

St.prp. nr. 36

(2007–2008)

Om samtykke til deltakelse i en beslutning i EØS-komiteen om innlemmelse i EØS-avtalen av EU-programmet for helse (2008–2013)

*Tilråding fra Utenriksdepartementet av 1. februar 2008,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Bakgrunn

EU-programmet for helse (2008–2013) ble formelt vedtatt i EU 23. oktober 2007 ved europaparlaments- og rådsbeslutning 1350/2007/EF. Programmet er en videreføring av EUs folkehelseprogram (2003–2008) hvor Norge er deltaker, jf. St.prp. nr. 11 (2002–2003) og Innst. S. nr. 58 (2002–2003).

I perioden 1995–2003 deltok Norge i åtte handlingsprogram om folkehelse. Disse programmene omfattet blant annet tiltak mot hiv/aids og smittsomme sykdommer, kamp mot kreft, helsefremmende tiltak, informasjon, utdanning og opplæring, tiltak mot narkotikaavhengighet, helseovervåking, tiltak mot skader og ulykker og tiltak mot hygienerelaterte og sjeldne sykdommer. Norge har også tatt del i etableringen og oppfølgingen av EUs nettverk for smittsomme sykdommer gjennom Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Fra 2003 har Norge deltatt i EUs folkehelseprogram (2003–2008). De siste årene har Kommisjonen arbeidet med forslag til en omfattende ny helsestrategi for EU. Denne strategien ble koblet til arbeidet med langtidsbudsjettet 2007–2013. Dette helseprogrammet vil fra 2008 avløse dagens folkehelseprogram.

Helseprogrammet (2008–2013) åpner på lik linje med det gjeldende folkehelseprogrammet for deltakelse fra EØS/EFTA-statene. En deltakelse

forutsetter endring av EØS-avtalens protokoll 31 artikkel 16.

Deltakelse i helseprogrammet innebærer økonomiske forpliktelser for Norge over flere år. Stortingets samtykke til deltakelse i beslutningen i EØS-komiteen er derfor nødvendig, jf. Grunnlovens § 26 annet ledd. For at Norge og de øvrige EØS/EFTA-statene skal kunne delta i programmet så tidlig som mulig, legges det opp til at Stortingets samtykke innhentes før det er truffet beslutning i EØS-komiteen.

Utkast til beslutning i EØS-komiteen og europaparlaments- og rådsbeslutning 1350/2007/EF i uoffisiell norsk oversettelse følger som trykte vedlegg til proposisjonen.

2 Nærmere om det nye helseprogrammet

Det nye helseprogrammet (2008–2013) har fokus på tre hovedområder:

1. Helseberedskap, herunder a) beskytte borgerne mot helsetrusler og b) bedre borgernes sikkerhet.
2. Helsefremmende arbeid, inkludert reduksjon av sosiale helseforskjeller, herunder a) bidra til sunn, aktiv aldring og utjevne ulikheter i helse og b) fremme en sunnere livsstil ved å bekjempe helsedeterminanter.

3. Frembringe og spre helsekunnskap, herunder
- a) utveksling av kunnskap og «best practice» og
 - b) samle, analysere og spre helseinformasjon.

Tiltak under punkt 1 a) vil være tidlig identifikasjon av potensielle trusler gjennom europeisk overvåkning, gjennom blant annet EUs senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer (ECDC), utvikling av vaksineprogram og etablering av europeiske referanselaboratorier for sjeldne eller høyrisiko sykdomsfremkallende stoffer.

Videre skal det utvikles teknisk og operasjonell kapasitet til europeisk koordinering ved helsekriser. Tiltak under punkt 1 b) vil være utveksling av kunnskap og utvikling av veiledningsmateriale om sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet. Videre vil EUs bloddirektiver, samt gjennomføring av WHO's internasjonale helsereglement stå sentralt.

Tiltak under punkt 2 a) tar utgangspunkt i at jo lenger befolkningen er ved god helse, jo lenger vil den kunne bidra til verdiskapning i arbeidslivet. Samtidig er det et mål å identifisere årsaker til ulikheter i helse innen og mellom ulike europeiske land. Utveksling av «best practice» er her et sentralt tiltak. Tiltak under punkt 2 b) vil rette seg mot årsaker til livsstilssykdommer, herunder ernæring, fysisk aktivitet og seksuell helse, samt avhengighet, herunder tobakk, alkohol og narkotika.

Tiltak under punkt 3 a) vil omfatte temaer som sjeldne sykdommer, mental helse, barns helse, ulikheter i helse mellom kjønn, samarbeid mellom helsesystemer og pasientmobilitet. Tiltak under punkt 3 b) vil ta utgangspunkt i eksisterende nettverk og overvåkingssystemer, samt benytte EUs statistikkprogram ved behov.

Nye elementer i programmets målbeskrivelse er reduksjon av ulikheter i helse og samarbeid om grenseoverskridende helsetjenester, pasientmobilitet og mobilitet av helsepersonell. Videre har programmet nå klare referanser til alternativ medisin og sykdommer som kreft.

Prioriterte mål vil bli identifisert hvert år for å bidra til at programmet bruker midlene på noen få, spesielt utvalgte tiltak tilpasset den politiske kontekst og behov som måtte oppstå. Det er under dagens folkehelseprogram opprettet en programkomité med representanter fra de deltakende landene, som skal utarbeide årlige arbeidsprogram. Denne programkomiteen vil videreføres under det nye helseprogrammet. Norge deltar på møtene i programkomiteen som observatør.

Den operasjonelle driften av programmet er lagt til et eget byrå; Public Health Executive Agency (PHEA).

3 Konstitusjonelle forhold

For di den norske deltakelsen i programmet innebærer økonomiske utgifter av en viss størrelse som skal finansieres over flere år, må Stortinget gi sitt samtykke til deltakelse i EØS-komiteens beslutning, jf. Grunnlovens § 26 andre ledd.

For å hindre at Norge forsinker ikrafttredelse av beslutningen, og for å gjøre det mulig for EØS/EFTA-statene formelt å delta i programmet så tidlig som mulig, fremmes forslag om at Stortinget gir sitt samtykke før EØS-komiteen treffer sin beslutning. Det vil dermed ikke være nødvendig for Norge å ta forbehold for konstitusjonelle prosedyrer ved beslutning i EØS-komiteen.

Det er ikke ventet at det vil komme endringer i utkastet til beslutning i EØS-komiteen. Dersom den endelige beslutningen skulle avvike vesentlig fra det utkastet som er lagt fram i denne proposisjonen, vil saken bli framlagt for Stortinget på nytt.

4 Beslutningen i EØS-komiteen

Med sikte på deltakelse fra EØS/EFTA-statene i EU-programmet for helse, vil EØS-komiteen vedta en endring av protokoll 31 artikkel 16 i EØS-avtalen, slik at avtalen også omfatter det nye helseprogrammet. I innledningen til beslutningsutkastet blir det vist til artikkel 86 og 98 i EØS-avtalen, som gjør det mulig for EØS-komiteen å endre vedleggene til avtalen gjennom vedtak i EØS-komiteen.

I *artikkel 1* i utkastet er det fastslått at denne beslutningen blir innlemmet i protokoll 31 artikkel 16 nr. 1 i EØS-avtalen.

I *artikkel 2* er det fastslått at beslutningen trer i kraft dagen etter at EØS-komiteen har mottatt alle meddelelser etter EØS-avtalens artikkel 103 nr. 1.

I *artikkel 3* er det fastslått at beslutningen skal kunngjøres i EØS-avdelingen av og EØS-tillegget til *Den europeiske unions tidende*.

5 Økonomiske og administrative og konsekvenser

Det totale budsjettet til det nye helseprogrammet vil være på 321.5 millioner euro over seks år. Det vil si ca 53.5 millioner euro per år. Rådet og Europaparlamentet har dessuten signert en erklæring hvor de forplikter seg til å finne tilleggsfinansiering av programmet hvert år.

For deltakelsen i dagens folkehelseprogram (2003–2008) er Norges totale økonomiske forplik-

telse ca 60 millioner kroner over seks år. Ved deltakelse i EUs nye helseprogram (2008–2013) vil de økonomiske utgiftene for Norge utgjøre ca 65 millioner kroner fordelt på seks år. Dette vil gi en gjennomsnittlig kostnad på 11 millioner kroner per år. Det siste året av dagens folkehelseprogram (2003–2008) vil være 2007 og programmet avløses 1. januar 2008 av det nye helseprogrammet (2008–2013). Dette innebærer at totalforpliktelsen i første programperiode reduseres tilsvarende. Utgiftene vil dekkes over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett kap. 703 post 21.

Deltakelsen i programmet gjør det mulig for EØS/EFTA-statene å plassere nasjonale eksperter i Kommisjonen. Norge har gjennom dagens folkehelseprogram to slike eksperter og vil i sammenheng med det nye helseprogrammet opprettholde denne ordningen. Lønn og godtgjørelse til de nasjonale ekspertene kommer i tillegg til programkostnadene og vil bli dekket over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett kap. 703 post 21.

6 Vurdering

Arbeidet med bedring av folkehelsen i Europa er et viktig arbeid. Norske fagmiljø har medvirket til en videreutvikling og forskning på viktige felt. De har også deltatt i europeiske prosjekter på området. Dette har kommet norske universitets- og fagmiljø til gode. Det blir i økende grad klart at mange helserelaterte utfordringer i Europa ikke kan avgrenses til enkeltland, og at et omfattende internasjonalt samarbeid er nødvendig for å kontrollere både smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer.

Vi **HARALD**, Norges Konge,

st a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak om samtykke til deltakelse i en beslutning i EØS-komiteen om innlemmelse i EØS-avtalen av EU-programmet for helse (2008–2013), i samsvar med et vedlagt forslag.

I 2007 var det totalt 63 prosjekter som ble godkjent for programstøtte. Norske organisasjoner og institusjoner deltar i 13 av disse. I 2006 var tallet på norske prosjektdeltakere 17.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i den nye programperioden arbeide for å øke kunnskapen om helseprogrammet i de norske fagmiljøene, blant annet gjennom organisering av et nasjonalt kontaktpunkt.

7 Konklusjon og tilrådning

EU-programmet for helse vil stimulere til et bredt europeisk samarbeid på et sentralt område i norsk politikk. Norsk deltakelse er derfor vurdert som viktig.

Helse- og omsorgsdepartementet tilrår at Norge deltar i en beslutning i EØS-komiteen om innlemmelse i EØS-avtalen av EU-programmet for helse (2008–2013). Utenriksdepartementet slutter seg til dette.

Utenriksdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om samtykke til deltakelse i en beslutning i EØS-komiteen om innlemmelse i EØS-avtalen av EU-programmet for helse (2008–2013).

Forslag
til vedtak om samtykke til deltakelse i en beslutning i
EØS-komiteen om innlemmelse i EØS-avtalen av
EU-programmet for helse (2008–2013)

I

Stortinget samtykker i deltakelse i en beslutning i EØS-komiteen om innlemmelse i EØS-avtalen av EU-programmet for helse (2008–2013).

Vedlegg 1

EØS-komiteens beslutning nr. [...] av [...] om endring av EØS-avtalens protokoll 31 om samarbeid på særlige områder utenfor de fire friheter

EØS-KOMITEEN HAR –

under henvisning til avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde, endret ved protokollen om justering av avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde, heretter kalt «avtalen», særlig artikkel 86 og 98, og på følgende bakgrunn:

- 1) Avtalens protokoll 31 er endret ved EØS-komiteens beslutning nr. [...] av [...] ¹.
- 2) Samarbeidet mellom avtalepartene bør utvides til å omfatte europaparlaments- og rådsbeslutning 1350/2007/EF av 23. oktober 2007 om opprettelse av Fellesskapets andre handlingsprogram på området helse (2008–13) ².
- 3) Avtalens protokoll 31 bør derfor endres for å gjøre et slikt utvidet samarbeid mulig fra 1. januar 2008 –

BESLUTTET FØLGENDE:

Artikkel 1

I avtalens protokoll 31 artikkel 16 nr. 1 skal nytt strekpunkt lyde:

- **32007 D 1350:** Europaparlaments- og rådsbeslutning 1350/2007/EF av 23. oktober 2007 om opprettelse av Fellesskapets andre handlings-

program på området helse (2008–13) (EUT L 301 av 20.11.2007, s. 3).»

Artikkel 2

Denne beslutning trer i kraft dagen etter at EØS-komiteen har mottatt alle meddelelser etter avtalens artikkel 103 nr. 1. ³

Den får anvendelse fra 1. januar 2008.

Artikkel 3

Denne beslutning skal kunngjøres i EØS-avdelingen av og EØS-tillegget til *Den europeiske unions tidende*.

Utferdiget i Brussel, [...].

For EØS-komiteen

Formann

[...]

EØS-komiteens sekretærer

[...]

¹ [...].

² EUT L 301 av 20.11.2007, s. 3.

³ [Ingen forfatningsrettslige krav angitt.][Forfatningsrettslige krav angitt.]

Vedlegg 2**Europaparlaments- og rådsvedtak nr. 1350/2007/EF av 23. oktober 2007 om opprettelse av et andre fellesskapshandlingsprogram på området helse (2008–13)**

EUROPAPARLAMENTET OG RÅDET FOR DEN EUROPEISKE UNION HAR —

under henvisning til traktaten om opprettelse av Det europeiske fellesskap, særlig artikkel 152, og under henvisning til forslag fra Kommisjonen, under henvisning til uttalelse fra Den europeiske økonomiske og sosiale komité¹, under henvisning til uttalelse fra Regionkomiteen²,

etter framgangsmåten fastsatt i traktatens artikkel 251³ og

ut fra følgende betraktninger:

- 1) Fellesskapet kan bidra til vern av borgernes helse og sikkerhet gjennom tiltak på området folkehelse. Et høyt nivå av helsevern bør sikres i utformingen og gjennomføringen av all fellesskapspolitikk og fellesskapsvirksomhet. I henhold til traktatens artikkel 152 er Fellesskapet pålagt å spille en aktiv rolle ved å vedta de tiltak som hver enkelt medlemsstat i samsvar med nærhetsprinsippet ikke kan vedta. Fellesskapet respekterer fullt og helt medlemsstatenes ansvar for å organisere og levere helsetjenester og legehjelp.
- 2) Helsesektoren kjennetegnes ved på den ene sitt enorme potensial for vekst, nyskaping og dynamikk og, på den annen side, de utfordringer den står overfor med hensyn til helsetjenestesystemenes økonomiske og sosiale bærekraft og effektivitet, blant annet som følge av den aldrende befolkning og medisinske framskritt.
- 3) Fellesskapets handlingsprogram på området folkehelse (2003 – 08), vedtatt ved europaparla-

ments- og rådsbeslutning nr. 1786/2002/EF⁴, var det første integrerte fellesskapsprogrammet på dette området, og det har allerede ført til betydelig utvikling og en rekke forbedringer.

- 4) Fortsatt innsats er nødvendig for å nå de mål som Fellesskapet allerede har satt på området folkehelse. Det bør derfor opprettes et andre fellesskapshandlingsprogram på området helse (2008–13) (heretter kalt «programmet»).
- 5) Det finnes en rekke alvorlige, grensekryssende helsetrusler av mulig verdensomspennende karakter, og nye trusler oppstår som krever ytterligere fellesskapsinnsats. Fellesskapet bør prioritere alvorlige, grensekryssende trusler mot helsen. I programmet bør det legges vekt på å styrke Fellesskapets samlede kapasitet gjennom en ytterligere utvikling av samarbeidet mellom medlemsstatene. Overvåking, tidlig varsling og tiltak mot helsetrusler er viktige områder, der en effektiv og samordnet håndtering av helsetrusler bør fremmes på fellesskapsplan. Tiltak for å sikre samarbeid mellom laboratorier for diagnostikk av høy kvalitet er avgjørende for å håndtere helsetrusler. Det bør i programmet oppmuntres til opprettelse av et system av referanselaboratorier i Fellesskapet. Et slikt system må imidlertid opprettes på et solid rettslig grunnlag.
- 6) Ifølge Verdens helseorganisasjons (WHO) europeiske helserapport for 2005 er de viktigste årsakene til sykdomsbyrdene i WHO's europeiske region, uttrykt i helsejusterte leveår (DALY), ikke-smittsomme sykdommer (77 %), skader og forgiftninger (14 %) og smittsomme sykdommer (9 %). Sju vanlige tilstander – iskemisk hjertesykdom, unipolar depressiv lidelse, cerebrovaskulær sykdom, alkoholrelaterte lidelser, kro-

¹ EUT C 88 av 11.4.2006, s. 1.

² EUT C 192 av 16.8.2006, s. 8.

³ Europaparlamentets uttalelse av 16. mars 2006 (EUT C 291 E av 30.11.2006, s. 372), Rådets felles holdning av 22. mars 2007 (EUT C 103 av 8.5.2007, s. 11) og Europaparlamentets holdning av 10. juli 2007 (ennå ikke offentliggjort i EUT). Rådsbeslutning av 9. oktober 2007.

⁴ EFT L 271 av 9.10.2002, s. 1. Beslutningen endret ved beslutning nr. 786/2004/EF (EUT L 138 av 30.4.2004, s. 7).

nisk lungesykdom, lungekreft og trafikkskader – utgjør 34 % av DALY i regionen. Sju vanlige risikofaktorer – tobakk, alkohol, høyt blodtrykk, høy kolesterol, overvekt, for lavt inntak av frukt og grønnsaker og fysisk inaktivitet – utgjør 60 % av DALY. I tillegg er smittsomme sykdommer som HIV/AIDS, influensa, tuberkulose og malaria i ferd med å bli en helsetrusel for hele Europas befolkning. En viktig oppgave med programmet bør være, ev. i samarbeid med Fellesskapets statistiske program, å bedre identifisere de største helsebyrdene i Fellesskapet.

- 7) Åtte viktige årsaker til dødelighet og sykkelighet som følge av ikke-smittsomme sykdommer i WHO's europeiske region er kardiovaskulære sykdommer, nevropsykiatrisk sykdom, kreft, fordøyelsessykdommer, sykdom i åndedrettsorganene, sykdom i sanseorganene, muskel- og skjelettsykdom og diabetes mellitus. Programmet bør i synergi med andre fellesskapstiltak og annen fellesskapsfinansiering bidra til bedre kunnskaper og informasjon om forbygging og diagnose av og kontroll med alvorlige sykdommer. Som følge av dette kan Kommisjonen i løpet av programmet framlegge forslag til relevante rådsrekommendasjoner. Programmet bør dessuten fremme egnet samordning av og synergi mellom fellesskapstiltak med hensyn til innsamling av sammenlignbare opplysninger om alvorlige sykdommer, herunder kreft.
- 8) Mikrobiell resistens mot antibiotika og sykehusinfeksjoner er i ferd med å bli en helsetrusel i Europa. Mangelen av nye, effektive antibiotika samt måter å sikre riktig bruk av eksisterende antibiotika på er viktige problemer. Relevante opplysninger bør derfor samles inn og analyseres.
- 9) I bekjempelsen av smittsomme sykdommer er det viktig å styrke rollen til Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer opprettet ved europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 851/2004⁵.
- 10) Programmet bør bygge på resultatene fra det foregående fellesskapshandlingsprogrammet på området folkehelse (2003 – 08). Det bør bidra til å oppnå et høyt fysisk og mentalt helsenivå og større likhet i helsespørsmål i Fellesskapet, gjennom tiltak for å forbedre folkehelsen, forebygge sykdom og lidelser hos mennesker og fjerne kildene til helsetrusler, for å bekjempe sykkelighet og for tidlig død. Det bør også bidra til å gi borgerne bedre tilgang til informasjon og

dermed øke deres evne til å ta de beslutningene som gagnar dem best.

- 11) Det bør i programmet legges vekt på å forbedre helsen til barn og unge og en sunn livsstil og en forbyggende holdning blant dem bør fremmes.
- 12) Integrasjon av helsemål i all fellesskapspolitikk og fellesskapsvirksomhet, uten overlapping av arbeidet som utføres innenfor annen fellesskapspolitikk, bør støttes gjennom programmet. Samordning med annen fellesskapspolitikk og andre fellesskapsprogrammer er en viktig del av målet om å integrere helse i politikken på andre områder. For å fremme synergi og unngå overlapping kan felles tiltak treffes sammen med andre fellesskapsprogrammer og fellesskapstiltak, og fellesskapsfond og fellesskapsprogrammer bør brukes på en passende måte, herunder nåværende og framtidige fellesskapsrammeprogrammer for forskning og resultatene av dem, strukturfondene, Det europeiske solidaritetsfond, fellesskapsstrategien for helse på arbeidsplassen, Fellesskapets handlingsprogram på området forbrukerpolitikk (2007–13)⁶, programmet «Forebygging av narkotikamisbruk og informasjon til offentligheten», programmet «Bekjempelse av vold (Daphne)» og Fellesskapets statistikkprogram innenfor deres respektive virksomhetsområder.
- 13) En særskilt innsats kreves for å sikre sammenheng og synergi mellom programmet og Fellesskapets eksterne tiltak, særlig når det gjelder aviær influensa, HIV/AIDS, tuberkulose og andre grensekryssende helsetrusler. Det bør dessuten være et internasjonalt samarbeid for å fremme allmenne helsereformer og allmenne institusjonelle helsespørsmål i tredjestater.
- 14) Å øke forventet levetid med opprettholdt helse gjennom å forebygge sykdom og fremme en politikk som fører til en sunnere livsstil, er viktig for EU-borgernes velferd, og bidrar til å møte utfordringene ved Lisboa-prosessen med hensyn til kunnskapssamfunnet og levedyktigheten til offentlige finanser, som presses av økte utgifter til helsetjenester og økte sosiale kostnader.
- 15) Utvidelsen av Den europeiske union har ført med seg ytterligere bekymringer når det gjelder ulikheter i helse innenfor Fellesskapet, og det vil trolig forsterkes av ytterligere utvidelser. Denne problemstillingen bør derfor prioriteres i programmet.
- 16) Programmet bør bidra til å fastsette årsakene til ulikheter i helse og det bør oppmuntres til blant

⁵ EUT L 142 av 30.4.2004, s. 1.

⁶ Europaparlaments- og rådsbeslutning 1926/2006/EF (EUT L 404 av 30.12.2006, s. 39).

annet utveksling av beste praksis for å utjevne ulikhetene.

- 17) Det er viktig å systematisk samle inn, behandle og analysere sammenlignbare opplysninger, der det tas hensyn til nasjonale begrensninger, for en effektiv overvåking av helsesituasjonen i Den europeiske union. Dette vil gjøre Kommisjonen og medlemsstatene i stand til å forbedre informasjonen til offentligheten og utforme egnede strategier, politikk og tiltak for å styrke vernet av menneskers helse. Støttetiltakene bør bidra til kompatibiliteten og samvirkingsevnen til systemene og nettverkene for utveksling av informasjon og opplysninger for bedre folkehelse. Kjønn, sosioøkonomisk status og alder utgjør viktige helsefaktorer. Innsamling av opplysninger bør, når det er mulig, bygge på eksisterende arbeid, og forslag til nye innsamlinger bør kostnadsberegnes og bygge på et klart behov. Innsamlingen av opplysninger bør etterkomme de relevante lovbestemmelser om vern av personopplysninger.
- 18) Beste praksis er viktig fordi helsefremmende og forebyggende tiltak bør måles på grunnlag av effektivitet og virkning, og ikke bare ut fra økonomiske hensyn. Beste praksis og de nyeste metodene for behandling av sykdom og skader bør fremmes for å unngå ytterligere helseforverring, og det bør utvikles europeiske referansenettverk for særskilte sykdommer.
- 19) Det bør treffes tiltak for å hindre skader, gjennom innsamling av opplysninger, analyse av skadeårsaker og videreformidling av relevant informasjon.
- 20) Helsetjenester er fortrinnsvis medlemsstatenes ansvar, men samarbeid på fellesskapsplan kan gagne både pasienter og helsesystemer. Aktiviteter som finansieres gjennom programmet, samt nye forslag som utarbeides som et resultat av disse, bør ta hensyn til Rådets konklusjoner om felles verdier og prinsipper i Den europeiske unions helsesystemer⁷, vedtatt i juni 2006, som støtter en uttalelse om de felles verdier og prinsipper i EUs helsesystemer, og oppfordrer institusjonene i Den europeiske union til å respektere dem i sitt arbeid. Det bør i programmet tas behørig hensyn til framtidig utvikling av Fellesskapets tiltak for helsetjenester, samt til arbeidet til høynivågruppen for helsetjenester og legehjelp, som er et viktig forum for samarbeid og utveksling av beste praksis mellom medlemsstatenes helsesystemer.
- 21) Programmet bør bidra til innsamlingen av opplysninger, fremming og utarbeiding av metoder og verktøy, opprettelse av nettverk og ulike former for samarbeid samt fremming av en relevant politikk for både pasienters og helsepersonells mobilitet. Det bør forenkle den ytterligere utviklingen av europeisk e-helse, gjennom felles europeiske initiativer med annen EU-politikk, herunder regionalpolitikk, samtidig som det bidrar til arbeidet med kvalitetskriterier til helserelaterte nettsteder og et europeisk helsetrygdkort. Det bør tas hensyn til telemedisin, etter som denne kan kunne bidra til grensekryssende behandling, samtidig som legehjelp i hjemmet sikres.
- 22) Miljøforurensning er en alvorlig helsetrussel og en viktig kilde til bekymring for europeiske borgere. Særskilte tiltak bør rettes mot barn og andre grupper som er særlig sårbare for skadelige miljøforhold. Programmet bør utfylle tiltakene som er truffet innenfor rammen av den europeiske handlingsplan på området miljø og helse 2004 – 10.
- 23) Programmet bør omfatte kjønnsrelaterte og aldersrelaterte helsespørsmål.
- 24) Betydningen av en helhetlig tilnærming til folkehelse bør anerkjennes i programmet, og i programmets tiltak bør det tas hensyn til ev. komplementær- og alternativ medisin, når virkningen er vitenskapelig eller klinisk dokumentert.
- 25) Føre-var-prinsippet og risikovurdering er viktige faktorer for vern av menneskers helse, og bør derfor integreres ytterligere i Fellesskapets øvrige politikk og tiltak.
- 26) I denne beslutning fastsettes for hele programets varighet en finansiell ramme som utgjør det viktigste referansegrunnlaget for budsjettmyndighetene ved den årlige budsjettbehandlingen, som definert i punkt 37 i den tverrinstitusjonelle avtalen av 17. mai 2006 mellom Europaparlamentet, Rådet og Kommisjonen om budsjett disiplin og god økonomistyring⁸.
- 27) For å sikre et høyt samordningsnivå mellom tiltak og initiativer fra Fellesskapet og medlemsstatene i gjennomføringen av programmet, må samarbeidet mellom medlemsstatene fremmes, og eksisterende og framtidige nettverk på området folkehelse må gjøres mer effektive. Det bør i forbindelse med gjennomføringen av programmet tas hensyn til deltaking fra nasjonale,

⁷ EUT C 146 av 22.6.2006, s. 1.

⁸ EUT C 139 av 14.6.2006, s. 1.

- regionale og lokale myndigheter på passende nivå i samsvar med de nasjonale systemene.
- 28) EUs investering i helse og helserelaterte prosjekter må økes. I så henseende oppmuntres medlemsstatene til å prioritere bedre helse i sine nasjonale programmer. Det er behov for bedre kunnskaper om mulighetene for EU-finansiering. Det bør oppmuntres til erfaringsutveksling mellom medlemsstatene om helsefinansiering gjennom strukturfondene.
- 29) Ikke-statlige organisasjoner og spesialiserte nettverk kan også spille en viktig rolle for å nå programmets mål. Når de streber etter å nå ett eller flere av programmets mål, kan de ha behov for bidrag fra Fellesskapet for å fungere. Det bør derfor i samsvar med rådsbeslutning 1999/468/EF av 28. juni 1999 om fastsettelse av nærmere regler for utøvelsen av den gjennomføringsmyndighet som er tillagt Kommisjonen⁹ fastsettes detaljerte bidragskriterier, bestemmelser om økonomisk innsyn og varigheten av Fellesskapets bidrag til ikke-statlige organisasjoner og spesialiserte organisasjoner som kvalifiserer til fellesskapsstøtte. Disse kriteriene bør omfatte forpliktelser for slike organisasjoner og nettverk til å fastsatte tydelige mål, handlingsplaner og målbare resultater som representerer en sterk europeisk dimensjon og utgjør en faktisk merverdi for programmets mål. Med tanke på de berørte organisasjoners egenart og i tilfeller der nytteverdien er eksepsjonelt stor, bør et unntak fra prinsippet om å gradvis redusere Fellesskapets støtteomfang være mulig når fellesskapsstøtten til slike organisasjoner og spesialiserte nettverk skal fornyes.
- 30) Programmet bør gjennomføres i nært samarbeid med relevante organisasjoner og kontorer, særlig med Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer.
- 31) De tiltak som er nødvendige for gjennomføringen av denne beslutning, bør vedtas i samsvar med beslutning 1999/468/EF, der det tas hensyn til behovet for innsyn samt en rimelig balanse mellom de forskjellige målene i programmet.
- 32) Avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (heretter kalt EØS-avtalen) inneholder bestemmelser om et samarbeid på området helse mellom, på den ene side, Det europeiske fellesskap og dets medlemsstater og, på den annen side, de stater i Det europeiske frihandelsforbund (EFTA) som deltar i Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (heretter kalt EFTA-EØS-stater). Også andre stater bør få muligheten til å delta i programmet, særlig Fellesskapets nabostater og stater som har søkt om medlemskap i Den europeiske union, kandidatstater eller tiltredende stater, der det tas særskilt hensyn til at mulige helsetrusler som oppstår i andre stater, kan ha konsekvenser innenfor Fellesskapet.
- 33) Egnede forbindelser med tredjestater som ikke deltar i programmet bør fremmes for å bidra til å nå målene i programmet, der det tas hensyn til relevante avtaler mellom disse statene og Fellesskapet. Dette kan omfatte at tredjestater driver virksomhet som kompletterer tiltak på områder av felles interesse som finansieres gjennom programmet, men bør ikke omfatte et finansielt bidrag gjennom programmet.
- 34) Det bør utvikles samarbeid med relevante internasjonale organisasjoner som De forente nasjoner og deres særorganisasjoner, særlig WHO, samt med Europarådet og Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling, med tanke på å gjennomføre programmet gjennom mest mulig effektive helsetiltak på Fellesskaps- og internasjonalt plan, der det tas hensyn til de forskjellige organisasjonenes kapasitet og roller.
- 35) En vellykket gjennomføring av målene i programmet bør bygge på en god dekning av sakene som inngår i de årlige arbeidsplanene, på valg av egnede tiltak og finansiering av prosjekter som alle har en integrert, hensiktsmessig framgangsmåte for overvåking og vurdering på plass, og på regelmessig overvåking og vurdering, herunder uavhengige, eksterne evalueringer, som bør måle tiltakenes virkning og vise hvordan de bidrar til programmets overgripende mål. Programvurderingen bør ta hensyn til det faktum at det kan ta lengre tid å nå målene i programmet enn programmets varighet.
- 36) De årlige arbeidsplanene bør dekke de viktigste tiltakene som kan forutses, som skal finansieres gjennom programmet via de forskjellige finansierungsordningene, herunder anbudsinnbydelser.
- 37) Ettersom målene i denne beslutning ikke i tilstrekkelig grad kan nås av medlemsstatene, siden de berørte sakene er tverrnasjonale, og de derfor, fordi borgernes helse og sikkerhet kan sikres mer effektivt av fellesskapstiltak enn av bare nasjonale tiltak, bedre kan nås på fellesskapsplan enn på nasjonalt plan, kan Fellesskapet vedta tiltak i henhold til nærhetsprinsippet i traktatens artikkel 5. I samsvar med forholds-
-
- ⁹ EFT L 184 av 17.7.1999, s. 23. Beslutningen endret ved beslutning 2006/512/EF (EUT L 200 av 22.7.2006, s. 11).

messighetsprinsippet fastsatt i nevnte artikkel går denne beslutning ikke lenger enn det som er nødvendig for å nå disse målene.

- 38) I samsvar med traktatens artikkel 2 der det er fastsatt at likestilling mellom kvinner og menn er et av Fellesskapets prinsipper, og i samsvar med traktatens artikkel 3 nr. 2 der det er fastsatt at Fellesskapet skal ha som mål å fjerne ulikheter og fremme likestilling mellom kvinner og menn i all virksomhet i Fellesskapet, herunder et høyt helsevernivå, bidrar alle mål og tiltak som omfattes av programmet til å fremme bedre forståelse og anerkjennelse av hhv. kvinners og menns behov og tilnærminger til helse.
- 39) En passende overgang mellom programmet og det forrige programmet som det erstatter, bør sikres, særlig når det gjelder fortsettelsen av flerårige ordninger for styringen av det, for eksempel finansiering av faglig og administrativ bistand. Fra og med 1. januar 2014 bør bevilgningene til faglig og administrativ bistand om nødvendig omfatte utgiftene i forbindelse med styringen av tiltak som ikke er avsluttet ved utgangen av 2013.
- 40) Denne beslutning erstatter beslutning nr. 1786/2002/EF. Nevnte beslutning bør derfor oppheves –

TRUFFET DENNE BESLUTNING:

Artikkel 1

Opprettelse av programmet

Det andre «fellesskapshandlingsprogram på området helse (2008–13)» som omfatter tidsrommet fra 1. januar 2008 til 31. desember 2013 (heretter kalt «programmet») er hermed opprettet.

Artikkel 2

Mål

1. Programmet skal utfylle, støtte og gi merverdi til politikk i medlemsstatene og bidra til økt solidaritet og velstand i Den europeiske union ved å verne og fremme menneskers helse og sikkerhet og forbedre folkehelsen.
2. Følgende mål skal etterstrebes gjennom tiltakene i vedlegget:
 - forbedre borgernes helsesikkerhet,
 - fremme helse, herunder redusere helseulikheter,
 - utarbeide og videreformidle opplysninger og kunnskaper om helse.

Tiltakene nevnt i nr. 1 skal ev. støtte forebygging av

viktige sykdommer og bidra til å redusere forekomsten av dem samt deres dødelighet og dødelighet som følge av dem.

Artikkel 3

Finansiering

1. Den finansielle rammen for gjennomføringen av programmet for tidsrommet nevnt i artikkel 1, fastsettes til 321 500 000 euro.
2. Budsjettmyndigheten skal godkjenne de årlige bevilgningene innenfor den finansielle rammens grenser.

Artikkel 4

Finansielle bidrag

1. Fellesskapets finansielle bidrag skal være høyst:
 - a) 60 % av kostnadene til et tiltak beregnet på å bidra til å nå et av programmets mål, unntatt i tilfeller av eksepsjonelt stor nytteverdi, der bidraget fra Fellesskapet skal være høyst 80 %, og
 - b) 60 % av kostnadene til driften av en ideell ikke-statlig organisasjon eller ideelt spesialisert nettverk, som er uavhengig av næringslivs-, kommersielle eller forretningsinteresser, eller andre motstridende interesser, som har medlemmer i minst halvparten av medlemsstatene, med en balansert geografisk dekning, og har som sitt overgripende mål et eller flere av programmets mål, der støtten er nødvendig for å nå målene. I tilfeller av eksepsjonell nytteverdi skal Fellesskapets bidrag være høyst 80 %.
2. Fornyelsen av de finansielle bidragene fastsatt i nr. 1 bokstav b) til ikke-statlige organisasjoner og spesialiserte nettverk kan unntas fra prinsippet om gradvis reduksjon.
3. Fellesskapets finansielle bidrag kan samfinansieres av Fellesskapet og en eller flere medlemsstater eller av Fellesskapet og de vedkommande myndigheter i andre deltakende stater, dersom dette er hensiktsmessig med tanke på målet som skal nås. I så fall skal Fellesskapets bidrag være høyst 50 %, unntatt i tilfeller av eksepsjonell nytteverdi, der Fellesskapets bidrag skal være høyst 70 %. Fellesskapets bidrag kan tildeles et ideelt offentlig organ eller en ideell ikke-statlig organisasjon som er uavhengig av næringslivs-, kommersielle eller forretningsinteresser, eller andre motstridende interesser, og som har som sitt overgripende mål et eller flere av programmets mål, og som den berørte

medlemsstaten eller den vedkommende myndighet har utpekt gjennom en framgangsmåte med innsynsmulighet og som Kommisjonen har godkjent.

4. Fellesskapets finansielle bidrag kan også tildeles i form av et engangsbeløp og finansiering etter fast sats, når dette er hensiktsmessig for de berørte tiltaks egenart. Prosentsatsene i nr. 1 og 3 får ikke anvendelse på slike finansielle bidrag, selv om en samfinansiering fortsatt er påkrevd.

Artikkel 5

Administrativ og faglig bistand

1. Programmets finansielle ramme kan også omfatte kostnader til forberedelse, overvåking, kontroll, revisjon og evaluering i forbindelse med den direkte styringen av programmet og gjennomføringen av programmets mål, særlig kostnader til undersøkelser, møter, informasjons- og publiseringstiltak, kostnader knyttet til datanett i forbindelse med informasjonsutveksling, samt alle andre kostnader knyttet til faglig og administrativ bistand som Kommisjonen har tilgang til i forbindelse med styringen av programmet.
2. Den finansielle rammen kan også omfatte kostnader til faglig og administrativ bistand som er nødvendige for å sikre overgangen mellom programmet og tiltakene som er vedtatt i henhold til beslutning nr. 1786/2002/EF. Bevilgninger kan ved behov føres inn i budsjettet etter 2013 for å dekke lignende kostnader, for å kunne styre tiltak som ennå ikke er avsluttet 31. desember 2013.

Artikkel 6

Gjennomføringsmetoder

Tiltak for å nå målene fastsatt i artikkel 2 skal omfatte egnede, tilgjengelige gjennomføringsmetoder, herunder særlig:

- a) direkte eller indirekte sentral gjennomføring av Kommisjonen, og
- b) ev. felles styring med internasjonale organisasjoner.

Artikkel 7

Gjennomføring av programmet

1. Kommisjonen skal i nært samarbeid med medlemsstatene sikre at tiltakene fastsatt i programmet gjennomføres i samsvar med artikkel 3 og 8.
2. Kommisjonen og medlemsstatene skal innenfor

sine kompetanseområder treffe egnede tiltak for å sikre at programmet drives effektivt, og for å utarbeide ordninger på fellesskapsplan og i medlemsstatene for å nå målene i programmet. De skal sikre at det er framlagt hensiktsmessig informasjon om tiltak som støttes av programmet, og at passende deltakelse er oppnådd.

3. For å nå målene i programmet skal Kommisjonen i nært samarbeid med medlemsstatene
 - a) etterstrebe at data og informasjon kan sammenlignes, og at systemer og nettverk for utveksling av data og informasjon om helse er kompatible og kan samvirke, og
 - b) sikre nødvendig samarbeid og kommunikasjon med Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer og andre relevante EU-organer for å bruke fellesskapsmidlene på best mulig måte.
4. Ved gjennomføringen av programmet skal Kommisjonen sammen med medlemsstatene sikre at alle relevante lovbestemmelser om vern av personopplysninger etterkommes, og at det ev. innføres ordninger for å sikre opplysningenes fortrolighet og sikkerhet.

Artikkel 8

Gjennomføringstiltak

1. De nødvendige tiltak for gjennomføringen av denne beslutning knyttet til følgende, skal vedtas etter framgangsmåten nevnt i artikkel 10 nr. 2.
 - a) Den årlige arbeidsplanen for gjennomføringen av programmet, som omfatter
 - i) prioriterte områder og tiltak som skal gjennomføres, herunder tildelingen av finansielle midler,
 - ii) kriterier for prosentandelen av Fellesskapets finansielle bidrag, herunder kriterier for vurdering av om nytteverdien er eksepsjonelt stor eller ikke,
 - iii) ordningene for gjennomføring av de felles strategier og tiltak nevnt i artikkel 9.
 - b) Utvalgskriterier, tildelingskriterier og andre kriterier til finansielle bidrag til tiltakene i programmet i samsvar med artikkel 4.
2. Alle andre nødvendige tiltak for gjennomføringen av denne beslutning skal vedtas etter framgangsmåten nevnt i artikkel 10 nr. 3.

Artikkel 9

Felles strategier og tiltak

1. For å sikre et høyt nivå av vern av menneskers helse ved utformingen og gjennomføringen av

all fellesskapspolitikk og all fellesskapsvirksomhet, og for å fremme integrasjon av helse, kan programmets mål gjennomføres som felles strategier og felles tiltak ved å opprette lenker til relevante fellesskapsprogrammer, fellesskapstiltak og fellesskapsmidler.

2. Kommisjonen skal sikre best mulig synergi mellom programmet og andre fellesskapsprogrammer, fellesskapstiltak og fellesskapsmidler.

Artikkel 10

Komité

1. Kommisjonen skal bistås av en komité (heretter kalt «komiteen»).
2. Når det vises til dette nummer, får artikkel 4 og 7 i beslutning 1999/468/EF anvendelse, samtidig som det tas hensyn til bestemmelsene i beslutningens artikkel 8.
Tidsrommet fastsatt i artikkel 4 nr. 3 i beslutning 1999/468/EF skal være to måneder.
3. Når det vises til dette nummer, får artikkel 3 og 7 i beslutning 1999/468/EF anvendelse, samtidig som det tas hensyn til bestemmelsene i beslutningens artikkel 8.

Artikkel 11

Tredjestaters deltaking

Programmet er åpent for deltaking for

- a) EFTA/EØS-statene i samsvar med vilkårene fastsatt i EØS-avtalen, og
- b) tredjestater, særlig stater som omfattes av den europeiske naboskapspolitikken, stater som har søkt om EU-medlemskap, kandidatstater og tiltrедende stater, samt Vest-Balkanstatene som inngår i stabiliserings- og tilknytningsprosessen, i samsvar med vilkårene fastsatt i de respektive bilaterale eller multilaterale avtaler om de allmenne prinsippene for deres deltaking i fellesskapsprogrammer.

Artikkel 12

Internasjonalt samarbeid

I løpet av gjennomføringen av programmet skal forbindelser og samarbeid med tredjestater som ikke deltar i programmet og med relevante internasjonale organisasjoner, særlig WHO, oppmuntres.

Artikkel 13

Overvåking, vurdering og resultatformidling

1. Kommisjonen skal i nært samarbeid med medlemsstatene overvåke gjennomføringen av programmets tiltak på bakgrunn av programmets mål. Kommisjonen skal hvert år framlegge for Komiteen en rapport om alle tiltakene og prosjektene som er finansiert gjennom programmet, og skal holde Europaparlamentet og Rådet underrettet.
2. Medlemsstatene skal etter anmodning fra Kommisjonen, som skal unngå en uproporsjonal økning i medlemsstatenes administrative byrde, framlegge alle tilgjengelige opplysninger om programmets gjennomføring og virkning.
3. Kommisjonen skal framlegge for Europaparlamentet, Rådet, Den europeiske økonomiske og sosiale komité og Regionkomiteen
 - a) senest 31. desember 2010 en ekstern og uavhengig, forløpig vurderingsrapport om resultatene som er oppnådd i forbindelse med programmets mål, samt de kvalitative og kvantitative aspektene ved gjennomføringen av programmet og sammenheng og komplementaritet med andre relevante fellesskapsprogrammer, fellesskapstiltak og fellesskapsfinansiering. Rapporten skal særlig gjøre det mulig å vurdere tiltakenes virkning i alle stater. Rapporten skal omfatte et sammendrag av de viktigste konklusjonene, og den skal ledsages av Kommisjonens merknader,
 - b) senest 31. desember 2011 en meddelelse om fortsettelsen av dette programmet,
 - c) senest 31. desember 2015 en ekstern og uavhengig, foreløpig vurderingsrapport for programmets gjennomføring og resultater.
4. Kommisjonen skal gjøre resultatene av tiltakene som er gjennomført i henhold til denne beslutning offentlig tilgjengelige, og sikre at de viderefremmes.

Artikkel 14

Oppheving

Beslutning nr. 1786/2002/EF oppheves med virkning fra 1. januar 2008.

Kommisjonen skal vedta de administrative tiltak som er nødvendige for å sikre overgangen mellom tiltakene vedtatt i henhold til beslutning nr. 1786/2002/EF og tiltakene som skal gjennomføres innenfor rammen av programmet.

Artikkel 15**Ikraftttredelse**

Denne beslutning trer i kraft dagen etter at den er kunngjort i *Den europeiske unions tidende*.

Utfærdiget i Strasbourg, 23. oktober 2007.

<i>For Europaparlamentet</i>	<i>For Rådet</i>
H.-G. PÖTTERING.	M. LOBO ANTUNES
<i>President</i>	<i>Formann</i>

Vedlegg**Tiltak nevnt i artikkel 2 nr. 2**

1. Forbedre borgernes helsesikkerhet.
 - 1.1. Beskytte borgerne mot helsetrusler.
 - 1.1.1. Utarbeide strategier og ordninger for å forebygge, utveksle informasjon om og vedta tiltak mot på helsetrusler fra smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer og helsetrusler fra fysiske, kjemiske eller biologiske kilder, herunder tilsiktede utslipp; treffe tiltak for å sikre samarbeid mellom medlemsstatenes laboratorier for diagnostikk av høy kvalitet; støtte eksisterende laboratorier som utfører arbeid som er relevant for Fellesskapet; arbeide for å opprette et nettverk av referanselaboratorier i Fellesskapet.
 - 1.1.2. Støtte utviklingen av politikk for forebygging, vaksinasjon og immunisering; forbedre partnerskap, nettverk, verktøy og rapporteringssystemer for immuniseringsstatus og overvåking av bivirkninger.
 - 1.1.3. Utvikle risikohåndteringsevne og risikohåndteringsprosedyrer; forbedre beredskapen og planleggingen foran helsekriser, herunder bedre samordning av krisetiltak i EU og internasjonalt; utvikle risikokommunikasjon og framgangsmåter for rådgivning om mottiltak.
 - 1.1.4. Fremme samarbeidet og forbedringen av eksisterende innsatsevne og ressurser, herunder verneutstyr, isolasjonsanlegg og mobile laboratorier som raskt kan settes inn i nødssituasjoner.
 - 1.1.5. Utvikle strategier og framgangsmåter for utarbeiding av, forbedre beredskapsevnen til, gjennomføre øvelser og prøvinger av samt vurdere og revidere allmenne beredskapsplaner og særskilte planer for helsekriser og deres kompatibilitet mellom medlemsstatene.

- 1.2. Forbedre borgernes sikkerhet.
 - 1.2.1. Støtte og forbedre vitenskapelig rådgivning og risikovurdering gjennom å fremme tidlig påvisning av risikoer; analysere deres mulige innvirkning; utveksle informasjon om farer og eksponering og fremme integrerte og harmoniserte tilnærminger.
 - 1.2.2. Bidra til å forbedre sikkerheten ved og kvaliteten på organer og stoffer av menneskelig opprinnelse, blod og blodprodukter; fremme deres tilgjengelighet, sporbarhet og tilgang ved medisinsk bruk, samtidig som medlemsstatenes ansvar i henhold til traktatens artikkel 152 nr. 5 respekteres.
 - 1.2.3. Fremme tiltak for å forbedre pasientsikkerheten gjennom sikre helsetjenester av høy kvalitet, også i forbindelse med antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner.
2. Fremme helse.
 - 2.1. Fremme en sunnere livsstil og redusere helseulikheter.
 - 2.1.1. Fremme initiativer for å øke forventet levetid med opprettholdt helse og fremme sunn aldring; støtte tiltak som fremmer og undersøker helsens betydning for produktivitet og deltaking i arbeidslivet, som et bidrag til å oppfylle Lisboa-målene; støtte tiltak som undersøker hvilken betydning annen politikk har på helse.
 - 2.1.2. Støtte initiativer for å fastsette årsakene til helseulikheter, håndtere og redusere helseulikheter innenfor og mellom medlemsstater, også i forbindelse med kjønnsforskjeller, for å bidra til velstand og sammenheng; fremme investering i helse i samarbeid med annen fellesskapspolitikk og fellesskapsfinansiering; forbedre solidariteten mellom nasjonale helsesystemer ved å støtte samarbeid om saker som gjelder grensekryssende helsetjenester og pasienters og helsepersonells mobilitet.
 - 2.2. Fremme en sunnere livsstil og redusere alvorlige sykdommer og personskader ved å håndtere helsefaktorer.
 - 2.2.1. Håndtere helsefaktorer for å fremme og forbedre fysisk og mental helse, skape et gunstig miljø for en sunn livsstil og forbygge sykdom; treffe tiltak for viktige faktorer som kosthold, fysisk aktivitet og seksuell helse, og om avhengighetsskapende faktorer som tobakk, alkohol, narkotika og feil bruk av legemidler, med vekt på viktige miljøer som skoler og arbeidsplasser, og gjennom hele livssyklusen.

- 2.2.2. Fremme tiltak for forebygging av alvorlige sykdommer av særlig betydning med tanke på den samlede sykdomsbyrden i Fellesskapet og for sjeldne sykdommer, når fellesskapstiltak gjennom å håndtere deres viktige helsefaktorer kan gi nasjonal innsats en betydelig merverdi.
- 2.2.3. Håndtere helsevirkninger av mer allmenne miljøfaktorer, herunder inneklimatekvalitet, eksponering for giftige kjemikalier når disse ikke er håndtert gjennom andre fellesskapsinitiativer, samt sosioøkonomiske faktorer.
- 2.2.4. Fremme tiltak for å bidra til å redusere ulykker og personskader.
3. Utarbeide og formidle informasjon og kunnskaper om helse.
 - 3.1. Utveksle kunnskaper og beste praksis.
 - 3.1.1. Utveksle kunnskaper og beste praksis om helsespørsmål innenfor programmets virkeområde.
 - 3.1.2. Støtte samarbeid for å forbedre bruken av beste praksis innenfor medlemsstatene, herunder støtte ev. europeiske referansenettverk.
 - 3.2. Samle inn, analysere og formidle opplysninger om helse.
 - 3.2.1. Fortsette utviklingen av et holdbart helseovervåkingssystem med ordninger for innsamling av sammenlignbare opplysninger og informasjon med egnede indikatorer; sikre egnet samordning og oppfølging av fellesskapsinitiativer om kreftregistre, som blant annet bygger på opplysninger som er innsamlet under gjennomføringen av rådsrekommendasjon av 2. desember 2003 om kreftscreening¹⁰; samle inn opplysninger om helseforhold og helsepolitikk; utvikle den statistiske delen av dette systemet med Fellesskapets statistikkprogram.
 - 3.2.2. Utvikle ordninger for analyse og viderefremming, herunder fellesskapshelserapporter, helseportalen og konferanser; framlegge informasjon for borgere, de berørte parter og politiske beslutningstakere, utvikle rådgivningsordninger og deltakingsprosesser; regelmessig utarbeide rapporter om helseforhold i Den europeiske union på grunnlag av alle opplysninger og helsefaktorer, og som inneholder en kvalitativ og kvantitativ analyse.

- 3.2.3. Framskaffe analyse og faglig bistand som støtter utarbeidingen og gjennomføringen av politikk eller lovgivning i forbindelse med programmets virkeområde.

Trilateral erklæring om det andre fellesskapshandlings-programmet på området folkehelse 2008–13

Europaparlamentet, Rådet og Kommisjonen

- er enige om at det skal gis tilstrekkelig økonomisk støtte til det andre fellesskapshandlingsprogrammet på området helse (2008–13), slik at det skal kunne gjennomføres i sin helhet,
- gjør oppmerksom på artikkel 37 i den tverrinstitusjonelle avtalen om budsjett disiplin og forsvarelig økonomisk forvaltning¹¹, der budsjettmyndigheten og Kommisjonen forplikter seg til å avvike høyst 5 % fra budsjettet, med mindre det oppstår nye, objektive, langsiktige omstendigheter som er detaljert begrunnet. Eventuelle økninger som følge av slike omstendigheter skal være innenfor den eksisterende øvre grensen for det berørte området,
- forsikrer at de er villige til å foreta en forsvarlig vurdering av særskilte behov og omstendigheter i forbindelse med helseprogrammet i den årlige budsjettbehandlingen.

Kommisjonserklæring

1. Kommisjonen framla 24. mai 2006 et endret forslag til et andre fellesskapshandlingsprogram på området helse (2007–13).¹² I artikkel 7 ble programmets referansebeløp foreslått til 365,6 millioner euro for tidsrommet 2007–2013.
2. På grunn av forsinkelser i lovgivningsprosessen underrettet Kommisjonen budsjettmyndigheten 23. mars 2007 om at starten for det nye folkehelseprogrammet måtte utsettes til budsjettåret 2008¹³. Dermed måtte den finansielle rammen for det nye folkehelseprogrammet 2008–13 endres til 321,5 millioner euro.
3. Et beløp på 44,1 millioner euro vil brukes i budsjettåret 2007 under det nåværende folkehelseprogrammet¹⁴, for å sikre best mulig kontinuitet i folkehelse tiltak. Den totale finansielle rammen for folkehelse tiltak som finansieres fra programmene i tidsrommet 2007–13 utgjør derfor 365,6 millioner euro.

¹² EUT C 139 av 14.6.2006, s. 1.

¹³ KOM(2007) 150.

¹⁴ Europaparlaments- og rådsavgjørd nr. 1786/2002/EF av 23. september 2002 om vedtaking av eit fellesskapshandlingsprogram på området folkehelse (2003 – 08) (EFT L 271 av 9.10.2002, s. 1).

¹⁰ EUT L 327 av 16.12.2003, s. 34.

