EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS KOMMISSION

Bryssel den 11.11.1996
KOM(96) 581 slutlig

95/0238 (COD)

KOMMISSIONENS YTTRANDE
i enlighet med artikel 189b.2 d i Romfördraget
om Europaparlamentets ändringar
av rådets gemensamma ståndpunkt om

förslaget till
EUROPAPARLAMENTETS OCH RÅDETS BESLUT

om antagandet av ett program för gemenskapsåtgärder för hälsoövervakning inom ramen för verksamheten på folkhälsoområdet (1997–2001)

MED ÄNDRING AV KOMMISSIONENS FÖRSLAG
i enlighet med artikel 189a.2 i Romfördraget

När Fördraget om Europeiska unionen trädde i kraft överfördes viss behörighetpå folkhälsoområdet till gemenskapen. För att uppnå de mål för hälsoskyddet som uppställs i artiklarna 3 o och 129 i Fördraget om upprättandet av Europeiska gemenskapen fastställde kommissionen i sitt meddelande KOM (93) 559 ett ramprogram för åtgärder inom folkhälsoområdet.

Åtgärder som gemenskapen vidtar i enlighet med artikel 129 skall inriktas på att skydda hälsan och förebygga sjukdomar. En förutsättning för att kunna vidta sådana åtgärder är kunskaper om de existerande problemen, deras art och deras omfattning. För att säkerställa att de åtgärder som vidtas verkligen får önskad effekt och medför de förbättringar som eftersträvas är det därför nödvändigt att mäta både förändringar i hälsotillståndet och effekterna av enskilda åtgärder och åtgärdsprogram i medlemsstaterna och på gemenskapsnivå. Det behövs därvid lämpliga insatser för att övervaka folkhälsan och de faktorer som påverkar den, samt resurser för att övervaka och utvärdera de åtgärder som vidtas. På grundval av de kriterier som uppställs i ovannämnda meddelande från kommissionen har man funnit att hälsodata och hälsoindikatorer är viktiga hjälpmedel för att erhålla sådan kunskap och sådana resurser. Med anledning härav prioriteras dessa när gemenskapen vidtar åtgärder.

Av ovannämnda skäl har kommissionen föreslagit ett program för gemenskapsåtgärder för hälsoövervakning[1] med målsättningen att utveckla ett högkvalitativt, policyorienterat system för hälsoövervakning inom Europeiska gemenskapen. Målet skall nås genom 1) fastställande av en rad hälsoindikatorer, 2) uppbyggnad av ett nätverk för insamling och spridning av data som behövs för indikatorerna, och 3) utvecklande av kapaciteten att analysera denna data.

---

1 EGT nr C 338/4, 16.12.1995; KOM (95) 449 slutlig.

Ekonomiska och sociala kommittén avgav sitt yttrande den 27 mars 1996[2].

Yttrandet är i stort sett mycket positivt till det föreslagna programmet för hälsoövervakning. Ekonomiska och sociala kommittén välkomnar och stöder programmet och understryker vikten av att ta fram och vidareutveckla hälsoindikatorer. Den understryker kommissionens samarbete med Världshälsoorganisationen, Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling och Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk.

Ekonomiska och sociala kommittén föreslår att det förslag till områden och rubriker för potentiella hälsoindikatorer som återfinns i bilaga A till meddelandet och som medföljde förslaget, skall bifogas till det senare. Avslutningsvis påpekar kommittén att den anser att de budgetmedel som anslagits för programmet bör ökas p.g.a. den stora betydelse frågan har.

Regionkommittén avgav sitt yttrande den 18 januari 1996[3].

Regionkommittén har inga invändningar mot de allmänna målen för det föreslagna programmet, men insisterar på att regionkommittén och de lokala och regionala myndigheterna skall ges en framträdande roll när programmet genomförs. Kommittén påpekar också att programmet skulle kunna användas för att fastställa en minimistandard för hälsa i medlemsstaterna.

Regionkommittén är orolig för att de budgetmedel som anslagits för programmet inte är tillräckliga för att uppnå ett samarbete med andra organsisationer, lokala och regionala myndigheter etc.

Regionkommittén föreslår en minskning av antalet ledamöter per medlemsstat i den föreslagna kommittén från två (2) representanter per medlemsstat till en (1) representant per medlemsstat. Dessutom skulle kommittén vilja ha ytterligare ledamöter från regionala organ som t.ex. regionkommittén, Nordiska medicinalstatistikkommittén (NOMESKO) och andra.

Europaparlamentet avgav sitt yttrande efter den första behandlingen den 17 april 1996[4]. Detta innehöll 44 ändringar till kommissionens ursprungliga förslag. De antagna ändringarna avsåg ändringar eller tillägg till förslaget till beslut på ett flertal punkter:

- Åtgärder för genomförandet av programmet: komittologi och budget.

- Allmänna aspekter på programmets tillämpningsområde (inklusive upprättandet av ett Europeiskt observationsorgan för hälsoövervakning och fastställandet av mål på hälsoområdet i medlemsstaterna).

- Ytterligare upplysningar om vissa åtgärder, ändringar av ordalydelsen eller tillägg till texten, inbegripet en bilaga (II) som innehåller en lista över tänkbara områden där hälsoindikatorer kan komma att upprättas.

---

2 EGT nr C 174/3, 17.6.1996, s. 3.

3 EGT nr C 129/50, 2.5.1996, s. 50.

4 Dok. PE 215.742/slutlig.

Av de 44 ändringarna som parlamentet föreslog, godtog kommissionen 28 i sin helhet eller delvis.

Kommissionen antog den 13 maj 1996 ett ändrat förslag som beaktade de ändringar som gjorts av parlamentet[5].

Rådet antog den 14 maj 1996 enhälligt en gemensam ståndpunkt om antagandet av ifrågavarande beslut.

Kommissionen kunda inte godkänna den gemensamma ståndpunkten och reserverade sig på följande punkter:

- **Artikel 3 (Budget):** I den gemensamma ståndpunkt som antagits av rådet bestäms programmets budget till 13 miljoner ecu för femårsperioden 1 januari 1997 till 31 december 2001. I sitt förslag hade kommissionen anslagit sammanlagt 13,8 miljoner ecu för perioden 1997–2001. Kommissionen anser att dess förslag tar hänsyn till utgiftstaket under rubrik 3 i finansieringsöversikten och anser dessutom att beloppet är relativt blygsamt i förhållande till det nya programmets omfattning och betydelse. Med anledning av att kommissionen anser budgeten otillräcklig har kommissionen bett om att få en reservation angående budgeten införd i rådets protokoll.

- **Artikel 5 (Komittologi):** Rådet vill införa ett "blandat" komittologiförfarande för genomförandet av programmet. Vid tillämpningen av detta förfarande, som liknar förfarandet som använts vid andra folkhälsoprogram (Aids, cancer och främjande av hälsa), skulle nio olika frågor falla under kommitténs "förvaltningsmässiga" befogenheter, medan andra faller under dess "rådgivande" befogenhet. Kommissionen, som finner detta förfarande onödigt byråkratiskt och betungande, har reserverat sig mot förfarandet och skulle föredra en rent rådgivande kommitté, som skulle kunna ägna sig åt vissa bestämda verksamhetsområden som rådet planerar, utan att för den skull vara begränsad till dessa.

- **Artikel 7.3 (Utvärdering):** Rådet bad kommissionen att inkomma med förslag angående programmets fortlevnad. Kommissionen beklagar formuleringen att en utvärdering bör ligga till grund för rekommendationer angående programmets fortlevnad, eftersom detta kan vara oönskat eller olämpligt med avseende på kommissionens initiativrätt. Med anledning av detta har kommissionen reserverat sig mot artikel 7.3 i rådets protokoll .

- **Punkt 26 i ingressen, artikel 5g, bilaga 1 (mål A och åtgärd A.3):** Kommissionen beklagar strykningen av orden "successivt harmoniserade uppgifter" i punkt 26 i ingressen och formuleringen att göra dessa uppgifter bara "jämförbara" istället för "successivt harmoniserade" i artikel 5g, i mål A och åtgärd A.3 i bilaga 1. Med anledning av Europaparlamentets kommande andra behandling reserverar sig kommissionen i frågan. En reservation rörande denna fråga har införts i rådets protokoll.

---

[5] KOM (96) 222 slutlig.

Rådet godkände dessutom inte godkänt alla Europaparlamentets ändringsförslag som kommissionen infört i sitt ändrade förslag. Med tanke på den vikt som parlamentet fäster vid dessa ändringar måste kommissionen reservera sig mot att dessa inte intagits i rådets gemensamma ståndpunkt och med anledning av detta bad kommissionen om att få en reservation med detta innehåll införd i rådets protokoll.

Den 23 oktober 1996 godkände Europaparlamentet[6] 19 ändringar till rådets gemensamma ståndpunkt. Kommissionens yttrande om var och en av dessa ändringar framgår av bilagan.

Kommissionen påpekar att enligt artikel 189b.3 i fördraget skall rådet, om det med kvalificerad majoritet godkänner parlamentets alla ändringsförslag inom tre månader efter att det emottagit dem, ändra sin ståndpunkt i enlighet därmed och anta rättsakten i fråga. Rådet skall emellertid vara enhälligt när det gäller ändringar om vilka kommissionen har avgivit ett negativt yttrande. Om rådet inte godkänner rättsakten i fråga skall ordförande för rådet enligt överenskommelse med Europaparlamentets ordförande genast sammankalla förlikningskommittén till ett möte.

---

[6] Dok. PE 218.544/slutlig.

BILAGA[7]

Ändringsförslag 1: Kommissionens yttrande: godkänns delvis
Kommissionen kan endast delvis godkänna denna ändring, eftersom en punkt i ingressen bör hänvisa till rättsliga texter (t.ex. resolutioner, slutsatser, rekommendationer) och inte till "ett förlikningsmöte".

Ändringsförslag 2: Kommissionens yttrande: godkänns delvis
Kommissionen kan endast delvis godkänna denna ändring, eftersom ordet "jämförbara" leder till att den data som skall insamlas genom systemet begränsas till att endast omfatta data som är jämförbar. Detta är inte önskvärt eftersom de flesta uppgifter för närvarande inte är jämförbara. Vi bör inte vänta med att utveckla hälsoindikatorer tills medlemsstaterna har framställt jämförbar data. Vidare är det viktigt att understryka att systemet också innebär insamling av hälsodata. Slutligen kan det hända att nätverket redan fungerar och därför inte behöver upprättas igen.

Ändringsförslag 3: Kommissionens yttrande: förkastas
Stöd till särskild verksamhet i medlemsstaterna ingår inte i hälsoövervakningsprogrammet. Vidare innebär subsidiaritetsprincipen att upprättande och utveckling av nationella databaser tillhör medlemsstaternas ansvarsområde.

Ändringsförslag 4: Kommissionens yttrande: förkastas
Kommissionen förkastar denna ändring eftersom punkten i ingressen är viktig. Det finns inga uppenbara skäl till att stryka den.

Ändringsförslag 5: Kommissionens yttrande: förkastas
Texten bör anpassas till ordalydelsen i artikel 129.

Ändringsförslag 6: Kommissionens yttrande: godkänns delvis
Kommissionen kan endast delvis godkänna denna ändring, eftersom inte all data kommer att kräva gemensam utveckling av definitioner mm. Det är därför missvisande att använda denna ordalydelse. Vidare är ändringsförslaget i sin nuvarande ordalydelse inte begripligt.

Ändringsförslag 7: Kommissionens yttrande: godkänns
Ordalydelsen i denna ändring är samma som i kommissionens ursprungliga förslag.

Ändringsförslag 8: Kommissionens yttrande: förkastas
Finansieringsramarna under budgetrubrik 3, som omfattar detta program, tillåter inte en höjning av detta slag.

Ändringsförslag 9: Kommissionens yttrande: godkänns
Kommissionen kan godkänna denna ändring i sin helhet, eftersom ordalydelsen stämmer överens med den i de tre övriga folkhälsoprogrammen såsom avtalades på förlikningsmötet i december 1996.

Ändringsförslag 10: Kommissionens yttrande: godkänns delvis

---

[7] Numreringen av ändringarna sammanfaller med numreringen av rekommendationen till andra behandling – dok. PE 218.544/slutlig.

Del 1 godkänns endast delvis, eftersom den exakta formuleringen i kommittologibeslutet från 1987 bör följas. Kommitténs sammansättning bör vara samma som i de övriga hälsoprogrammen (där varje medlemsstat har två företrädare). Delarna 2–4 godkänns i sin helhet, eftersom ordalydelsen är samma som i kommissionens ursprungliga förslag.

Ändringsförslag 11: Kommissionens yttrande: förkastas
Texten bör anpassas till ordalydelsen i artikel 129, som inte föreskriver någon juridisk skyldighet att samarbeta med icke–statliga organisationer.

Ändringsförslag 12: Kommissionens yttrande: förkastas
Denna ändring förkastas eftersom den tid programmet löper beror på när det antas. Det är därför olämpligt att fastställa datum för när interimsrapporten och slutrapporten skall lämnas, eftersom dessa datum kanske inte kommer att överenstämma med den faktiska tidsplanen.

Ändringsförslag 13: Kommissionens yttrande: godkänns
Ordalydelsen är samma som i kommissionens ursprungliga förslag.

Ändringsförslag 14: Kommissionens yttrande: förkastas
Denna ändring förkastas, eftersom dess första del begränsar den rutinmässiga insamlingen av data till att omfatta jämförbar data. Detta är för begränsande, eftersom det förhindrar stödjandet av verksamhet som är nödvändig för att jämförbarheten mellan data skall kunna förbättras. Den andra delen innebär en skyldighet att harmonisera nationell data, vilket kan kräva att även rättsbestämmelserna harmoniseras, vilket inte får göras enligt artikel 129.

Ändringsförslag 15: Kommissionens yttrande: förkastas
Stöd till särskilda verksamheter i medlemsstaterna ingår inte i hälsoövervakningsprogrammet. Vidare innebär subsidiaritetsprincipen att upprättande och utveckling av nationella databaser tillhör medlemsstaternas ansvarsområde. Slutligen utgör detta program inte ett verktyg för utbetalning av medel till medlemsstaterna. Sådan verksamhet skulle inte motsvara något mål och skulle inte heller ge något mervärde.

Ändringsförslag 16: Kommissionens yttrande: godkänns delvis
Det är inte alltid kommissionen som bedriver sådana verksamheter direkt. Kommissionen kommer emellertid att försöka säkerställa att verksamheter av detta slag initieras och får stöd.

Ändringsförslag 17: Kommissionens yttrande: godkänns
Ordalydelsen är samma som i kommissionens ändrade förslag.

Ändringsförslag 18: Kommissionens yttrande: godkänns delvis
Analyser ingår i rapporterna. Det är viktigt med informationsmaterial även om detta inte består av rapporter eller innehåller analyser. Dessutom anses hälsosystem utgöra en del av de hälsobestämmande faktorerna och en kostnads–och effektivitetsanalys av hälsosystemen ligger inte inom programmets tillämpningsområde.

Ändringsförslag 19: Kommissionens yttrande: godkänns
Det är lämpligt att stödja en bred spridning av rapporter och informationsmaterial som utarbetats inom ramen för programmet.

ÄNDRAT FÖRSLAG TILL

EUROPAPARLAMENTETS OCH RÅDETS BESLUT OM ANTAGANDE AV ETT PROGRAM FÖR GEMENSKAPSÅTGÄRDER FÖR HÄLSOÖVERVAKNING INOM RAMEN FÖR VERKSAMHETEN PÅ FOLKHÄLSOOMRÅDET (1997–2001)

(framlagt av kommissionen i enlighet med artikel 189a.2 i Romfördraget)

Gemensam ståndpunkt från rådet	Ändrat förslag
* EUROPAPARLAMENTET OCH EUROPEISKA UNIONENS RÅD HAR BESLUTAT FÖLJANDE	
med beaktande av Fördraget om upprättandet av europeiska gemenskapen, särskilt artikel 129 i detta,	
med beaktande av kommissionens förslag[1],	
med beaktande av Ekonomiska och sociala kommitténs yttrande[2],	
med beaktande av Regionkommitténs yttrande[3],	
i enlighet med det i artikel 189b i fördraget angivna förfarandet, och med beaktande av följande.	
1. Enligt artikel 3 o) i fördraget skall gemenskapens verksamhet bidra till att en hög hälsoskyddsnivå uppnås. I artikel 129 i fördraget anges uttryckligen att gemenskapen har behörighet inom detta område på så sätt att gemenskapen skall bidra härtill genom att främja samarbetet mellan medlemsstaterna och vid behov stödja deras insatser.	1. Enligt artikel 3 o) i fördraget skall gemenskapens verksamhet inbegripa gemenskapsinsatser som syftar till att uppnå en hög hälsoskyddsnivå. I artikel 129 fastställs uttryckligen gemenskapens behörighet inom detta område, genom att uppmuntra samarbete mellan medlemsstaterna och när det är nödvändigt stödja deras insats, genom att främja samordningen mellan deras politik och program på detta område och genom att gynna samarbetet med tredje länder och behöriga internationella organisationer.
2. Rådet framhöll i sin resolution av den 27 maj 1993 om framtida verksamhet inom folkhälsoområdet[4] att insamling, analys och spridning av hälsodata måste förbättras samt att kvalitet och jämförbarhet hos tillgängliga data måste förbättras och att detta är en mycket viktig förutsättning för att framtida program skall kunna utarbetas.	

[1] EGT nr C 338, 16.12.1995, s. 4.
[2] EGT nr C 174, 17.6.1996, s. 3.
[3] EGT nr C 129, 2.5.1996, s. 50.
[4] EGT nr C 174, 25.6.1993, s.1

3. I Europaparlamentets resolution om folkhälsopolitiken efter Maastricht[1], betonas det hur viktigt det är att ha tillgång till tillräcklig och relevant information när gemenskapsåtgärder inom folkhälsoområdet skall utarbetas. Europaparlamentet har uppmanat kommissionen att samla in och bearbeta hälsodata från medlemsstaterna för att utvärdera folkhälsopolitikens effekter på hälsotillståndet inom gemenskapen.

4. Kommissionen framhöll i sitt meddelande av den 24 november 1993 om ramen för gemenskapsåtgärder inom folkhälsoområdet att ett ökat samarbete om standardisering och insamling av jämförbara/kompatibla hälsodata och ett främjande av system för hälsoövervakning är en förutsättning för att en ram för stöd till medlemsstaternas politik och program skall kunna skapas. Området för hälsoövervakning, inbegripet hälsodata och hälsoindikatorer, anges vara prioriterade områden inom vilka förslag om fleråriga gemenskapsprogram på folkhälsoområdet skall utarbetas.

5. I sin resolution av den 2 juni 1994 om ramen för gemenskapens verksamhet på folkhälsoområdet[2] angav rådet att insamling av hälsodata bör prioriteras och anmodade kommissionen att lägga fram lämpliga förslag härom. Rådet framhöll att de data och indikatorer som används bör omfatta åtgärder som rör befolkningens livskvalitet, en noggrann utvärdering av vårdbehov, en uppskattning av antalet dödsfall som skulle kunna undvikas genom förebyggande insatser, socioekonomiska faktorer som rör hälsan i olika befolkningsgrupper, samt, när så är lämpligt och när medlemsstaterna anser det nödvändigt, hälsovård, medicinsk praxis och reformernas effekter.

3. I Europaparlamentets rapport om folkhälsopolitik efter Maastricht[5] har vikten av tillräcklig och relevant information som grundval för utveckling av gemenskapsåtgärder inom folkhälsoområdet betonats. Europaparlamentet har uppmanat kommissionen att samla in och undersöka hälsodata från medlemsstaterna och analysera trender, samt granska folkhälsopolitikens effekter och övriga riktlinjers inverkan på hälsan.

---

1 EGT nr C 329, 6.12.1993, s. 375.

2 EGT nr C 165, 17.6.1994, s. 1

6. Hälsoövervakning på gemenskapsnivå är mycket viktig för planering, uppföljning och utvärdering av gemenskapsåtgärder inom folkhälsoområdet samt för uppföljning och utvärdering av andra gemenskapspolitiska åtgärders effekter på hälsan.

7. Hälsoövervakning som bygger på uppgifter om folkhälsan i Europa vilka kommer att kunna samlas in tack vare ett gemenskapssystem för hälsoövervakning, kommer att göra det möjligt att följa folkhälsans utveckling och att fastställa prioriteringar och målsättningar för folkhälsan.

8. Hälsoövervakning innefattar, inom ramen för detta beslut, fastställande av hälsoindikatorer inom gemenskapen, insamling, spridning och analys av hälsodata och hälsoindikatorer inom gemenskapen.

9. I rådets beslut 93/464/EEG av den 22 juli 1993 om ett ramprogram för prioriterade åtgärder på området för statistiska uppgifter åren 1993–1997[1] anges analysen av dödlighet och sjuklighet under rubriken "Statistik rörande hälsa och säkerhet" som ett prioriterat område inom ramen för de sektorvisa programmen för socialpolitiken, den ekonomiska och sociala sammanhållningen och konsumentskyddet.

10. I sitt beslut 94/913/EG av den 15 december 1994 om ett särskilt program för forskning, teknisk utveckling och demonstration på området för biomedicin och hälsa (1994–1998)[2] anger rådet samordning och jämförelse av europeiska hälsodata, inklusive nutritionsdata från medlemsländerna som en särskild forskningsuppgift till vilken hänsyn har tagits i det berörda forskningsprogrammet.

---

1 EGT nr L 219, 28.8.1993, s.1

2 EGT nr L 361, 31.12.1994, s.40.

11. På gemenskapsnivån borde hälsoövervakning göra det möjligt att mäta hälsotillståndet, tendenser och avgörande faktorer samt att underlätta planering, uppföljning och utvärdering av gemenskapsprogram och gemenskapsåtgärder och att förse medlemsländerna med användbar hälsoinformation så att de kan utveckla och utvärdera sin hälsopolitik.

12. För att helt kunna motsvara kraven och förväntningarna inom detta område är det lämpligt att inrätta ett system för hälsoövervakning på gemenskapsnivå och genom detta system bör hälsoindikatorer upprättas och insamling av hälsodata genomföras, ett nätverk för överföring och fördelning av data och hälsoindikatorer upprättas och en kompetens för analys och spridning av hälsodata byggas upp.

13. Det finns anledning att noggrant undersöka de alternativ och möjligheter som finns för att genomföra de olika delarna av ett system för hälsoövervakning på gemenskapsnivå inbegripet resultat, flexibilitet och förhållande mellan förväntad kostnad och förväntade fördelar, inklusive att göra befintliga bestämmelser mer stringenta. Det behövs ett flexibelt system som kan införliva delar som redan nu bedöms som värdefulla och som kan anpassas till nya behov och andra prioriteringar. Ett sådant system bör innehålla en definition av hälsoindikatorer inom gemenskapen och insamling av nödvändiga hälsodata för att fastställa dessa indikatorer.

14. För att insamla hälsodata och fastställa hälsoindikatorer för gemenskapen bör kunskap hämtas i befintliga europeiska data och indikatorer, exempelvis sådana som finns insamlade i medlemsländerna och/eller har överlämnats till internationella organisationer, så att onödigt dubbelarbete kan undvikas.

15. Förutsättningarna för att samla in hälsodata skiljer sig från en medlemsstat till en annan.

12. För att kraven och förväntningarna inom detta område skall kunna uppfyllas helt bör ett hälsoövervakningssystem för gemenskapen utvecklas, som inbegriper upprättande av hälsoindikatorer och insamling av hälsodata, ett nätverk upprättas för att hälsodata och hälsoindikatorer skall kunna vidarebefordras och delas, samt resurser för analys och spridning av hälsoinformation skapas.

13. De alternativ och möjligheter som står till buds för utveckling av olika delar av ett hälsoövervakningssystem för gemenskapen, inklusive möjligheten att förbättra den nuvarande situationen och/eller inrätta ett observationsorgan, bör undersökas med avseende på utförande och på kostnader och intäkter. Systemet måste också vara flexibelt och kunna både införliva nuvarande fungerande delar och anpassas till nya krav eller andra prioriteringar. Ett hälsoövervakningssystem för gemenskapen bör inbegripa definition av uppsättningar av hälsoindikatorer för gemenskapen och insamling av nödvändiga data för upprättande av sådana indikatorer.

16. Ett gemenskapssystem för hälsoövervakning skulle kunna gynnas av att ett nätverk inrättades, byggt på telekommunikation för insamling och spridning av hälsodata och hälsoindikatorer för hälsotillståndet inom gemenskapen.

17. Ett system för hälsoövervakning på gemenskapsnivå bör kunna tillhandahålla hälsodata för att regelbundna rapporter om hälsotillståndet inom gemenskapen skall kunna upprättas, med analys av tendenser och problem av hälsokaraktär och systemet bör även stödja framställning och spridning av information om hälsotillståndet.

16. Ett gemenskapssystem för hälsoövervakning skulle kunna gynnas av att ett nätverk inrättades, byggt på telekommunikation för insamling och spridning av hälsodata och hälsoindikatorer för hälsotillståndet inom gemenskapen.

18. En mycket viktig faktor för att genomföra ett system för hälsoövervakning på gemenskapsnivå är att lagstiftningen om dataskydd efterlevs och att lämpliga föreskrifter införs för att säkerställa att uppgifterna hanteras konfidentiellt och säkert såsom till exempel bestämmelserna i Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter[1] och rådets förordning (Euratom, EEG) nr 1588/90 av den 11 juni 1990 om utlämnande av insynsskyddade statistiska uppgifter till Europeiska gemenskapernas statistikkontor[2].

19. Ett flerårigt program bör initieras inom ramen för åtgärder på folkhälsoområdet för att ett system för hälsoövervakning på gemenskapsnivå samt lämpliga mekanismer för att utvärdera systemet skall kunna inrättas.

20. I enlighet med subsidiaritetsprincipen får åtgärder på områden där gemenskapen inte ensam har behörighet, som till exempel hälsoövervakning, endast vidtas av gemenskapen när dessa, på grund av omfattningen och verkningarna, bättre kan genomföras på gemenskapsnivå.

20. I enlighet med subsidiaritetsprincipen får åtgärder på områden där gemenskapen inte ensam har behörighet, som till exempel hälsoövervakning, endast vidtas av gemenskapen när dessa, på grund av omfattningen och verkningarna, bättre kan utföras på gemenskapsnivå.

---

1 EGT nr L 281, 23.11.1995, s.31.

2 EGT nr L 151, 15.6.1990, s.1. Förordningen ändrad genom anslutningsakten 1994.

21. Politik och program som har utformats och genomförts på gemenskapsnivå, särskilt inom ramen för verksamheten på folkhälsoområdet, bör vara förenliga med målen för och syftet med de gemenskapsverksamhet som avser hälsoövervakning. Genomförandet av gemenskapsåtgärder på detta område bör beakta och samordnas med relevant forskning inom gemenskapens ramprogram för forskning och teknisk utveckling. Projekt som rör tillämpning av telematik inom hälsoområdet inom ramen för FTU-programmen bör samordnas med gemenskapsåtgärder på hälsoövervakningsområdet. Åtgärder inom gemenskapens ramprogram för statistikuppgifter, gemenskapens projekt på området för överföring av uppgifter med hjälp av telematik mellan olika administrationer (IDA) och G7-projekten om hälsa, borde samordnas mycket nära med genomförandet av gemenskapsåtgärder på hälsoövervakningsområdet. Det arbete som påbörjats av specialiserade europeiska organisationer som Europeiskt centrum för övervakning av narkotika och narkotikamissbruk (OEDT) eller Europeiska miljöbyrån bör beaktas.

22. Samarbetet på detta område med behöriga internationella organisationer och tredje länder bör stärkas.

22. Samarbetet inom detta område med behöriga internationella organisationer och tredje land bör främjas.

23. Från operationell synpunkt bör man bevara och vidareutveckla tidigare gjorda investeringar både när det gäller inrättande av gemenskapsnätverk och samarbete med de behöriga internationella organisationerna på området.

24. Det är viktigt att kommissionen säkerställer programmets genomförande i nära samarbete med medlemsstaterna.

25. Den 20 december 1994 slöt Europaparlamentet, rådet och kommissionen ett "modus vivendi"[1] om genomförandeåtgärder för de rättsakter som antas enligt förfarandet i artikel 189b i fördraget.

[1] EGT nr C 102, 4.4.1996, s.1.

26. För närvarande är uppgifterna inte tillräckligt jämförbara och allt dubbelarbete bör undvikas genom att metoder, kriterier och tekniker för jämförelse och omvandling utvecklas gemensamt, att lämpliga redskap för insamling av data utvecklas, såsom till exempel undersökningar, frågeformulär eller delar av sådana redskap samt specifikationer för innehållet i den hälsoinformation som skall förmedlas främst med hjälp av ett telematiskt nätverk.

27. För att öka värdet och effekten av programmet bör de vidtagna åtgärderna utvärderas fortlöpande, särskilt med avseende på effektiviteten och målens förverkligande både på nationell nivå och på gemenskapsnivå, och vid behov bör nödvändiga ändringar göras.

28. Genom detta beslut fastställs en finansiell ram för hela programperioden och denna ram utgör enligt punkt 1 i Europaparlamentets, rådets och kommissionens uttalande av den 6 mars 1995[1] en särskild referens för budgetmyndigheten inom ramen för det årliga budgetförfarandet.

29. Detta program bör ha en varaktighet av fem år för att tillräcklig tid skall kunna avsättas för att genomföra de åtgärder genom vilka de uppställda målen skall uppnås.

26. För närvarande kan uppgifterna inte jämföras på ett tillfredsställande sätt. Man bör gemensamt utveckla metoder, kriterier och tekniker för jämförelse och omvandling, successivt harmoniserade verktyg för insamling av data, såsom enkäter, frågeformulär eller delar därav, och innehållsspecifikationer för hälsoinformation som skall delas, främst genom telematiska nätverk.

[1] EGT nr C 102, 4.4.1996, s.4.

HÄRIGENOM FÖRESKRIVS FÖLJANDE.

Artikel 1

Upprättande av programmet

1. Ett åtgärdsprogram på gemenskapsnivå för hälsoövervakning, nedan kallat "programmet", antas för tiden från och med den 1 januari 1997 till och med den 31 december 2001 inom ramen för verksamheten på folkhälsoområdet.

1. Ett program för gemenskapsåtgärder för hälsoövervakning, nedan kallat "detta program", antas härmed för perioden 1 januari 1997 till 31 december 2001 inom ramen för verksamhet på folkhälsoområdet.

2. Programmets mål är att bidra till att upprätta ett gemenskapssystem för hälsoövervakning som gör det möjligt

a) att mäta hälsotillstånd, hälsotendenser och hälsofaktorer inom hela gemenskapen,

b) att underlätta planering, uppföljning och utvärdering av gemenskapens program och åtgärder,

c) att förse medlemsstaterna med lämplig hälsoinformation som gör det möjligt att göra jämförelser och att stödja den nationella hälsopolitiken,

genom att uppmuntra samarbete mellan medlemsstaterna och när det är nödvändigt stödja deras insats, genom att främja samordningen mellan deras politik och program på detta område och genom att gynna samarbetet med tredje länder och behöriga internationella organisationer.

3. De insatser som skall genomföras inom ramen för det här programmet och de specifika målen för dessa återges i bilaga I under följande rubriker:

A. Fastställande av hälsoindikatorer för gemenskapen
B. Upprättande av ett nätverk på gemenskapsnivå för förmedling av hälsodata
C. Analyser och rapporter

En icke uttömmande förteckning över de områden för vilka hälsoindikatorer kan fastställas återfinns i bilaga II.

Artikel 2

Genomförande

1. Kommissionen skall säkerställa att åtgärderna i bilaga I genomförs i nära samarbete med medlemsstaterna i enlighet med förfarandet i artikel 5.

2. Kommissionen skall samarbeta med institutioner och organisationer som är verksamma på hälsoövervakningsområdet.

Artikel 3

Budget

1. Finansieringsramen för genomförande av programmet för den tid som anges i artikel 1 fastställs till 13 miljoner ecu.

1. Det finansiella tillgångar anslaget för genomförande av detta program för den period som avses i artikel 1 skall vara 13,8 miljoner ecu.

2. De årliga anslagen skall beviljas av den budgetansvariga myndigheten inom ramen för budgetplanen.

Artikel 4

Enhetlighet och komplementaritet

Kommissionen skall i samråd med medlemsstaterna sörja för enhetligheten och komplementariteten mellan de insatser som skall genomföras inom ramen för det här programmet och andra relevanta program och initiativ på gemenskapsnivå som har samband med verksamheten på folkhälsoområdet och, särskilt, ramprogrammen för statistikuppgifter, projekten på området för överföring av uppgifter mellan olika administrationer med hjälp av telematik samt ramprogrammet för forskning och teknisk utveckling, särskilt tillämpningarna inom telematik.

Kommissionen skall säkerställa att det råder enhetlighet och komplementaritet mellan de åtgärder som skall genomföras inom ramen för detta program och andra relevanta gemenskapsprogram och initiativ, inklusive ramprogrammet för statistisk information, projekten inom området för telematiskt utbyte av data mellan myndigheter, och ramprogrammet för forskning och teknisk utveckling och i synnerhet användningen av telematik inom det sistnämnda programmet.

Artikel 5

Kommitté

1. Kommissionen skall biträdas av en kommitté, som skall bestå av två företrädare för varje medlemsstat och ha en företrädare för kommissionen som ordförande.	1. Kommissionen skall bistås av en till karaktären rådgivande kommitté bestående av två företrädare som utses av varje medlemsstat och som ordförande en företrädare för kommissionen, nedan kallad "kommittén".
2. Kommissionens företrädare skall förelägga kommittén förslag till åtgärder när det gäller följande:	2. Kommissionens företrädare skall förelägga kommittén förslag till åtgärder särskilt när det gäller följande:
a) Kommitténs arbetsordning.	a) kommitténs arbetsordning,
b) Ett årligt arbetsprogram i vilket prioriterade områden anges.	b) ett årligt arbetsprogram där prioriterad verksamhet framgår,
c) Regler, kriterier och förfaranden för urval och finansiering av projekt inom ramen för programmet, däribland projekt som innebär samarbete med behöriga internationella organisationer på folkhälsoområdet och deltagande av de länder som avses i artikel 6.2.	c) Regler, kriterier och förfaranden för urval och finansiering av projekt inom ramen för detta program, däri inbegripet projekt där samarbete ingår med behöriga internationella organisationer inom folkhälsoområdet, och där de länder som anges i artikel 6.2 medverkar,
d) Utvärderingsförfarandet.	d) utvärderingsförfarande,
e) Former för spridning och överföring av resultat.	e) former för rapportering, omvandling och harmonisering av data,
f) Former för samarbete med de institutioner och organisationer som avses i artikel 2.2.	f) former för definition och urval av indikatorer,
g) Bestämmelser om överlämnande av uppgifter och om konvertering och andra metoder för att göra uppgifter jämförbara i syfte att uppnå det mål som anges i artikel 1.2.	g) former för de innehållsspecifikationer som är nödvändiga för att berörda nätverk skall utvecklas och fungera.
	h) Struken.
h) Bestämmelser om upprättande och urval av indikatorer.	
	i) Struken.
i) Bestämmelser om de innehålls-beskrivningar som är nödvändiga för att säkerställa inrättande och drift av nätverken.	

Kommittén skall yttra sig över de förslag till åtgärder som avses ovan inom den tid som ordföranden bestämmer med hänsyn till hur brådskande frågan är. Den skall fatta sitt beslut med den majoritet som enligt artikel 148.2 i fördraget skall tillämpas vid beslut som rådet skall fatta på förslag av kommissionen. Medlemsstaternas röster skall vägas enligt bestämmelserna i samma artikel. Ordföranden får inte rösta.	Struken.
Kommissionens beslut är omedelbart tillämpliga. Om besluten inte är förenliga med kommitténs yttrande skall kommissionen emellertid genast underrätta rådet. I sådana fall:	Struken.
– skall kommissionen uppskjuta verkställandet av de beslutade åtgärderna under två månader räknat från den dag då rådet underrättades,	
– får rådet med kvalificerad majoritet fatta ett annat beslut inom den tid som anges i första strecksatsen.	
3. Kommissionen får dessutom rådfråga kommittén om alla andra frågor som gäller genomförandet av detta program, däribland de närmare förfarandena för samordning med de andra program och initiativ som anges i artikel 4.	3. Kommissionen skall också kunna rådgöra med kommittén om andra frågor som rör genomförandet av detta program.
Kommissionens företrädare skall förelägga kommittén ett förslag till åtgärder. Kommittén skall yttra sig över förslaget inom den tid som ordföranden bestämmer med hänsyn till hur brådskande frågan är, om nödvändigt genom omröstning.	Kommissionens företrädare skall förelägga kommittén ett förslag till åtgärder. Kommittén skall yttra sig över förslaget inom den tid som ordföranden bestämmer med hänsyn till hur brådskande frågan är, om nödvändigt genom omröstning.
Yttrandet skall protokollföras och dessutom har varje medlemsstat rätt att begära att få sin uppfattning tagen till protokollet.	Yttrandet skall protokollföras och dessutom har varje medlemsstat rätt att begära att få sin uppfattning tagen till protokollet.
Kommissionen skall ta största hänsyn till det yttrande som kommittén avgett. Den skall underrätta kommittén om det sätt på vilket dess yttrande har beaktats.	Kommissionen skall ta största hänsyn till det yttrande som kommittén avgett. Den skall underrätta kommittén om det sätt på vilket dess yttrande har beaktats.

4. Kommissionens företrädare skall regelbundet informera kommittén	4. Kommissionens företrädare skall regelbundet informera kommittén om
– om de ekonomiska bidrag som beviljas inom ramen för programmet (belopp, varaktighet, fördelning och mottagare) och	– beviljat finansiellt bistånd inom ramen för detta program (belopp, varaktighet, uppdelning och mottagare),
– i syfte att säkerställa enhetlighet och komplementaritet enligt artikel 4, om kommissionsförslag eller gemenskapsinitiativ och om genomförande av program på andra områden som har ett direkt samband med förverkligandet av programmets mål.	– förslag från kommissionen eller gemenskapsinitiativ och genomförande av program inom andra områden som är av betydelse för att målen i detta program skall uppnås, i syfte att säkerställa enhetlighet och komplementaritet i enlighet med artikel 4.
Artikel 6	
Internationellt samarbete	
1. När programmet genomförs skall samarbetet med tredje länder och behöriga internationella organisationer på folkhälsoområdet, särskilt Världshälsoorganisationen, Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling samt Internationella arbetsorganisationen, främjas och genomföras i enlighet med förfarandet i artikel 5.	1. Vid genomförande av detta program skall samarbete med tredje land och behöriga internationella organisationer inom folkhälsoområdet, särskilt Världshälsoorganisationen och OECD, främjas och äga rum i enlighet med artikel 5.
2. De associerade länderna i Central- och Östeuropa får delta i programmet på de villkor som fastställs i de tilläggsprotokoll till associationsavtalen om deltagande i gemenskapsprogram, som skall ingås med dessa länder. Cypern och Malta får delta i programmet på grundval av tilläggsanslag enligt samma regler som gäller för länderna i Europeiska frihandelssammanslutningen (EFTA), i enlighet med de förfaranden om vilka överenskommelse skall träffas med dessa länder.	
Artikel 7	
Uppföljning och utvärdering	

1. Kommissionen skall se till att gjorda insatser utvärderas med beaktande av medlemsstaternas rapporter och, vid behov, med hjälp av oberoende experter.

2. Kommissionen skall förelägga Europaparlamentet och rådet en delrapport efter halva tiden och en slutrapport när programmet avslutas. Dessa rapporter skall innehålla information om gemenskapsfinansieringen på de olika insatsområdena och om komplementariteten med de övriga program och initiativ som avses i artikel 4 samt resultatet av utvärderingarna. Kommissionen skall också översända rapporterna till Ekonomiska och sociala kommittén och Regionkommittén.

3. Kommissionen får vid behov lägga fram lämpliga förslag för att fullfölja programmet, på grundval av den utvärdering som avses i punkt 1.

Struken.

Utfärdad i Bryssel

På Europaparlamentets vägnar
Ordförande

På rådets vägnar
Ordförande

BILAGA I

Särskilda mål och åtgärder

A. FASTSTÄLLANDE AV HÄLSO-INDIKATORER FÖR GEMENSKAPEN

Mål

Att fastställa hälsoindikatorer för gemenskapen med hjälp av en kritisk genomgång av befintliga hälsodata och hälsoindikatorer samt att utveckla lämpliga metoder för insamling av hälsodata och för att göra dem jämförbara i enlighet med målet i artikel 1.2.	Att upprätta hälsoindikatorer för gemenskapen genom kritisk granskning av befintliga hälsodata och indikatorer, och utveckla lämpliga metoder för insamling av jämförbara och successivt harmoniserade hälsodata i enlighet med målet i artikel 1.2.
1. Att identifiera, undersöka och kritiskt analysera befintliga hälsoindikatorer och hälsodata på europeisk nivå och på medlemsstatsnivå, på grundval av data som medlemsstaterna har godkänt, i syfte att bestämma deras betydelse, kvalitet och täckningsgrad när det gäller att fastställa hälsoindikatorer inom gemenskapen.	
2. Att identifiera en grupp hälsoindikatorer för gemenskapen, däribland en undergrupp av primära indikatorer för övervakning av gemenskapens program och åtgärder på folkhälsoområdet och en undergrupp av sekundära indikatorer för övervakning av annan politik samt andra program och åtgärder inom gemenskapen och för att ge medlemsstaterna en gemensam utgångspunkt för jämförelser. En icke uttömmande förteckning över de områden för vilka hälsoindikatorer kan fastställas återges i bilaga II.	2. Att skapa en uppsättning hälsoindikatorer för gemenskapen, däri inbegripet en undergrupp av huvudindikatorer för kontroll av gemenskapens program och åtgärder inom folkhälsan, och en undergrupp av bakomliggande indikatorer för kontroll av övriga program och åtgärder inom gemenskapspolitiken, och för att förse medlemsstaterna med gemensamma verktyg för jämförelser. En ofullständig redogörelse över huvudgrupperna återfinns i bilaga II till detta program.
3. Att utveckla rutiner för insamling av uppgifter samt metoder för att göra hälsodata jämförbara, i syfte att uppnå målet i artikel 1.2, däribland stöd till utarbetande av förteckningar över data och till utformning av lämpliga metoder och regler för konvertering.	3. Att utveckla en rutin för insamling av jämförbara och/eller successivt harmoniserade data i medlemsstaterna, däri inbegripet stöd för utarbetande av förteckningar över data och upprättande av lämpliga omvandlingsmetoder och -bestämmelser.

4. Att medverka till insamling av jämförbara uppgifter genom att stödja utarbetande av enkäter, däribland enkäter som täcker hela gemenskapen och är till hjälp vid utformning av gemenskapspolitiken eller upprättande av godkända enheter eller frågeformulär som skall ingå i befintliga enkäter.

4. Att medverka till insamling av jämförbara data genom stöd för utarbetande av enkäter, däri inbegripet gemenskapstäckande enkäter som stöd för gemenskapsriktlinjer, eller enheter eller överenskomna frågeformuleringar i befintliga enkäter.

5. Att främja samarbetet med behöriga internationella organisationer på området för gemenskapsindikatorer för hälsodata och med nätverk för utbyte av hälsodata på särskilda folkhälsoområden för att förbättra insamlade uppgifters jämförbarhet.

5. Att främja samarbete med behöriga internationella organisationer inom området för europeiska hälsodata och indikatorer och nätverk för utbyte av hälsodata för specifika områden inom folkhälsan, i syfte att förbättra jämförbarheten av data.

6. Att främja och stödja utvärderingen av om det är möjligt och kostnadseffektivt att samla in standardiserad statistik som rör hälsoresurser för att låta den ingå i ett framtida hälsoövervakningssystem för gemenskapen.

6a. (ny) Att utföra genomförbarhetsstudier om möjligheten at upprätta ett bestående organ (ett europeiskt observationsorgan) som skall ansvara för övervakning och utvärdering av hälsodata och hälsoindikatorer på gemenskapens område.

B. INRÄTTANDE AV ETT NÄTVERK PÅ GEMENSKAPSNIVÅ FÖR FÖRMEDLING AV HÄLSODATA

Att göra det möjligt att upprätta ett effektivt och tillförlitligt system för överföring och förmedling av hälsodata och hälsoindikatorer, huvudsakligen med hjälp av telekommunikation.

7. Att uppmuntra och stödja inrättande av ett nätverk för överföring och förmedling av hälsodata, huvudsakligen med hjälp av telekommunikation, och ett system med spridda databaser, särskilt genom att utarbeta dataspecifikationer och förfaranden för tillträde, datasökning, sekretess och säkerhet för de olika informationsslag som skall ingå i systemet.

C. ANALYSER OCH RAPPORTER

Mål

Att utforma de metoder och redskap som är nödvändiga för analyser och rapporter samt att stödja analyser och rapporter om hälsotillstånd, tendenser, hälsofaktorer och konsekvenser av politiken på hälsoområdet.

8. Att främja och stödja utvecklingen av analyskapaciteten, genom att stärka den befintliga kapaciteten, och en kapacitet som gör det möjligt att studera användbarheten hos eventuella nya strukturer, metoder och redskap för jämförelse och prognoser, pröva hypoteser, utforma modeller samt utvärdera hälsoscenarier och resultat på hälsoområdet.	8. Att uppmuntra och stödja utveckling av resurser för analyser, genom förbättring av de befintliga resurserna, och för utförande av genomförbarhetsstudier om möjliga nya strukturer, jämförande och prognostiserande metoder och verktyg, prövning av hypoteser och modeller, och utvärdering av hälsoutveckling och resultat.
9. Att stödja analysen av effekterna av gemenskapens åtgärder och program på folkhälsoområdet och upprättande och spridning av rapporter rörande utvärderingen av dessa effekter.	9. Att stödja analys, planering och utarbetande samt spridning av rapporter om utvärdering av inverkan av gemenskapsåtgärder och program på folkhälsoområdet.
10. Att stödja förberedande, utarbetande och spridning av rapporter och annan information om hälsotillstånd och tendenser, hälsofaktorer och konsekvenserna för hälsan av andra slag av politik.	10. Att stödja planering och utarbetande samt spridning av rapporter och annat informationsmaterial om hälsotillstånd och tendenser, hälsofaktorer och övriga riktlinjers inverkan på hälsan. 10a. (ny) Att stödja spridning av rapporter och informationsmaterial till medlemsstaterna, internationella organisationer, personer och organisationer verksamma på folkhälsoområdet samt till allmänheten.

BILAGA II

En icke uttömmande förteckning över de områden för vilka hälsoindikatorer kan fastställas.

A. Hälsotillstånd

1. Förväntad livslängd:
– Förväntad livslängd vid olika åldrar
– Förväntad livslängd med god hälsa

2. Dödlighet:
– Allmän dödlighet
– Dödsorsaker
– Överlevnad i procent för vissa sjukdomar

3. Ohälsa:
– Sjukdomsspecifik ohälsa
– Sammansatt ohälsa

4. Aktivitetsförmåga och livskvalitet:
– Uppfattning om det egna hälsotillståndet
– Fysiska handikapp
– Aktivitetsbegränsningar
– Aktivitetstillstånd/förmåga
– Begränsad yrkesaktivitet av hälsoskäl
– Mental hälsa

5. Antropometriska kännetecken

B. Livsstil och hälsovanor

1. Tobakskonsumtion
2. Alkoholkonsumtion
3. Konsumtion av olagliga droger
4. Fysisk aktivitet
5. Kostvanor
6. Sexualliv
7. Övrigt

BILAGA II

En icke uttömmande förteckning över de områden för vilka hälsoindikatorer kan fastställas.

A. Hälsotillstånd

1. Förväntad livslängd:
- Förväntad livslängd vid viss ålder
- Hälsoutsikter

2. Dödlighet:
- Total
- Dödsorsaker
- Sjukdomsspecifik överlevnad

3. Ohälsa:
- Sjukdomsspecifik ohälsa
- Sammansatt ohälsa

4. Livskvalitet och funktion:
- Egen hälsouppfattning
- Fysiska handikapp
- Aktivitetsbegränsningar
- Funktionstillstånd/förmåga
- Hälsorelaterat arbetsbortfall
- Mental hälsa

5. Antropometriska kännetecken

B. Livsstil och hälsovanor

1. Tobakskonsumtion
2. Alkoholkonsumtion
3. Olaglig narkotikakonsumtion
4. Fysiska aktiviteter
5. Kostvanor
6. Sexuellt beteende
7. Övriga hälsobefrämjande åtgärder

C. Levnads- och arbetsvillkor

1. Sysselsättning/arbetslöshet:
– Yrkesmässig situation

2. Arbetsmiljö:
– Olyckor
– Exponering för cancerframkallande ämnen eller andra farliga ämnen
– Yrkessjukdomar

3. Bostadsförhållanden:

4. Aktiviteter i hemmet och på fritiden:
– Olyckor i hemmet
– Fritid

5. Transporter:
– Bilolyckor

6. Yttre miljö:
– Luftföroreningar
– Vattenföroreningar
– Andra slag av föroreningar
– Strålning
– Exponering för cancerframkallande ämnen eller andra farliga ämnen utanför arbetsplatsen

D. Hälsoskydd
1. Finansieringskällor

2. Infrastruktur/personal:
– Utnyttjande av hälso- och sjukvårdsresurser
– Personal inom hälso- och sjukvård

3. Kostnader/utgifter:
– Sjukhusvård
– Poliklinikvård
– Läkemedel

4. Konsumtion/utnyttjande:
– Sjukhusvård
– Poliklinikvård
– Läkemedel

5. Hälsofrämjande åtgärder och förebyggande av sjukdomar

C. Levnads– och arbetsvillkor

1.Sysselsättning/arbetslöshet:
- Yrke

2.Arbetsmiljö:
- Olyckor
- Exponering för cancerframkallande och andra farliga ämnen
- Arbetshälsa

3. Bostadsförhållanden

4. Aktiviteter i hemmet och på fritiden:
- Olyckor i hemmet
- Fritid

5. Resor:
- Bilolyckor

6. Yttre miljö:
- Luftföroreningar
- Vattenföroreningar
- Övriga föroreningar
- Strålning
- Exponering för cancerframkallande och andra farliga ämnen utanför arbetsplatsen

D. Hälsoskydd
1. Finansieringskällor

2. Resurser/arbetskraft
- Användning av hälsoresurser
- Hälsovårdspersonal

3. Kostnad/utgift
- Sluten värd
- Öppen värd
- Läkemedel

4. Konsumtion/användning
- Sluten vård
- Öppen vård
- Läkemedel

5. Hälsobefrämjande åtgärder och förebyggande av sjukdomar

E. Demografiska och sociala faktorer

1. Kön
2. Ålder
3. Civilstånd
4. Bostadsområde
5. Utbildning
6. Inkomst
7. Grupper i befolkningen
8. Sjukförsäkring

F. Övrigt

1. Produktsäkerhet
2. Övrigt

E. Demografiska och andra sociala faktorer

1. Kön
2. Ålder
3. Civilstånd
4. Hemvist
5. Utbildning
6. Inkomst
7. Undergrupper i befolkningen
8. Sjukförsäkring

F. Övrigt

1. Produktsäkerhet
2. Övrigt

ISSN 1024-4506

KOM(96) 581 slutlig

DOKUMENT

SV 05

Katalognummer : CB-CO-96-580-SV-C

ISBN 92-78-11552-5

Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer

L-2985 Luxemburg