15.1.2002, p. 4.

~~their rights and obtain access to appropriate dispute resolution (the European Consumer Centres Network).~~

~~Action 17: Financial contributions to the functioning of Community consumer organisations representing consumer interests in the development of standards for products and services at Community level.~~

~~Action 18: Financial contributions to the functioning of Community consumer organisations.~~

~~Action 19: Provision of specific technical and legal expertise to consumer organisations to support their participation in, and input into, consultation processes on Community legislative and non-legislative policy initiatives, in relevant policy areas, such as internal market policies, services of general interest and the 10-year framework programme on sustainable production and consumption.~~

~~Common to all objectives~~

~~Action 20: Financial contributions for specific projects at Community or national level in support of other consumer policy objectives.~~

LEGISLATIVE FINANCIAL STATEMENT

1. NAME OF THE PROPOSAL :

Health programme (2007-2013)

2. ABM / ABB FRAMEWORK

Policy area: Health and Consumer Protection (SANCO, Title 17)

Activities: Public health:

3. BUDGET LINES

3.1. Budget lines (operational lines and related technical and administrative assistance lines (ex- B..A lines)) including headings :

Current budget lines:

ABB 17 03 06 Community action in the field of Health and Consumer protection —
Public health

ABB 17 01 04 06 : Public Health – Expenditure for Administrative management

ABB 17 01 04 30 : Public health –Operating subsidy to the Executive Agency for the
Public Health Programme.

A new budget structure will be defined after approval of the Interinstitutional
Agreement on Financial Framework 2007-2013.

3.2. Duration of the action and of the financial impact:

Total allocation for action : 365,6 € million for commitment

Period of application: day of entry into force of the decision in 2007 – 31 December
2013

3.3. Budgetary characteristics:

| Budget lines | Type of expenditure | | New | EFTA contribution | Contributions from associated countries | Heading in financial framework |
|--------------|---------------------|------------------------|-----|-------------------|---|--------------------------------|
| 17 03 06 | Non-comp | diff | NO | YES | YES | No 3b |
| 17 01 04 06 | Non-comp | Non-diff | NO | YES | YES | No 3b |
| 17 01 04 30 | Non-comp | Non-diff ⁸² | NO | YES | YES | No 3b |

4. SUMMARY OF RESOURCES

4.1. Financial Resources

4.1.1. Summary of commitment appropriations (CA) and payment appropriations (PA)

EUR million (to 3 decimal places)

| Expenditure type | Section no. | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 and later | Total |
|------------------|-------------|--|------|------|------|------|------|------|----------------|-------|
|------------------|-------------|--|------|------|------|------|------|------|----------------|-------|

Operational expenditure[1]

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Commitment Appropriations (CA) | 8.1 | a | 38,80 | 45,20 | 47,00 | 45,70 | 47,30 | 49,70 | 51,50 | 325,20 |
| Payment Appropriations (PA) | | b | 11,64 | 25,20 | 39,30 | 45,25 | 46,52 | 47,51 | 109,78 | 325,20 |

Administrative expenditure within reference amount[2]

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Technical & administrative assistance (NDA) | 8.2.4 | c | 5,30 | 5,50 | 5,80 | 5,70 | 5,90 | 6,00 | 6,20 | 40,40 |
|---|-------|---|------|------|------|------|------|------|------|-------|

TOTAL REFERENCE AMOUNT

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Commitment Appropriations | | a+c | 44,10 | 50,70 | 52,80 | 51,40 | 53,20 | 55,70 | 57,70 | 365,60 |
| Payment Appropriations | | b+c | 16,94 | 30,70 | 45,10 | 50,95 | 52,42 | 53,51 | 115,98 | 365,60 |

Administrative expenditure not included in reference amount[3]

⁸² Non-differentiated appropriations hereafter referred to as NDA.

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Human resources and associated expenditure (NDA) | 8.2.5 | d | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 5,18 | 36,29 |
| Administrative costs, other than human resources and associated costs, not included in reference amount (NDA) | 8.2.6 | e | 3,10 | 3,11 | 3,13 | 3,14 | 3,16 | 3,17 | 3,19 | 15,66 |

[1] Expenditure that does not fall under Chapter xx 01 of the Title xx concerned.

[2] Expenditure within article xx 01
04 of Title xx.

[3] Expenditure within chapter xx 01 other than articles xx 01 04 or xx 01 05.

Total indicative financial cost of
intervention

total

| | | | | | | | | | |
|--|---------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|
| TOTAL CA including cost of Human Resources | a+c+d+e | 52,38 | 58,994 | 61,11 | 59,726 | 61,541 | 64,057 | 66,073 | 423,88 |
| TOTAL PA including cost of Human Resources | b+c+d+e | 25,22 | 38,993 | 53,411 | 59,276 | 60,762 | 61,867 | 124,353 | 423,88 |

Co-financing details

Not applicable

4.1.2. Compatibility with Financial Programming

X Proposal is compatible with Financial Framework 2007-2013.

4.1.3. Financial impact on Revenue

X Proposal has no financial implications on revenue

4.2. Human Resources FTE (including officials, temporary and external staff) – see detail under point 8.2.1.

| Annual requirements | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total number of human resources* | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 |

* of which 2 new posts in 2007, covered within the pre-allocation of the Directorate General in the PDB for 2007

5. CHARACTERISTICS AND OBJECTIVES:

5.1. Need to be met in the short or long term

The need is identified in the explanatory memorandum.

5.2. **Value added** of Community involvement and coherence of the proposal with other financial instruments and possible **synergy**

The EU, national and regional authorities, citizens, businesses and civil society have a role to play in improving the health, wellbeing and welfare of European citizens. There are however several health policy challenges that only action at EU level can tackle. Greater mobility and more communication have benefited citizens. But they have also increased the risk of spreading health threats such as SARS and other communicable diseases (which cannot be addressed by individual Member States alone). The complexity of modern life has brought more choice for citizens. But it has also made it harder for them to make the best choices.

The proposed strategy and programme aim to implement article 152 of the Treaty as regards Community action on health, by complementing national action with **value-added** measures which cannot be taken at national level.

The Health programme builds on the existing programme and maintains its core elements. In addition, it aligns future health action more explicitly with the overall Community objectives of prosperity, solidarity and security and with the Lisbon agenda in particular, and seeks to further exploit synergies with other policies.

Synergies will be ensured with other major instruments. For example health has been more closely associated to the Structural Funds and the research programme when designing the new legal base. Particular attention has also been given to ensure synergies with the Solidarity Fund.

5.3. Objectives and expected results of the proposal in the context of the ABM framework

The general objective of the ABM “public health” activity is to aim for a high level of human health protection in the development and implementation of all Community policies, through the promotion of an integrated health strategy, notably by implementation of the multi-annual health programme, and to enhance the capability of the EU to address, in a timely and coordinated fashion, threats to public health.

The objectives of the proposal are identified in the explanatory memorandum.

The expected results are:

1. Improved health security, in particular increased capacity at European and national level to respond to cross-border health threats and also to contribute to strengthened health-related safety across the EU (for example to fulfil the Treaty mandate as regards

safety and quality of substances of human origin for medical use, or as regards the assessment of risks to citizens' health).

2. Stronger health promotion at European level. This would include effective measures to encourage healthy ageing, greater awareness of health's impact on productivity and growth, a narrowing of the health gap across the EU, in particular concerning improvement in health status in the new Member States. The programme should also result in healthier ways of life across the EU, a greater awareness about the impact of lifestyles and addictions on health, and a set of solutions developed through exchange of good practice. By acting on the most important health determinants, the programme will have the result of helping to reduce the disease burden.

3. More and better health knowledge, more dissemination. The programme will result in a health knowledge system, with more comparable data and indicators, higher -quality analysis, and effective dissemination to stakeholders. The programme will further result in Member States taking inspiration from best practice identified through the programme to improve their health systems.

5.4. Method of Implementation (indicative)

Show below the method(s)⁸³ chosen for the implementation of the action.

Centralised Management

Directly by the Commission

Indirectly by delegation to:

Executive Agency

Bodies set up by the Communities as referred to in art. 185 of the Financial Regulation

National public-sector bodies/bodies with public-service mission

Shared or decentralised management

With Member states

With Third countries

Joint management with international organisations

⁸³ If more than one method is indicated please provide additional details in the "Relevant comments" section of this point.

6. MONITORING AND EVALUATION

6.1. Monitoring system

The Commission will monitor the most pertinent indicators throughout the implementation of the new programme. The indicators listed are related to the objectives described under part 5.3 .

| Objectives | Indicators |
|--|---|
| 1. Improve citizens' health security | |
| 1.1. Protect citizens against health threats | <ul style="list-style-type: none"> Number of projects in this area Number of beneficiaries ECDC fully operational Increased European co-ordination capacity for responding rapidly to threats Increased Member States' capacity to address health threats |
| 1.2. Improve citizens' safety | <ul style="list-style-type: none"> Number of scientific opinions given Community initiatives embodying the scientific opinions Number of projects on patient safety/ high quality and safe healthcare Number of projects on accidents and injuries Number of initiatives on organs / substances of human origin. |
| 2. Promote health to improve prosperity and solidarity | |
| 2.1. Foster healthy, active ageing and help bridge health inequalities | <ul style="list-style-type: none"> Number of projects on healthy ageing Number of initiatives on health's impact on growth and economic development Number of measures to bridge inequalities between Member States; number of projects benefiting the new Member States Number of projects to improve solidarity between national health systems |
| 2.2. Promote healthier ways of life by tackling health determinants. | <ul style="list-style-type: none"> Number of new measures proposed and carried out Number of projects in this area Number of thematic platforms created Number of information, publications and target audience reached |

| | |
|---|---|
| 3. Generate and disseminate health knowledge | |
| 3.1. Exchange knowledge and best practice | Number of projects in this area Number of best practice solutions identified Number of Member States that took inspiration from good practice to introduce improvements in their health systems Number of health themes addressed |
| 3.2. Collect, analyse and disseminate health information. | Number of projects in this area Number of information/awareness raising publications and target audience reached Number of hits of health portal Number of Health reports and other publications Number of conferences & participants |

The implementation of the Community programme entrusted to the executive agency is subject to the control of the Commission and this control is exerted according to the methods, the conditions, the criteria and the parameters which it lays down in the act of delegation defined by Council Regulation (EC) N° 58/2003 laying down the statute for executive agencies to be entrusted with certain tasks in the management of Community programmes⁸⁴, Article 6 (3).

6.2. Evaluation

6.2.1. Ex-ante evaluation

This programme proposal is built on a series of existing Community programme and measures, some of which have been operational for many years, and which have been the subject of a comprehensive sequence of evaluations, as well as a substantial corpus of experience of administering and implementing the programmes in the Commission (and a former technical assistance office) and within the Member States and other participating countries (particularly the candidate countries).

The hypothesis of taking no action was considered:

- No action means failure to meet the provisions of articles 152 of the Treaty.
- No action means that the Commission would not meet the requirement of having a proper legal basis for health actions during the period 2007-2013 as imposed by the new financial framework. (The Health Programme expires at the end of 2008). This would make it very difficult to fulfil various legal obligations.

⁸⁴

OJ L 11, 16.1.2003, p. 1.

- No action would mean that the Commission would not fulfil its commitment to present a health strategy, following an open consultation in 2004, intended to help prepare the ground for a new strategy. In terms of effects on health, some serious negative impact would arise following the expiry of the current health programme. Health protection in Europe would be undermined as essential health threat alert mechanisms would find it difficult to operate. There would be inadequate information about important health trends and developments as mechanisms to collect and analyse the data would not function effectively. This would make it harder for health authorities to plan and develop policies and for citizens to take decisions. There would also be a great reduction in actions against trans-frontier health threats eg HIV/AIDS and bioterrorism.
- No action would also mean that the Commission stopped work in areas of central concern to its citizens daily lives and thus lost the possibility to increase visibility and to demonstrate the relevance of its action to them.

Building a new programme will bring citizens' issues to the forefront of the EU agenda by providing a new framework for a policy that impacts on citizens' day-to-day life.

In addition the existing executive agency for the public health programme would have its current mandate adapted to be able to ensure the management tasks of the new programme, including budgetary tasks, which would constitute the best management instrument at the disposal of the Commission⁸⁵. This will in particular ensure :

- Multiplier effect (leverage) enabling the Commission to concentrate on its core competencies;
- Effectiveness and flexibility in the implementation of outsourced tasks;
- Simplification of the procedures used;
- Proximity of the outsourced action to the final beneficiaries.

The public health programme 2003-2008, adopted in September 2002⁸⁶, represents a major step forward for the implementation of the provisions of Article 152 of the EC Treaty. It provides for the integrated development of a strategy aimed on the one hand at ensuring a high level of health protection in all Community policies and actions and, on the other, at supplementing and coordinating policies and actions carried out by the Member States in the field of health surveillance and information systems, combating transmissible diseases and disease prevention.

In designing the new joint programme proposal, special attention was given to building upon the experience acquired during the first years of operation of the 2003-2008

⁸⁵ See also the study "Cost-effectiveness assessment of externalisation of European Community's public health action programme" by Eureval-C3E, of 21.6.2002.

⁸⁶ Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008), OJ L 271, 9/10/2002.

programme, as well as to integrating the work carried out in various consultations, fora and groups.

Preparatory work on the health strategy

An open consultation on the future Health Strategy was launched in July 2004. The consultation was carried out on the basis of a public consultation document published on the web-site. All interested parties from the public health area, public bodies, interest groups and individual citizens, were invited to participate in the consultation, by means of a written contribution. Almost 200 contributions from national and regional authorities, NGOs, universities, individual citizens and companies have reached the Commission. Following the analysis of the results, a number of policy priority areas have been identified making it necessary to re-orient existing work in order to refine the policy priorities. The result is available in the Commission website⁸⁷.

Approximately 1/4 of all respondents including Ireland, Sweden, the Netherlands, Germany, the UK, Lithuania Malta and Poland urged the EU to pro-actively promote health and prevent illness. Measures proposed include the need to focus on children and teenagers, to implement a nutrition/obesity strategy, to tackle smoking and alcohol, to address a wide range of issues affecting health and to act on important diseases including cancer, respiratory and cardiovascular diseases.

Approximately 1/5 of all respondents including France, Germany, Ireland, the Netherlands, Sweden, Finland and Lithuania asked the EU to mainstream health. Respondents urged the Commission to implement a comprehensive and coherent EU approach to health, encompassing policies as diverse as Education, Trade, Internal Market, Social, Environment, Agriculture, External, Transport and Regional development. Several respondents including France, Ireland, Sweden and Finland raised the need for a Health Impact Assessment system.

The need to position health as a driver of economic growth and to disseminate evidence was raised by Ireland, France, the Netherlands, Malta and the UK. Some NGOs and Germany, Ireland and Sweden asked for health to become part of the Lisbon agenda.

Many stressed the need to address health inequalities by increasing funding for health. Respondents also urged the EU to involve stakeholders more closely in policy-making, to support the civil society, to take a stronger role on international health and to step up efforts in the analysis and dissemination of data.

Finally, many respondents also urged the EU to increase resources allocated to health, for the Public Health Programme to better serve policy priorities, to improve dissemination of project results, to cover neighbouring countries and to increase co-funding.

Respondents raise a large number of additional specific issues including the need to focus more on mental health, the challenges posed by an ageing population, the need to increase quality in healthcare, to secure patients' rights and safety, to set clear rules for patient and professional mobility, for health technology assessment and research.

Health systems

⁸⁷ http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/reflection_process_en.htm.

In 2003, a high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the EU was launched at ministerial level. Working groups composed of Member State health ministers or senior representatives, and stakeholders met throughout the year. In December 2003, a ministerial level meeting including ministers from acceding countries, adopted a report containing 19 recommendations for action at EU level. The Commission responded in presenting three Communications⁸⁸ in April 2004. To take forward these recommendations, a High Level Group on health services and medical care was established with working groups on the following areas : cross-border healthcare purchasing and provision, health professionals, centres of reference, health technology assessment, information and e-health, health impact assessment and health systems, patient safety. Reports setting out progress and orientations for future work were endorsed by the Council in December 2004 and in December 2005.

Involvement of stakeholders

Health policy making must respond to the needs and concerns of citizens. It is necessary to build up the organisations representing patients and those developing the public health agenda so that civil society is able to make the constructive contribution needed to public health policy.

Currently, patient groups and non governmental organisations in the health field can find it difficult to develop initiatives at EU level and to stabilise their organisations because they have inadequate resources.

For example active participation in the EU Health policy forum, which brings stakeholders together to discuss policy issues, requires a level of organisational capacity and resources that many NGOs lack. Associations are not funded for their core work as such, because the legal basis of the Public Health Programme 2003-2008 does not allow such direct funding. The Commission is therefore proposing operational grants as well as project grants to provide core funding to certain NGOs, including patient groups, in order to help them develop their organisational capacity and put themselves on a sound basis.

As underlined in the Lisbon process, there is a need to reduce the major differences between Member States in terms of life expectancy, health status and health systems capability. Following enlargement, supporting in particular the new Member States to develop their health systems requires additional resources. In addition to infrastructure investment and human resources to which the Community Structural Funds can contribute, there is a need for the Community to help these countries in terms of training, expertise, capacity building, preparedness, prevention and promotion, as well as a need for analysis on their health investment needs.

Finally, ageing of the EU population and its potential impact on the sustainability of public finances, not least from the relative decline in the working population, requires EU action to help Member States cope with this challenge.

Cost-effectiveness

The adaptation of the existing Public Health Programme executive agency to support the new proposed programme will also lead to savings in terms of input as regards tasks

⁸⁸ COM(2004) 301, COM(2004) 304, COM(2004) 356.

related with tendering and organisation of meetings. The outsourcing of such administrative tasks to the executive agency will also enable the Commission to focus on policy making and conception tasks, including developing significant links with other policies.

The programme foresees improving the way projects results are exploited and disseminated, which will increase projects' impact and visibility. The outsourcing of administrative tasks will enable the Commission to focus on ensuring that health crises and emergencies are better handled, that project results are better disseminated, to expand work with stakeholders and to develop policy work on e.g. health inequalities, ageing and children's health.

6.2.2. Measures taken following an intermediate/ex-post evaluation (lessons learned from similar experiences in the past)

Ex post evaluation of the former 8 public health programmes

The role of the European Community in the field of public health, as defined by the Treaty, is to complement Member States' action by promoting research, providing health information and education, encouraging cooperation and fostering policy coordination among Member States through incentive measures. An evaluation of the 8 Community programmes of 1996-2002 was carried out in 2004⁸⁹. The main objective was to assess whether the goals were achieved in the EU through these action programmes and to locate the genuine added value of European intervention in the field of public health.

The evaluation shows that the Programmes had an overall positive added value and calls for further investment by the EU in Public Health. It gives a number of recommendations : some of the issues raised have already been addressed when building the Public health programme 2003-2008. However room for improvement remains for the following areas:

- develop a complete and coherent theory of action for the general public health framework;
- clarify the priorities the programme seeks to meet and the levels targeted;
- be structured and research synergies and complementarities between the policy instruments and the research areas;
- in the area of health determinants, redirect a substantial part of the new programme towards the aspects of these diseases which have not been fully researched and towards tackling the issue of diseases from a preventive point of view;

⁸⁹ Deloitte report of 2004 : "Final Evaluation of the eight Community Action Programmes on Public Health (1996-2002) – web link : http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/evaluation_en.htm.

- to allow more room, in cases regarding the share of responsibilities between the EU and the Member States, for a re-orientation of the EU priorities towards emerging issues and innovative approaches;
- to maximise the possibilities to exchange information and knowledge between Member States, notably to allow bridging the gap between countries lagging behind the most advanced states, specially considering the recent enlargement;
- to set up a systematic internal and external communication policy;
- to enhance training activities, as it is the most valuable way of disseminating methods and best practices;
- to reserve financing in the new programme for the effective and large networks, i.e. which are representative in terms of partners involved and coverage of the EU as a whole, so to ensure their sustainability.

These recommendations will be reflected as far as possible in the construction of the new programme.

6.2.3. Terms and frequency of future evaluation

Details and frequency of planned evaluation:

(See Article 13 of the proposed Programme)

An external and independent interim evaluation, i.e., mid-term report will be undertaken three years after adoption of the programme. The object of this report is to provide an initial assessment of the impact and effectiveness of the programme on the basis of the results obtained. The report shall in particular make it possible to assess the impact of measures on all countries. Any changes or adjustments that are deemed necessary will be proposed by the Commission for the second half of the programme.

Communication on the continuation of the Programme no later than four years after its adoption.

Ex post evaluation, i.e. final Report: A detailed external independent evaluation report covering the entire period of operation of the Programme will be carried out by 31 December 2015, to assess the implementation of the Programme.

Furthermore, the Commission plans to audit beneficiaries in order to check that Community funds are being used properly. The results of audits will form the subject of a written report.

Evaluation of the results obtained:

Information providing a measure of the performance, results and impact of the Programme will be taken from the following sources:

- statistical data compiled on the basis of the information from application dossiers and the monitoring of beneficiaries' contracts;

- audit reports on a sample of programme beneficiaries ;
- use of the results of the executive agency’s evaluations and audits.

7. Anti-fraud measures

All the contracts, conventions and legal undertakings concluded between the Commission and the beneficiaries under the programme foresee the possibility of an audit at the premises of the beneficiary by the Commission’s services or by the Court of Auditors, as well as the possibility of requiring the beneficiaries to provide all relevant documents and data concerning expenses relating to such contracts, conventions or legal undertakings up to 5 years after the contractual period. Beneficiaries are subject to the requirement to provide reports and financial accounts, which are analysed as to the eligibility of the costs and the content, in line with the rules on Community financing and taking account of contractual obligations, economic principles and good financial management.

8. DETAILS OF RESOURCES

8.1. Objectives of the proposal in terms of their financial cost

Commitment appropriations in EUR million (to 3 decimal places)

| (Headings of Objectives, actions and outputs should be provided) | Type of output | Av. cost | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 and later | | TOTAL | |
|--|---|--------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-----------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|----------------|---------------|-------------|---------------|
| | | | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | total costs | N outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost | No. outputs | Total cost |
| OPERATIONAL OBJECTIVE No.1 citizen's health security | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Action 1.1 : protect citizens against health threats | Projects, conferences, studies, meetings, networks | 0.600 | 13 | 7.760 | 15 | 9.040 | 16 | 9.409 | 15 | 9.137 | 16 | 9.467 | 17 | 9.933 | 17 | 10.301 | 108 | 65.048 |
| Action 1.2 : improve citizen's safety | Projects, conferences, studies, meetings, networks | 0.600 | 6 | 3.880 | 8 | 4.520 | 8 | 4.705 | 8 | 4.569 | 8 | 4.734 | 8 | 4.966 | 9 | 5.151 | 54 | 32.524 |
| Sub-total Objective 1 | - | - | 19 | 11.640 | 23 | 13.561 | 24 | 14.114 | 23 | 13.706 | 24 | 14.201 | 25 | 14.899 | 26 | 15.452 | 164 | 97.572 |
| OPERATIONAL OBJECTIVE No.2 : promote health | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Action 2.1 : foster healthy, active ageing and help bridge inequalities | projects, networks, conferences, meetings | 0.600 | 8 | 5.04 | 10 | 5.876 | 10 | 6.116 | 10 | 5.939 | 10 | 6.154 | 11 | 6.456 | 11 | 6.696 | 70 | 42.281 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|------------|----------------|
| Action 2.2 : Promote healthier ways of life by tackling health determinants | projects, networks, conferences, meetings | <u>0.600</u> | <u>14</u> | <u>8.54</u> | <u>17</u> | <u>9.944</u> | <u>17</u> | <u>10.350</u> | <u>17</u> | <u>10.051</u> | <u>17</u> | <u>10.414</u> | <u>18</u> | <u>10.926</u> | <u>19</u> | <u>11.332</u> | <u>119</u> | <u>71.553</u> |
| Sub-total Objective 2 | - | - | <u>22</u> | <u>13.58</u> | <u>27</u> | <u>15.821</u> | <u>27</u> | <u>16.466</u> | <u>27</u> | <u>15.990</u> | <u>27</u> | <u>16.568</u> | <u>29</u> | <u>17.382</u> | <u>30</u> | <u>18.027</u> | <u>189</u> | <u>113.834</u> |
| OPERATIONAL OBJECTIVE No.3 generate and disseminate health knowledge | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Action 3.1: Exchange knowledge and best practice | - | <u>0.600</u> | <u>10</u> | <u>5.82</u> | <u>11</u> | <u>6.78</u> | <u>12</u> | <u>7.05</u> | <u>11</u> | <u>6.86</u> | <u>12</u> | <u>7.10</u> | <u>12</u> | <u>7.46</u> | <u>13</u> | <u>7.73</u> | <u>81</u> | <u>48.78</u> |
| Action 3.2: Collect, analyse and disseminate health information | - | <u>0.600</u> | <u>13</u> | <u>7.76</u> | <u>15</u> | <u>9.04</u> | <u>16</u> | <u>9.40</u> | <u>15</u> | <u>9.14</u> | <u>16</u> | <u>9.46</u> | <u>17</u> | <u>9.94</u> | <u>17</u> | <u>10.30</u> | <u>108</u> | <u>65.04</u> |
| Sub-total Objective 3 | - | - | <u>23</u> | <u>13.58</u> | <u>26</u> | <u>15.82</u> | <u>28</u> | <u>16.45</u> | <u>26</u> | <u>16.00</u> | <u>28</u> | <u>16.56</u> | <u>29</u> | <u>17.40</u> | <u>30</u> | <u>18.03</u> | <u>190</u> | <u>113.82</u> |
| TOTAL COST | - | - | <u>64</u> | <u>38.80</u> | <u>76</u> | <u>45.20</u> | <u>79</u> | <u>47.00</u> | <u>76</u> | <u>45.70</u> | <u>79</u> | <u>47.30</u> | <u>83</u> | <u>49.70</u> | <u>86</u> | <u>51.50</u> | <u>543</u> | <u>325.20</u> |

8.2. Administrative Expenditure

8.2.1. Number and type of human resources

| Types of post | | Staff to be assigned to management of the action using existing and/or additional resources (number of posts/FTEs) | | | | | | |
|--|------------|--|------|------|------|------|------|------|
| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Officials or temporary staff[1] (17 01 01) | A*/AD | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| | B*, C*/AST | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| Staff financed[2] by art. 17 01 02 | | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Other staff [3] financed by art. 17 01 04/05 | | | | | | | | |
| TOTAL | | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 |

The calculation includes the existing resources devoted to the current programme, and the new requested staff, subject to agreement under the annual procedure of resources allocation (APS/PDB). The increase in the Commission staff is needed to undertake the conceptual and strategic preparatory work during the first years of the programme. This increase should be covered within the pre-allocation of the DG in the PDB for 2007.

It does not include the executive agency's staff.

8.2.2. Description of tasks deriving from the action

This is explained in the explanatory memorandum.

8.2.3. Sources of human resources (statutory)

(When more than one source is stated, please indicate the number of posts originating from each of the sources)

- Posts currently allocated to the management of the programme to be replaced or extended
- Posts pre-allocated within the APS/PDB exercise for year 2007
- Posts to be requested in the next APS/PDB procedure
- Posts to be redeployed using existing resources within the managing service (internal redeployment)

- Posts required for year n although not foreseen in the APS/PDB exercise of the year in question

8.2.4. Other Administrative expenditure included in reference amount (XX 01 04/05 – Expenditure on administrative management)

EUR million (to 3 decimal places)

| Budget line (number and heading) | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 and later | TOTAL |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------|-------|
| 1 Technical and administrative assistance (including related staff costs) | | | | | | | | |
| Executive agencies[1] | 4,10 | 4,10 | 4,30 | 4,30 | 4,40 | 4,50 | 4,60 | 30,30 |
| Other technical and administrative assistance | | | | | | | | |
| - intra muros | 1,000 | 1,190 | 1,280 | 1,018 | 1,257 | 1,245 | 1,182 | 8,172 |
| - extra muros | 0,200 | 0,210 | 0,221 | 0,382 | 0,243 | 0,255 | 0,418 | 1,928 |
| Total Technical and administrative assistance | 5,30 | 5,50 | 5,80 | 5,70 | 5,90 | 6,00 | 6,20 | 40,40 |

These costs include the programme's contribution to the operating costs of the Public Health Executive agency, and notably the personnel costs to the agency for this programme. These costs correspond to an estimation of 26 people (statutory personnel at the agency and contractual agents)

8.2.5. Financial cost of human resources and associated costs not included in the reference amount

EUR million (to 3 decimal places)

| Type of human resources | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 and later |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------------------|
| Officials and temporary staff (17 01 01) | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 | 3,564 6 |
| Staff financed by Art 17 01 02 (auxiliary, END, contract staff, etc.) (specify budget line) | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 | 1,62 |
| Total cost of Human Resources and associated costs (NOT in reference amount) | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 | 5,184 |

Calculation – Officials and Temporary agents

Calculation includes overheads expenses and is based on the average cost in the Commission

Calculation– *Staff financed under art. XX 01 02*

Calculation includes overheads expenses and is based on the average cost in the Commission

8.2.6 Other administrative expenditure not included in reference amount

EUR million (to 3 decimal places)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TOTAL |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 17 01 02 11 01 – Missions | 0,525 | 0,528 | 0,530 | 0,533 | 0,536 | 0,538 | 0,541 | 2,657 |
| 17 01 02 11 02 – Meetings & Conferences; Committees | 1,400 | 1,407 | 1,414 | 1,421 | 1,428 | 1,435 | 1,443 | 7,085 |
| 17 01 02 11 04 – Studies & consultations | 0,420 | 0,422 | 0,424 | 0,426 | 0,428 | 0,431 | 0,433 | 2,125 |
| 17 01 02 11 05 - Information systems | 0,525 | 0,528 | 0,530 | 0,533 | 0,536 | 0,538 | 0,541 | 2,657 |
| 2 Total Other Management Expenditure (XX 01 02 11) | 2,870 | 2,884 | 2,899 | 2,913 | 2,928 | 2,942 | 2,957 | 14,524 |
| 3 Other expenditure of an administrative nature (specify including reference to budget line) Total Administrative expenditure, other than human resources and associated costs (NOT included in reference amount) | 2,870 | 2,884 | 2,899 | 2,913 | 2,928 | 2,942 | 2,957 | 14,524 |

Calculation - *Other administrative expenditure not included in reference amount*

The needs for human and administrative resources shall be covered within the allocation granted to the managing Directorate-General in the framework of the annual allocation procedure.