



COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

Bruxelas, 11.11.1996
COM(96) 581 final

95/0238 (COD)

PARECER DA COMISSÃO

nos termos do nº 2 alínea d) do artigo 189º-B do Tratado CE,
sobre as alterações do Parlamento Europeu
à posição comum do Conselho respeitante à

proposta de

DECISÃO DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO

**que adopta um programa de acção comunitária sobre a vigilância da saúde no contexto
do quadro de acção no domínio da saúde pública
(1997-2001)**

QUE ALTERA A PROPOSTA DA COMISSÃO

nos termos do nº 2 do artigo 189º-A do Tratado CE

A entrada em vigor do Tratado da União Europeia conferiu à Comunidade uma competência específica em matéria de saúde pública. Para atingir os objectivos de protecção da saúde definidos na alínea o) do artigo 3º e no artigo 129º do Tratado que institui a Comunidade Europeia, a Comissão definiu, na sua Comunicação COM(93) 559 final, um quadro de acção no domínio da saúde pública.

Ao iniciar acções ao abrigo do artigo 129º, a Comunidade deve empenhar-se na prevenção das doenças e na protecção da saúde. Uma das condições prévias para esta acção é o conhecimento dos problemas existentes, da sua natureza e da sua dimensão. Torna-se, pois, necessário avaliar as mudanças registadas na saúde, bem como o impacte de políticas, programas e acções, tanto a nível dos Estados-membros como a nível comunitário, por forma a determinar se as acções atingem os seus objectivos e conduzem efectivamente às melhorias pretendidas. São, portanto, necessárias medidas apropriadas à vigilância da saúde e seus factores, bem como uma capacidade para fiscalizar e avaliar as acções. Com base nos critérios estabelecidos na comunicação da Comissão acima mencionada, os dados e os indicadores de saúde foram considerados um meio essencial para a aquisição desses conhecimentos e dessa capacidade, constituindo, assim, uma prioridade de acção comunitária.

Em consequência, a Comissão propôs um programa de acção comunitária sobre a vigilância da saúde¹ com o objectivo de contribuir para o desenvolvimento de um sistema de vigilância da saúde de elevada qualidade, que serviria de base às políticas a adoptar na Comunidade Europeia. Pretende-se atingir este objectivo 1) através do estabelecimento de um conjunto de indicadores de saúde, 2) através do desenvolvimento de uma rede de recolha e divulgação dos dados necessários aos indicadores e 3) através do desenvolvimento da capacidade de analisar esses dados.

O Comité Económico e Social (CES) adoptou o seu parecer em 27 de Março de 1996².

De uma forma geral, o parecer é muito favorável ao programa de vigilância da saúde proposto. O CES congratula-se com o programa e apoia-o, sublinhando a relevância do estabelecimento e da manutenção dos indicadores de saúde. Salienta a cooperação da Comissão com a Organização Mundial de Saúde, a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico e o Observatório Europeu da Droga e da

¹ JO C 338, de 16.12.1995; COM(95) 449 final.

² JO C 174/02, de 17.06.1996, p. 3.

Toxicodependência.

O CES propõe que a lista de domínios e rubricas de potenciais indicadores de saúde, apresentada no Anexo A da Comunicação que acompanha a proposta, seja anexada a esta última. Por fim, chama a atenção para o orçamento previsto para o programa que, em sua opinião, devia ser aumentado atendendo à importância do tema.

O Comité das Regiões (CR) adoptou o seu parecer em 18 de Janeiro de 1996³.

O CR não levanta objecções aos objectivos gerais do programa proposto, embora insista em que o CR e as autoridades locais e regionais devam ter um papel significativo na implementação do programa. Observa igualmente que o programa podia ser utilizado para estabelecer futuramente normas mínimas de saúde em todos os Estados-membros.

O CR manifesta a sua preocupação pelo facto de o orçamento ser demasiado limitado para permitir a necessária cooperação com outras agências, autoridades locais e regionais, etc.

O CR propõe que a composição do Comité se reduza a um (1) representante por Estado-membro em vez dos dois (2) representantes por Estado-membro propostos. Além disso, gostaria que outros membros do Comité proviessem de organismos regionais como o CR, o NOMESKO (Comité Nórdico de Estatística Médica) entre outros.

O Parlamento Europeu adoptou o seu parecer, após a primeira leitura, em 17 de Abril de 1996⁴, introduzindo 44 emendas na proposta inicial da Comissão. As emendas adoptadas pretendem modificar ou completar a proposta de Decisão em diversos pontos:

- disposições respeitantes à implementação do programa: comitologia e orçamento;
- aspectos gerais relacionados com o âmbito do programa (incluindo a criação de um Observatório Europeu da Saúde e a definição de objectivos em matéria de saúde pelos Estados-membros);
- mais informações sobre certas medidas, através de uma nova redacção ou de adendas ao texto, incluindo um Anexo (II), contendo uma lista de potenciais domínios em que podiam ser estabelecidos indicadores de saúde.

A Comissão aceitou, na totalidade ou em parte, 28 das 44 emendas propostas pelo Parlamento.

Em 13 de Maio de 1996, a Comissão adoptou uma proposta alterada que tem em conta as emendas⁵ do Parlamento acima citadas.

Em 14 de Maio de 1996, o Conselho adoptou por unanimidade uma posição comum,

³ JO C 129/11, de 02.05.1996, p. 50.

⁴ Doc. PE 215.742/fin.

⁵ COM(96) 222 final.

tendo em vista a adopção da Decisão em questão.

A Comissão não pôde aceitar esta posição comum e manifestou reservas quanto aos seguintes pontos:

- **Artigo 3º (Orçamento):** a posição comum adoptada pelo Conselho estabelece disposições para a atribuição de um orçamento de 13 milhões de ecus ao programa durante um período de cinco anos, entre 1 de Janeiro de 1997 e 31 de Dezembro de 2001.
Na sua proposta, a Comissão tinha proposto um total de 13,8 milhões de ecus para o período de 1997-2001. A Comissão considera que a sua proposta respeita os limites, nos termos da Rubrica 3 das Perspectivas Financeiras, sendo relativamente modesta, dada a escala do novo programa e a sua importância. A Comissão solicitou, portanto, que fosse inserida uma declaração na acta do Conselho, mantendo a sua posição quanto ao orçamento, que considera insuficiente.
- **Artigo 5º (Comitologia):** o Conselho pretende introduzir um procedimento "misto" no tocante à comitologia para a aplicação do programa. De acordo com este procedimento, que é semelhante ao estabelecido para outros programas de saúde pública (SIDA, Cancro e Promoção da Saúde), haveria 9 domínios que estariam abrangidos pela competência de "gestão" do Comité e outros domínios abrangidos pela competência "consultiva". A Comissão manifestou reservas relativamente a esta abordagem, que considera demasiado burocrática e dispendiosa, preferindo um Comité de carácter puramente consultivo, que abrangeria explicitamente algumas das áreas de actividade previstas pelo Conselho, embora a elas não se limitasse.
- **Nº 3 do artigo 7º (Avaliação):** o Conselho pretendia que a Comissão fizesse propostas relativamente à continuação do programa. A Comissão lamenta que a referência a avaliações constitua a base para a apresentação de recomendações sobre a continuação do programa, uma vez que tal pode não ser desejável ou adequado relativamente ao direito de iniciativa da Comissão. Em conformidade, a Comissão emitiu reservas relativamente ao nº 3 do artigo 7º para constarem da acta do Conselho.
- **Considerando 26, alínea g) do artigo 5º, Anexo I (Objectivo A e Acção A.3):** a Comissão lamenta a supressão dos termos "dados progressivamente harmonizados" no considerando 26, bem como a referência a que os dados passem a ser meramente "comparáveis", em vez de ser "progressivamente harmonizados", constante da alínea g) do artigo 5º e do Objectivo A e da Acção A.3 do Anexo I; tendo em conta a segunda leitura do Parlamento Europeu, a Comissão mantém a sua posição nesta matéria. Foi exarada na acta do Conselho uma reserva pertinente.

Além disso, o Conselho não adoptou todas as emendas propostas pelo Parlamento Europeu, que a Comissão tinha introduzido na sua proposta alterada. Dada a importância atribuída pelo Parlamento a estas emendas, a Comissão só pode exprimir as suas reservas quanto à sua não inclusão na posição comum do Conselho, tendo, para o efeito, ditado uma declaração para a acta.

Em 23 de Outubro de 1996, o Parlamento Europeu⁶ adoptou 19 emendas à posição comum do Conselho. O parecer da Comissão relativo a estas emendas é apresentado em anexo.

A Comissão salienta que, nos termos do disposto no n.º 3 do artigo 189º-B do Tratado, se, no prazo de três meses após a recepção das emendas do Parlamento Europeu, o Conselho, deliberando por maioria qualificada, aprovar todas essas emendas, modifica a sua posição comum nesse sentido e adopta o acto em causa; todavia, o Conselho delibera por unanimidade sobre as emendas em relação às quais a Comissão tenha dado parecer negativo. Se o Conselho não adoptar o acto em questão, o Presidente do Conselho, de acordo com o Presidente do Parlamento Europeu, convoca sem demora o Comité de Conciliação.

⁶

Doc. PE 218.544/fin.

ANEXO⁷

Emenda 1: parecer da Comissão: parcialmente aceite.

A Comissão só pode aceitar parte da emenda, porque um considerando deve fazer referência a um texto jurídico (p. ex.: resolução, conclusão, recomendação) e não a uma "reunião de conciliação".

Emenda 2: parecer da Comissão: parcialmente aceite.

A Comissão só pode aceitar parte da emenda, porque o termo "comparáveis" leva a que os dados a recolher pelo sistema se resumam aos que são comparáveis, o que não é desejável, já que actualmente a maioria dos dados não é comparável. Não se deveria esperar que os Estados-membros produzam dados comparáveis para desenvolver indicadores de saúde. Além disso, é importante salientar que o sistema inclui a recolha de dados de saúde. Por fim, a rede pode já existir e, consequentemente, não necessitar de ser criada.

Emenda 3: parecer da Comissão: rejeitada.

O apoio a actividades específicas dos Estados-membros está fora do âmbito do programa de vigilância da saúde. Por outro lado, o princípio de subsidiariedade indica que a criação e a melhoria das bases de dados dos Estados-membros é da competência dos Estados-membros.

Emenda 4: parecer da Comissão: rejeitada.

A Comissão rejeita esta emenda, porque se trata de um considerando importante. Não há motivos evidentes para a sua supressão.

Emenda 5: parecer da Comissão: rejeitada.

O texto deverá respeitar a redacção do artigo 129º.

Emenda 6: parecer da Comissão: parcialmente aceite.

A Comissão só pode aceitar parte da emenda, porque nem todos os dados exigem um desenvolvimento comum de definições, etc. É, por isso, ambíguo utilizar esta formulação. Além do mais, na sua redacção actual, a emenda não faz sentido.

Emenda 7: parecer da Comissão: aceite.

A redacção desta emenda é a da proposta inicial da Comissão.

Emenda 8: parecer da Comissão: rejeitada.

A margem prevista na Rubrica orçamental 3, em cujo âmbito se enquadra este programa, não permite aquele aumento.

Emenda 9: parecer da Comissão: aceite.

A Comissão pode aceitar esta emenda na totalidade, porque a redacção é coerente com a dos três outros programas de saúde pública, tal como acordado na reunião de

⁷

A numeração das emendas corresponde à numeração da Recomendação para segunda leitura - Doc. PE 218.544/fin.

conciliação de Dezembro de 1996.

Emenda 10: parecer da Comissão: parcialmente aceite.

O ponto 1 é apenas parcialmente aceite, porque deve ser respeitada a formulação exacta contida na decisão de 1987 relativa à comitologia. A representação no Comité deve ser análoga à dos outros programas de saúde (que têm 2 representantes por Estado-membro). Os pontos 2 a 4 são aceites na totalidade por a sua redacção ser a da proposta inicial da Comissão.

Emenda 11: parecer da Comissão: rejeitada.

O texto deverá respeitar a redacção do artigo 129º, que não impõe nenhuma obrigação jurídica de cooperação com organizações não governamentais.

Emenda 12: parecer da Comissão: rejeitada.

Esta emenda é rejeitada, porque as datas relativas à duração do programa dependem da data da sua adopção. Por conseguinte, é inadequado especificar as datas de apresentação dos relatórios intercalar e final, porque podem não corresponder, respectivamente, ao meio e ao termo do programa.

Emenda 13: parecer da Comissão: aceite.

A redacção é a da proposta inicial da Comissão.

Emenda 14: parecer da Comissão: rejeitada.

Esta emenda é rejeitada, porque a sua primeira parte limita a recolha sistemática dos dados aos dados comparáveis, o que é demasiado restritivo, uma vez que impede que seja dado apoio às actividades necessárias à melhoria da comparabilidade dos dados. A segunda parte implica a obrigação de harmonizar dados nacionais. Esta obrigação pode exigir a harmonização de disposições jurídicas, o que não pode ser feito ao abrigo do artigo 129º.

Emenda 15: parecer da Comissão: rejeitada.

O apoio a actividades específicas dos Estados-membros está fora do âmbito do programa de vigilância da saúde. Por outro lado, o princípio de subsidiariedade indica que a criação e a melhoria das bases de dados dos Estados-membros é da competência dos Estados-membros. Por fim, este programa não é um instrumento destinado a desembolsar verbas a favor dos Estados-membros. Este tipo de acção não corresponderia a nenhum objectivo, nem criaria valor acrescentado.

Emenda 16: parecer da Comissão: parcialmente aceite.

Nem sempre é a Comissão que directamente realiza aquelas actividades. Todavia, a Comissão procurará garantir que as actividades sejam iniciadas e apoiadas.

Emendas 17: parecer da Comissão: aceite.

A redacção é a da proposta inicial da Comissão.

Emenda 18: parecer da Comissão: parcialmente aceite.

As análises estão contidas em relatórios. O material de informação é importante, mesmo que não consista em relatórios, nem contenha análises. Considera-se ainda que os sistemas de saúde fazem parte dos factores da saúde, e as análises de custo-eficácia dos sistemas

de saúde estão fora do âmbito do programa.

Emenda 19: parecer da Comissão: aceite.

É correcto apoiar uma vasta divulgação dos relatórios e do material de informação preparado no contexto do programa.

PROPOSTA ALTERADA

**DE DECISÃO DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO
QUE ADOPTA UM PROGRAMA DE ACÇÃO COMUNITÁRIA
SOBRE A VIGILÂNCIA DA SAÚDE NO CONTEXTO DO QUADRO DE
ACÇÃO NO DOMÍNIO DA SAÚDE PÚBLICA
(1997-2001)**

(apresentada pela Comissão em conformidade com o disposto no n° 2
do artigo 189º-A do Tratado CE)

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
O PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA, Tendo em conta o Tratado que institui a Comunidade Europeia, nomeadamente o artigo 129º, Tendo em conta a proposta da Comissão ¹, Tendo em conta o parecer do Comité Económico e Social ², Tendo em conta o parecer do Comité das Regiões ³, Deliberando de acordo com o procedimento previsto no artigo 189º-B do Tratado, 1) Considerando que, nos termos do artigo 3º, alínea o), do Tratado, a acção da Comunidade inclui uma contribuição para a realização de um elevado nível de protecção da saúde; que o artigo 129º do Tratado prevê expressamente uma competência comunitária neste domínio, estipulando que a Comunidade contribuirá para tal incentivando a cooperação entre os Estados-membros e, se necessário, apoiando a sua acção;	1) Considerando que, nos termos do artigo do artigo 3º alínea o), do Tratado, a acção da Comunidade inclui uma contribuição para a realização de um elevado nível de protecção da saúde; que o artigo 129º do Tratado prevê expressamente uma competência comunitária neste domínio, incentivando a cooperação entre os Estados-membros e, se necessário, apoiando a sua acção, <u>promovendo a coordenação das respectivas políticas e programas neste domínio e fomentando a cooperação com os países terceiros e as organizações internacionais competentes.</u>

¹ JO n° C 338 de 16.12.1995, p. 4.

² JO C 174, de 17.06.1996, p. 3

³ JO C 129, de 02.05.1996, p. 50.

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
2) Considerando que, na sua Resolução ¹ de 27 de Maio de 1993 relativa à acção futura na área da saúde pública, o Conselho considerou que, para elaboração dos futuros programas, é essencial melhorar a recolha, análise e divulgação dos dados de saúde, bem como a qualidade e a comparabilidade dos dados disponíveis; 3) Considerando que, na resolução sobre a política de saúde pública após Maastricht², o Parlamento Europeu sublinhou a importância de poder dispor de informações suficientes e adequadas para a elaboração de acções comunitárias no domínio da saúde pública; que o Parlamento Europeu solicitou à Comissão que recolhesse e examinasse os dados de saúde dos Estados-membros, a fim de avaliar os efeitos das políticas de saúde pública na situação da saúde na Comunidade; 4) Considerando que, na comunicação de 24 de Novembro de 1993 sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública, a Comissão entendeu que uma maior cooperação em termos de normalização e recolha de dados de saúde comparáveis/compatíveis e a promoção de sistemas de vigilância da saúde são uma condição prévia para a criação de um quadro de apoio das políticas e programas dos Estados-membros; que o domínio da vigilância da saúde, incluindo os dados e indicadores de saúde, foi identificado como uma área prioritária para a elaboração de propostas de programas comunitários plurianuais de saúde pública;	3) Considerando que, no relatório sobre a política de saúde pública após Maastricht, o Parlamento Europeu sublinhou a importância de poder dispor de informações suficientes e adequadas para a elaboração de acções comunitárias no domínio da saúde pública; que o Parlamento Europeu solicitou à Comissão que recolhesse e examinasse os dados de saúde dos Estados-membros, <u>analisasse as tendências e avaliasse</u> os efeitos das políticas de saúde pública, <u>bem como o impacto de outras políticas na saúde</u>;

¹ JO C 174 de 25.06.1993, p. 1.

² JO C 329 de 6.12.1993, p. 375

5) Considerando que, na Resolução, de 2 de Junho de 1994, relativa ao quadro de acção comunitária no domínio da saúde pública¹, o Conselho indicou que deveria ser dada prioridade à recolha de dados sanitários, tendo convidado a Comissão a apresentar propostas pertinentes; que, segundo o Conselho, os dados e indicadores utilizados deverão incluir índices da qualidade de vida da população, avaliações precisas das carências sanitárias, estimativas do número de óbitos que se poderiam evitar mediante a prevenção das doenças, factores socioeconómicos no domínio da saúde nas várias camadas da população, bem como, eventualmente, se os Estados-membros o considerarem necessário, assistência sanitária, práticas médicas e impacto das reformas;

6) Considerando que a vigilância da saúde a nível comunitário é essencial para o planeamento, o acompanhamento e a avaliação das acções comunitárias no domínio da saúde pública, assim como para o acompanhamento e a avaliação do impacto das outras políticas comunitárias de saúde;

7) Considerando que será possível, a partir nomeadamente do conhecimento dos dados relativos à saúde pública na Europa, obtidos através da criação de um sistema comunitário de vigilância da saúde pública, seguir a evolução da saúde pública e definir prioridades e objectivos em matéria de saúde pública;

8) Considerando que, na acepção da presente decisão, a vigilância da saúde inclui o estabelecimento de indicadores de saúde comunitários, a recolha, divulgação e análise de dados e indicadores de saúde comunitários;

¹ JO C 165 de 17.06.1994, p. 1.

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
9) Considerando que, na Decisão 93/464/CEE, de 22 de Julho de 1993, relativa ao programa-quadro para as acções prioritárias no domínio da informação estatística 1993-1997 ¹, o Conselho identificou, na rubrica «estatísticas sobre a saúde e a segurança», a análise da mortalidade e da morbilidade por causas como um dos domínios de acções prioritárias a realizar ao abrigo dos programas sectoriais para a política social, a coesão económica e social e a protecção dos consumidores; 10) Considerando que, na Decisão 94/913/CE, de 15 de Dezembro de 1994, que adopta um programa específico de investigação, desenvolvimento tecnológico e demonstração no domínio da biomedicina e saúde (1994-1998) ², o Conselho identificou como acção de investigação específica a coordenação e comparação das bases de dados europeias em matéria de saúde, incluindo os dados sobre nutrição, provenientes dos vários Estados-membros, e que tal foi tomado em consideração no programa de investigação em questão; 11) Considerando que a vigilância da saúde a nível comunitário deveria permitir avaliar o estado, as tendências e os factores determinantes de saúde, facilitar o planeamento, o acompanhamento e a avaliação dos programas e acções comunitários e fornecer aos Estados-membros informação sanitária susceptível de apoiar a elaboração e avaliação das suas políticas de saúde; 12) Considerando que, para responder plenamente às exigências e expectativas nesta área, deve ser criado um sistema comunitário de vigilância da saúde, incluindo o estabelecimento de indicadores de saúde e a recolha de dados sanitários, desenvolvida uma rede de transmissão e partilha de dados e indicadores de saúde e constituída uma capacidade de análise e divulgação da informação sanitária;	12) Considerando que, para responder plenamente às exigências e expectativas nesta área, deve ser criado um sistema comunitário de vigilância da saúde, <u>que inclua</u> o estabelecimento de indicadores de saúde e a recolha de dados sanitários, uma rede de transmissão e partilha de dados e indicadores de saúde <u>e que desenvolva</u> uma capacidade de análise e divulgação da informação sanitária;

¹ JO L 219 de 28.08.1993, p. 1.

² JO L 361 de 31.12.1994, p. 40.

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
13) Considerando que as opções e possibilidades disponíveis para a implementação das várias partes de um sistema comunitário de vigilância da saúde devem ser cuidadosamente analisadas, incluindo as que dizem respeito ao reforço dos dispositivos existentes, tendo em conta os resultados, a flexibilidade e a relação custos/benefícios que se esperam; que é necessário um sistema flexível que possa integrar elementos que se julgam desde já válidos e adaptar-se às novas necessidades e outras prioridades; que este sistema deveria incluir a definição de conjuntos de indicadores de saúde comunitários e a recolha dos dados necessários para o estabelecimento desses indicadores; 14) Considerando que os dados e indicadores de saúde comunitários deveriam basear-se em dados e indicadores europeus existentes, como os dos Estados-membros e/ou por estes transmitidos às organizações internacionais, de forma a evitar toda e qualquer duplicação; 15) Considerando que a situação da recolha de dados varia de um Estado-membro para outro;	13) Considerando que as opções e possibilidades disponíveis para a implementação das várias partes de um sistema comunitário de vigilância da saúde devem ser cuidadosamente analisadas, <u>incluindo as que dizem respeito ao reforço das capacidades existentes, e/ou à criação de um observatório</u>, tendo em conta os resultados e a relação custos/benefícios que se esperam; e que é necessário um sistema flexível que possa integrar elementos que são desde já válidos e adaptar-se às novas necessidades e outras prioridades; que um sistema comunitário de vigilância da saúde deveria incluir a definição de conjuntos de indicadores de saúde comunitários e a recolha dos dados necessários para o estabelecimento desses indicadores;

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
16) Considerando que um sistema comunitário de vigilância da saúde poderia tirar partido da criação de uma rede telemática de recolha e distribuição dos dados e indicadores de saúde comunitários; 17) Considerando que o sistema comunitário de vigilância de saúde deveria ser capaz de fornecer dados para a elaboração de relatórios periódicos sobre a situação da saúde na Comunidade e análises das tendências e dos problemas sanitários, bem como constituir um auxílio para a produção e divulgação de informação sanitária; 18) Considerando que a criação de um sistema comunitário de vigilância da saúde pressupõe imperativamente o respeito das disposições em matéria de protecção de dados e a criação de dispositivos que garantam a sua confidencialidade e segurança, como as da Directiva 95/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados ¹, e do Regulamento (Euratom, CEE) n° 1588/90 do Conselho, de 11 de Junho de 1990, relativo à transmissão de informações abrangidas pelo segredo estatístico ao Serviço de Estatística das Comunidades Europeias ²; 19) Considerando que, no contexto da acção no domínio da saúde pública, deveria ser lançado um programa plurianual para permitir a criação de um sistema comunitário de vigilância da saúde e de mecanismos apropriados para a sua avaliação;	16) Considerando que <u>o</u> sistema comunitário de vigilância da saúde poderia beneficiar do facto de <u>se bascar</u> numa rede, cuja espinha dorsal assenta na telemática, para a recolha e distribuição dos dados e indicadores de saúde comunitários;
Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada

¹ JO L 281 de 23.11.1995, p. 31.

² JO L 151 de 15.6.1990, p. 1. Regulamento com a redacção que lhe foi dada pelo Acto de Adesão de 1994.

20) Considerando que, segundo o princípio da subsidiariedade, as acções relativas a áreas que não sejam da competência exclusiva da Comunidade, como a vigilância da saúde, só devem ser executadas pela Comunidade quando, devido à sua dimensão ou aos seus efeitos, possam ser melhor realizadas a nível comunitário;

21) Considerando que as políticas e os programas concebidos e executados a nível comunitário, nomeadamente no contexto da acção no domínio da saúde pública, deveriam ser compatíveis com os fins e objectivos da acção comunitária de vigilância de saúde; que a execução das acções comunitárias de vigilância da saúde deveria tomar em consideração as actividades de investigação pertinentes desenvolvidas ao abrigo do programa-quadro de investigação e desenvolvimento tecnológico, e ser coordenada com estas últimas; que os projectos sobre as aplicações telemáticas no domínio da saúde no quadro do programa de IDT deveriam ser estreitamente coordenados com as acções comunitárias de vigilância da saúde; que as acções abrangidas pelo programa-quadro comunitário de informação estatística, os projectos comunitários de transferência telemática de dados entre administrações (IDA) e os projectos de saúde do G-7 deveriam ser estreitamente coordenados com a execução das acções comunitárias de vigilância da saúde; que se deveria ter em conta o trabalho realizado pelas agências europeias especializadas, como o Observatório Europeu da Droga e da Toxicomania (OEDT) e a Agência Europeia do Ambiente.

22) Considerando que é necessário reforçar a cooperação com as organizações internacionais competentes e os países terceiros neste domínio;

23) Considerando que, de um ponto de vista operacional, é conveniente preservar e prosseguir os investimentos efectuados no passado, tanto no que se refere à criação de redes comunitárias como à cooperação com as organizações internacionais competentes neste domínio;

20) Considerando que, segundo o princípio da subsidiariedade, as acções relativas a áreas que não sejam da competência exclusiva da Comunidade, como a vigilância da saúde, só devem ser executadas pela Comunidade quando, devido à sua dimensão ou aos seus efeitos, possam ser melhor realizadas a nível comunitário;

22) Considerando que é necessário fomentar a cooperação com as organizações internacionais competentes e os países terceiros neste domínio;

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
24) Considerando que é importante que a Comissão assegure a execução do presente programa em estreita cooperação com os Estados-membros; 25) Considerando que, em 20 de Dezembro de 1994, se celebrou um <i>modus vivendi</i> ¹ entre o Parlamento Europeu, o Conselho e a Comissão em matéria de medidas de execução dos actos adoptados pelo procedimento previsto no artigo 189º-B do Tratado; 26) Considerando que actualmente os dados não são suficientemente comparáveis e que convém evitar toda e qualquer duplicação através da elaboração conjunta de metodologias, critérios e técnicas de comparação e conversão, de instrumentos adequados de recolha de dados tais como inquéritos, questionários ou partes deles, e de especificações relativas ao conteúdo da informação sanitária a partilhar, utilizando, nomeadamente, uma rede telemática; 27) Considerando que, a fim de aumentar o valor e o impacto do presente programa, importa proceder à avaliação contínua das acções iniciadas, nomeadamente no que respeita à sua eficácia e ao cumprimento dos objectivos, tanto a nível nacional como comunitário, e proceder, se for caso disso, às adaptações necessárias; 28) Considerando que a presente decisão estabelece, para a totalidade do período de vigência do presente programa, um envelope financeiro que constitui uma referência privilegiada, na acepção do ponto 1 da Declaração do Parlamento Europeu, do Conselho e da Comissão de 6 de Março de 1995 ², para a autoridade orçamental no âmbito do processo orçamental anual;	26) Considerando que actualmente os dados <u>não são</u> suficientemente comparáveis e que deveria existir uma elaboração conjunta de <u>metodologias, critérios e técnicas de comparação e conversão</u> de dados <u>progressivamente harmonizados</u>, de instrumentos de recolha de dados, tais como inquéritos, questionários ou partes deles, e de especificações relativas ao conteúdo da informação sanitária a partilhar, utilizando, nomeadamente, uma rede telemática;

¹ JO C 102 de 4.4.1996, p. 1.

² JO C 102 de 4.4.1996, p. 4.

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
29) Considerando que o presente programa deverá ter uma duração de cinco anos, de forma a permitir a realização de acções com uma duração que permita atingir os objectivos fixados, DECIDEM: <u>Artigo 1º</u> Adopção do programa 1. É adoptado um programa de acção comunitário relativo à vigilância da saúde, adiante designado «presente programa», para o período compreendido entre 1 de Janeiro de 1997 e 31 de Dezembro de 2001, no contexto da acção no domínio da saúde pública. 2. O presente programa tem por objectivo contribuir para a criação de um sistema comunitário de vigilância da saúde que permita: a) avaliar a situação da saúde, as tendências e os factores determinantes de saúde em toda a Comunidade; b) facilitar o planeamento, acompanhamento e avaliação dos programas e das acções comunitários; c) fornecer aos Estados-membros informações sanitárias apropriadas que permitam comparar e apoiar as políticas nacionais de saúde. Incentivando a cooperação entre os Estados-membros e, se necessário, apoiando a sua acção, promovendo a coordenação das respectivas políticas e programas neste domínio e fomentando a cooperação com os países terceiros e as organizações internacionais competentes.	1. É adoptado um programa de acção comunitária relativo à vigilância da saúde, a seguir designado por «presente programa», para o período compreendido entre 1 de Janeiro de 1997 e 31 de Dezembro de 2001, no âmbito do quadro da acção no domínio da saúde pública.

Posição Comum do Conselho	
3. As acções a executar no âmbito do presente programa, bem como os seus objectivos específicos, figuram no Anexo I, nas seguintes rubricas: A. Estabelecimento de indicadores de saúde da Comunidade B. Criação de uma rede comunitária de partilha de dados de saúde C. Análises e relatórios. <u>Artigo 2º</u> Execução 1. A Comissão, em estreita cooperação com os Estados-membros, assegurará a execução das acções enunciadas no Anexo I, nos termos do artigo 5º. 2. A Comissão cooperará com as instituições e organizações que desenvolvam actividades no domínio da vigilância sanitária. <u>Artigo 3º</u> Orçamento 1. O enquadramento financeiro para a execução do presente programa durante o período referido no artigo 1º será de 13 milhões de ecus. 2. As dotações anuais serão autorizadas pela Autoridade Orçamental, dentro dos limites das perspectivas financeiras.	1. O <u>montante</u> financeiro para a execução do presente programa durante o período referido no artigo 1º será de <u>13,8</u> milhões de ecus.

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
Artigo 4º Coerência e complementaridade A Comissão, em cooperação com os Estados-membros, assegurará a coerência e a complementaridade entre as acções a desenvolver no âmbito do presente programa e os restantes programas e iniciativas relevantes da Comunidade, tanto os que se insiram no contexto da acção no domínio da saúde pública, como, em especial, o programa-quadro no domínio da informação estatística, os projectos no domínio da transferência telemática de dados entre administrações e o programa-quadro de investigação e desenvolvimento tecnológico, nomeadamente as suas aplicações telemáticas. <u>Artigo 5º</u> Comité 1. A Comissão será assistida por um comité, composto por dois representantes nomeados por cada Estado-membro e presidido pelo Representante da Comissão. 2. O Representante da Comissão submeterá à apreciação do Comité os projectos de medidas sobre: a) O regulamento interno do Comité; b) O programa de trabalho anual que definirá as prioridades de acção; c) As regras, critérios e procedimentos de selecção e financiamento de projectos no âmbito do presente programa, incluindo os que envolvam a cooperação com organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública e a participação dos países mencionados no nº 2 do artigo 6º;	A Comissão assegurará a coerência e a complementaridade entre as acções a emprender ao abrigo do presente programa e os restantes programas e iniciativas pertinentes da Comunidade, <u>incluindo</u> o programa-quadro no domínio da informação estatística, <u>os</u> projectos no domínio da transferência telemática de dados entre administrações e o programa-quadro de investigação e desenvolvimento tecnológico, nomeadamente as suas aplicações telemáticas. 1. A Comissão será assistida por um comité de natureza consultiva, a seguir designado por "o Comité", <u>composto</u> por dois representantes nomeados por cada Estado-membro e presidido pelo Representante da Comissão. 2. O Representante da Comissão submeterá à apreciação do Comité os projectos de medidas no que respeita <u>nomeadamente</u>: a) ao regulamento interno do Comité; b) ao programa de trabalho anual que <u>definirá</u> as prioridades de acção; c) às regras, critérios e procedimentos de selecção e financiamento de projectos no âmbito do presente programa, incluindo os que envolvam a cooperação com organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública e a participação dos países mencionados no nº 2 do artigo 6º;

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
d) O processo de avaliação;	d) ao processo de avaliação;
e) As regras de divulgação e transferência dos resultados;	e) <u>às regras aplicáveis à comunicação, à conversão e à harmonização de dados;</u>
f) As regras de cooperação com as instituições e organizações referidas no nº 2 do artigo 2º.	f) <u>às regras em matéria de definição e selecção de indicadores;</u>
g) As disposições aplicáveis à comunicação de dados, à conversão e outros métodos para tornar os dados comparáveis, a fim de se cumprir o objectivo previsto no nº 2 do artigo 1º;	g) <u>às regras relativas às especificações de conteúdo necessárias para assegurar a criação e o funcionamento das redes.</u>
h) As disposições em matéria de definição e selecção de indicadores;	<u>Suprimida</u>
i) As disposições relativas às especificações de conteúdo necessárias para assegurar a criação e o funcionamento das redes.	<u>Suprimida</u>
O Comité emitirá o seu parecer sobre os projectos de medidas acima referidos num prazo que o Presidente pode fixar em função da urgência da questão. O parecer será emitido por maioria, nos termos previstos no nº 2 do artigo 148º do Tratado para a adopção das decisões que o Conselho é chamado a tomar sob proposta da Comissão. Nas votações no Comité, os votos dos representantes dos Estados-membros estão sujeitos à ponderação definida no artigo atrás referido. O presidente não participa na votação.	<u>Suprimido</u>
A Comissão adoptará medidas que são imediatamente aplicáveis. Todavia, se não forem conformes com o parecer emitido pelo Comité, essas medidas serão imediatamente comunicadas pela Comissão ao Conselho. Nesse caso:	<u>Suprimido</u>

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
— a Comissão diferirá a aplicação das medidas que aprovou por um prazo de dois meses a contar da data da comunicação; — o Conselho, deliberando por maioria qualificada, pode tomar uma decisão diferente no prazo previsto no primeiro parágrafo. 3. A Comissão pode também consultar o Comité sobre qualquer outra questão relativa à execução do presente programa, incluindo as formas de coordenação com os outros programas e iniciativas referidos no artigo 4º. O representante da Comissão submeterá à apreciação do Comité um projecto das medidas a tomar. O Comité emitirá o seu parecer sobre esse projecto num prazo que o Presidente pode fixar em função da urgência da questão em causa, se necessário procedendo a uma votação. Este parecer deve ser exarado em acta; além disso, cada Estado-membro tem o direito de solicitar que a sua posição conste da acta. A Comissão tomará na melhor conta o parecer do Comité e informá-lo-á do modo como esse parecer foi tomado em consideração. 4. O representante da Comissão deverá manter o Comité regularmente informado: — das contribuições financeiras concedidas no âmbito do presente programa (montante, duração, repartição e beneficiários); — das propostas da Comissão ou das iniciativas da Comunidade, assim como da execução de programas noutras áreas, que tenham uma relação directa com o cumprimento dos objectivos do presente programa, a fim de garantir a coerência e a complementaridade referidas no artigo 4º.	3. A Comissão pode também consultar o Comité sobre qualquer outra questão relativa à execução do presente programa. O representante da Comissão submeterá à apreciação do Comité um projecto das medidas a tomar. O Comité emitirá o seu parecer sobre esse projecto num prazo que o Presidente pode fixar em função da urgência da questão em causa, se necessário procedendo a uma votação. Este parecer deve ser exarado em acta; além disso, cada Estado-membro tem o direito de solicitar que a sua posição conste da acta. A Comissão tomará na melhor conta o parecer do Comité e informá-lo-á do modo como esse parecer foi tomado em consideração. 4. O representante da Comissão deverá manter o Comité regularmente informado: — das contribuições financeiras concedidas no âmbito do presente programa (montante, duração, repartição e <u>beneficiários</u>); — das propostas da Comissão ou das iniciativas da Comunidade, assim como da execução de programas noutras áreas da <u>política comunitária</u>, que estejam <u>relacionadas com</u> a realização dos objectivos do <u>presente</u> programa, a fim de <u>garantir</u> a coerência e a complementaridade exigidas nos termos do artigo 4º.

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
<u>Artigo 6º</u> Cooperação internacional 1. Durante a execução do presente programa, será fomentada e praticada, nos termos do procedimento previsto no artigo 5º, a cooperação com os países terceiros e as organizações internacionais competentes em matéria de saúde pública, em especial a Organização Mundial de Saúde, a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico e a Organização Internacional do Trabalho. 2. O presente programa está aberto à participação dos países associados da Europa Central e Oriental (PAECO), de acordo com as condições definidas nos protocolos adicionais aos acordos de associação relativos à participação em programas comunitários, a celebrar com esses países. O presente programa fica aberto à participação de Chipre e Malta, com base em dotações suplementares, segundo as mesmas regras que as aplicáveis aos países da EFTA, nos termos de procedimentos a acordar com esses países. <u>Artigo 7º</u> Acompanhamento e avaliação 1. A Comissão, tendo em conta os balanços efectuados pelos Estados-membros e, na medida do necessário, com a participação de peritos independentes, assegurará a avaliação das acções realizadas.	1. No decurso da execução do <u>presente</u> programa, será <u>fomentada</u> e implementada, nos termos do artigo 5º, a cooperação com os países <u>terceiros</u> e as organizações internacionais competentes em matéria de saúde pública, em especial a Organização Mundial de Saúde e a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico.
Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada

2. A Comissão apresentará ao Parlamento Europeu e ao Conselho um relatório intercalar e um relatório final, respectivamente a meio e no termo do presente programa, nos quais incluirá as informações relativas ao financiamento comunitário nos diversos domínios de acção e à complementaridade com os outros programas e iniciativas referidos no artigo 4º, bem como os resultados da avaliação a que se refere o nº 1. Esses relatórios serão igualmente enviados ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões.

3. Com base na avaliação referida nos nºs 1 e 2, a Comissão poderá, se for caso disso, apresentar propostas adequadas tendo em vista o prosseguimento do presente programa.

Suprimido

Feito em Bruxelas, em

Pelo Parlamento Europeu
O Presidente

Pelo Conselho
O Presidente

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
<u>ANEXO I</u> <u>OBJECTIVOS E ACÇÕES ESPECÍFICOS</u> A. ESTABELECIMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE COMUNITÁRIOS <u>Objectivo:</u> Estabelecer indicadores de saúde comunitários através de uma análise crítica dos dados e indicadores de saúde existentes, e desenvolver métodos apropriados para a recolha de dados sanitários e para os tornar comparáveis, de acordo com o objectivo fixado no nº 2 do artigo 1º. 1. Identificação, exame e análise crítica dos indicadores e dados de saúde existentes a nível europeu e dos Estados-membros, utilizando como base os dados por eles validados, para determinar a sua relevância, qualidade e grau de cobertura com vista ao estabelecimento de indicadores de saúde da Comunidade.	Estabelecer indicadores de saúde comunitários através de uma análise crítica dos dados e indicadores de saúde existentes e desenvolver métodos apropriados para a recolha de dados sanitários <u>comparáveis e progressivamente harmonizados</u>, de acordo com o objectivo fixado no nº 2 do artigo 1º.

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
2. Identificação de um conjunto de indicadores de saúde da Comunidade, incluindo um subconjunto de indicadores principais para o acompanhamento dos programas e acções comunitários no domínio da saúde pública, e de um subconjunto de indicadores secundários para o acompanhamento das outras políticas, programas e acções da Comunidade e para fornecer aos Estados-membros padrões comuns que permitam efectuar comparações. Consta do Anexo II uma lista não exaustiva dos domínios em que poderão ser estabelecidos indicadores de saúde. 3. Desenvolvimento da recolha sistemática de dados e de métodos para tornar os dados sanitários comparáveis, a fim de cumprir o objectivo fixado no nº 2 do artigo 1º, incluindo o apoio à elaboração de dicionários de dados e à definição de métodos e regras de conversão apropriados. 4. Contribuição para a recolha de dados comparáveis através do apoio à preparação de inquéritos, incluindo de inquéritos a nível comunitário úteis para a elaboração das políticas comunitárias, ou de módulos ou questionários-tipo aprovados e utilizáveis em inquéritos existentes. 5. Promoção da cooperação com as organizações internacionais competentes em matéria de dados e indicadores de saúde da Comunidade, bem como de redes para o intercâmbio de dados cobrindo áreas específicas da saúde pública, de forma a melhorar a comparabilidade dos dados. 6. Incentivo e apoio à avaliação da viabilidade e da análise custo/eficácia da compilação de estatísticas normalizadas sobre os recursos sanitários, com vista à sua inclusão num futuro sistema comunitário de vigilância de saúde.	2. <u>Criação</u> de um conjunto de indicadores de saúde da Comunidade, incluindo um subconjunto de indicadores principais para o acompanhamento dos programas e acções comunitários no domínio da saúde pública, e de um subconjunto de indicadores secundários para o acompanhamento das outras políticas, programas e acções da Comunidade e para fornecer aos Estados-membros padrões comuns que permitam efectuar comparações. Consta do Anexo II uma lista não exaustiva dos domínios em que poderão ser estabelecidos indicadores de saúde. 3. Desenvolvimento da recolha sistemática de <u>dados comparáveis e/ou progressivamente harmonizados nos Estados-membros</u>, incluindo o apoio à elaboração de dicionários de dados e à definição de métodos e regras de conversão apropriados. 4. Contribuição para a recolha de dados comparáveis através do apoio à <u>elaboração</u> de inquéritos, incluindo inquéritos a nível comunitário úteis para a elaboração das políticas comunitárias, ou de módulos de <u>formulações</u> aprovadas de perguntas constantes dos inquéritos existentes. 5. <u>Fomentar</u> a cooperação com as organizações internacionais competentes em matéria de dados e indicadores de saúde <u>da Europa</u>, bem como de redes para o intercâmbio de dados cobrindo áreas específicas da saúde pública, de forma a melhorar a comparabilidade dos dados. 6.a) (novo) <u>Realização de estudos de viabilidade relativos à possibilidade de criação de um organismo permanente (o Observatório Europeu) responsável pelo acompanhamento e pela avaliação de dados e indicadores de saúde na área da Comunidade.</u>

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
B. CRIAÇÃO DE UMA REDE A NÍVEL COMUNITÁRIO PARA A PARTILHA DE DADOS DE SAÚDE <u>Objectivo:</u> Permitir a criação de um sistema de transferência e partilha eficaz e fiável de dados e indicadores de saúde através principalmente, do intercâmbio telemático de dados. 7. Incentivo e apoio à criação de uma rede de transferência e partilha de dados de saúde, recorrendo essencialmente ao intercâmbio telemático e a um sistema de bases de dados repartidas, nomeadamente através da definição de especificações dos dados e de procedimentos aplicáveis ao acesso, à pesquisa, à confidencialidade e à segurança dos diferentes tipos de informação a incluir no sistema. C. ANÁLISES E RELATÓRIOS <u>Objectivo:</u> Desenvolver os métodos e instrumentos necessários para as análises e os relatórios e apoiar as análises e os relatórios sobre o estado de saúde, as tendências, os factores determinantes da saúde e o impacto das políticas sobre a saúde 8. Incentivo e apoio ao desenvolvimento de uma capacidade de análise, reforçando as capacidades actuais e de estudos de viabilidade, para possíveis novas estruturas, metodologias e instrumentos comparativos e preditivos, de verificação de hipóteses, experimentação de modelos e avaliação de cenários e de resultados.	8. Incentivo e apoio ao desenvolvimento de uma capacidade de <u>análise, reforçando</u> as capacidades actuais e de estudos de viabilidade, para possíveis novas estruturas, metodologias e instrumentos comparativos e preditivos, de verificação de hipóteses e de modelos e avaliação de cenários e de resultados em matéria de saúde.

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
9. Apoio à análise, preparação e divulgação de relatórios, divulgando o impacto das acções e dos programas comunitários no domínio da saúde pública. 10. Apoio à preparação, produção e divulgação de relatórios e outro material de informação sobre o estado de saúde, as tendências, os factores determinantes de saúde e o impacto das outras políticas sobre a saúde.	9. Apoio à análise, <u>preparação e divulgação de relatórios, avaliando o impacto das acções e dos programas comunitários no domínio da saúde pública.</u> 10. Apoio à <u>redacção, preparação e produção</u> de relatórios e outro material de informação sobre o estado de saúde, as tendências, os factores determinantes de saúde e o impacto das outras políticas sobre a saúde. 10.a) (novo) <u>Apoio à divulgação de relatórios e de material de informação aos Estados-membros, organizações internacionais, profissionais e organismos do sector da saúde e ao grande público.</u>

Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada
<u>ANEXO II</u> Lista não exaustiva dos domínios em que poderiam ser estabelecidos indicadores de saúde A. Estado de saúde - Esperança de vida: - esperança de vida em diferentes faixas etárias - esperança de vida com boa saúde - Mortalidade: - mortalidade geral - causas de morte - taxa de sobrevivência para certas doenças - Morbilidade: - morbilidade para certas doenças - co-morbilidade - Actividade funcional e qualidade de vida: - estado de saúde sentido pelo próprio - incapacidade física - limitação da actividade - estado/capacidade funcional - limitação da actividade profissional por razões de saúde - saúde mental - Características antropométricas B. Modo de vida e hábitos de saúde - Consumo de tabaco - Consumo de álcool - Consumo de drogas ilegais - Actividade física - Regime alimentar - Vida sexual - Outras actividades relacionadas com a saúde	<u>ANEXO II</u> Lista não exaustiva dos domínios em que poderiam ser estabelecidos indicadores de saúde A. Estado de saúde - Esperança de vida: - esperança de vida em diferentes faixas etárias - esperança de vida com boa saúde - Mortalidade: - mortalidade geral - causas de morte - taxa de sobrevivência para certas doenças - Morbilidade: - morbilidade para certas doenças - co-morbilidade - Actividade funcional e qualidade de vida: - estado de saúde sentido pelo próprio - incapacidade física - limitação da actividade - estado/capacidade funcional - limitação da actividade profissional por razões de saúde - saúde mental - Características antropométricas B. Modo de vida e hábitos de saúde - Consumo de tabaco - Consumo de álcool - Consumo de drogas ilícitas - Actividade física - Regime alimentar <u>Comportamento sexual</u> - Outras actividades relacionadas com a saúde
Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada

C. Condições de vida e de trabalho 1. Emprego/Desemprego: — situação profissional 2. Ambiente de trabalho: — acidentes — exposição a substâncias carcinogénicas ou outras — doenças profissionais 3. Condições de alojamento 4. Actividades domésticas e de recreio: — acidentes domésticos — actividades recreativas 5. Transportes: — acidentes rodoviários 6. Ambiente externo: — poluição do ar — poluição da água — outros tipos de poluição — radiações — exposição a substâncias carcinogénicas ou outras, fora do ambiente de trabalho	C. Condições de vida e de trabalho 1. Emprego/Desemprego: — situação profissional 2. Ambiente de trabalho: — acidentes — exposição a substâncias carcinogénicas ou outras — <u>medicina</u> do trabalho 3. Condições de alojamento 4. Actividades domésticas e de recreio: — acidentes domésticos — actividades de lazer 5. Transportes: — acidentes rodoviários 6. Ambiente externo: — poluição do ar — poluição da água — outros tipos de poluição — radiações — exposição a substâncias carcinogénicas e outras substâncias perigosas fora do ambiente de trabalho
Posição Comum do Conselho	Proposta Alterada

D. Protecção da saúde

1. Fontes de financiamento

2. Infra-estruturas/pessoal:

- utilização de recursos sanitários
- pessoal de cuidados de saúde

3. Custo/despesas:

- tratamento em meio hospitalar
- tratamento ambulatorio
- produtos farmacêuticos

4. Consumo/utilização:

- tratamento em meio hospitalar
- tratamento ambulatorio
- produtos farmacêuticos

5. Promoção da saúde e prevenção das doenças

E. Factores demográficos e sociais

1. Sexo
2. Idade
3. Estado civil
4. Registo de residência
5. Educação
6. Rendimento
7. Subgrupos populacionais
8. Estatuto no que respeita ao seguro de doença

F. Diversos

1. Segurança dos produtos
2. Outros

D. Protecção da saúde

1. Fontes de financiamento

2. Infra-estruturas/pessoal:

- utilização de recursos sanitários
- pessoal de cuidados de saúde

3. Custo/despesas:

- tratamento em meio hospitalar
- tratamento ambulatorio
- produtos farmacêuticos

4. Consumo/utilização:

- tratamento em meio hospitalar
- tratamento ambulatorio
- produtos farmacêuticos

5. Promoção da saúde e prevenção das doenças

E. Factores demográficos e outros factores sociais

1. Sexo
2. Idade
3. Estado civil
4. Registo de residência
5. Educação
6. Rendimento
7. Subgrupos populacionais
8. Estatuto no que respeita ao seguro de doença

F. Diversos

1. Segurança dos produtos
2. Outros

ISSN 0257-9553

COM(96) 581 final

DOCUMENTOS

PT

05

N.º de catálogo : CB-CO-96-580-PT-C

ISBN 92-78-11550-9

Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias

L-2985 Luxemburgo