

DECYZJA WYKONAWCZA KOMISJI

z dnia 1 grudnia 2011 r.

dotycząca przyjęcia planu prac na 2012 r., stanowiąca decyzję w sprawie finansowania, w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013) oraz przyjęcia kryteriów wyboru, przyznawania i innych kryteriów dotyczących wkładów finansowych do działań w ramach tego programu, a także płatności UE na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu

(2011/C 358/06)

KOMISJA EUROPEJSKA,

uwzględniając Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,

uwzględniając decyzję nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiającą drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 ⁽¹⁾, w szczególności jej art. 8 ust. 1,

uwzględniając rozporządzenie Rady (WE, Euratom) nr 1605/2002 z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie rozporządzenia finansowego mającego zastosowanie do budżetu ogólnego Wspólnot Europejskich ⁽²⁾, w szczególności jego art. 53 lit. a) i d), art. 75 i 110,

uwzględniając rozporządzenie Komisji (WE, Euratom) nr 2342/2002 z dnia 23 grudnia 2002 r. ustanawiające szczegółowe zasady wykonania rozporządzenia Rady (WE, Euratom) nr 1605/2002 w sprawie rozporządzenia finansowego mającego zastosowanie do budżetu ogólnego Wspólnot Europejskich ⁽³⁾, w szczególności jego art. 90 oraz art. 168 ust. 1 lit. c) i f),

uwzględniając decyzję Komisji 2004/858/WE z dnia 15 grudnia 2004 r. ustanawiającą agencję wykonawczą o nazwie „Agencja Wykonawcza programu zdrowia publicznego” do zarządzania działaniem wspólnotowym w dziedzinie zdrowia publicznego, w zastosowaniu rozporządzenia Rady (WE) nr 58/2003 ⁽⁴⁾, w szczególności jej art. 6,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Decyzją nr 1350/2007/WE (zwaną dalej „decyzją programową”) ustanowiono drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013), zwany dalej „drugim programem w dziedzinie zdrowia”.
- (2) Drugi program w dziedzinie zdrowia ma uzupełniać politykę państw członkowskich, stanowić dla niej wsparcie oraz dodawać jej wartości; ma się także przyczynić do zwiększenia solidarności i dobrobytu w Unii Europejskiej. Program ma na celu poprawę bezpieczeń-

stwa zdrowotnego obywateli, promocję zdrowia, w tym zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia, oraz tworzenie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia.

- (3) Na mocy art. 8 ust. 1 lit. a) decyzji programowej Komisja przyjmuje roczny plan prac ustanawiający priorytety i działania, które należy podjąć, w tym podział środków finansowych, kryteria procentowego udziału wkładu finansowego UE, w tym kryteria oceny dotyczące zastosowania zasady wyjątkowej użyteczności, a także uzgodnienia dotyczące wdrażania wspólnych strategii i działań określonych w art. 9 tej samej decyzji.
- (4) Na mocy art. 8 ust. 1 lit. b) decyzji programowej Komisja przyjmuje kryteria wyboru, przyznawania oraz inne kryteria dotyczące wkładów finansowych do działań w ramach programu zgodnie z art. 4 tej samej decyzji.
- (5) Zgodnie z art. 4 i 6 decyzji 2004/858/WE Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów prowadzi określone działania w celu realizacji programu w dziedzinie zdrowia i powinna otrzymać na ten cel odpowiednie środki.
- (6) Zgodnie z art. 75 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 1605/2002 (zwanego dalej „rozporządzeniem finansowym”) i art. 90 ust. 1 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 2342/2002 (zwanego dalej „przepisami wykonawczymi”) zaciąganie zobowiązań na wydatki z budżetu UE jest poprzedzone decyzją w sprawie finansowania ustalającą zasadnicze elementy działania obejmującego wydatki oraz przyjętą przez instytucję lub organy, którym instytucja ta przekazała uprawnienia.
- (7) Zgodnie z art. 110 rozporządzenia finansowego oraz art. 8 ust. 1 decyzji programowej należy przyjąć roczny plan prac dotyczący realizacji drugiego programu w dziedzinie zdrowia oraz kryteria wyboru, przyznawania oraz inne kryteria dotyczące wkładów finansowych do działań w ramach drugiego programu w dziedzinie zdrowia.

⁽¹⁾ Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3.

⁽²⁾ Dz.U. L 248 z 16.9.2002, s. 1.

⁽³⁾ Dz.U. L 357 z 31.12.2002, s. 1.

⁽⁴⁾ Dz.U. L 369 z 16.12.2004, s. 73.

- (8) Ponieważ plan prac na 2012 r. stanowi dostatecznie szczegółową podstawę działań w rozumieniu art. 90 ust. 2 i 3 przepisów wykonawczych, niniejsza decyzja stanowi decyzję w sprawie finansowania dotyczącą wydatków przewidzianych w planie prac na dotacje, zamówienia i inne działania.
- (9) Zgodnie z art. 168 ust. 1 lit. c) przepisów wykonawczych dotacje mogą być przyznawane bez zaproszenia do składania wniosków organom, które mają monopol z mocy prawa lub faktycznie, a zgodnie z art. 168 ust. 1 lit. f) – na działania o cechach szczególnych wymagające szczególnego rodzaju podmiotu ze względu na jego kompetencje techniczne, wysoki stopień specjalizacji lub uprawnienia administracyjne. Zgodnie z tymi przepisami bez zaproszenia do składania wniosków należy przyznawać dotacje organom wskazanym w załączonym planie prac oraz na warunkach w nim określonych.
- (10) Niniejsza decyzja stanowi zatem także decyzję w sprawie finansowania dotyczącą wydatków w ramach pośredniego zarządzania scentralizowanego lub zarządzania wspólnego obciążającego budżet UE.
- (11) Niniejsza decyzja stanowi też decyzję w sprawie finansowania dotyczącą płatności UE na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu.
- (12) Uzyskano dowody na istnienie i właściwe działanie elementów wymienionych w art. 56 rozporządzenia finansowego w Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów, której Komisja powierzy wykorzystanie funduszy UE w ramach pośredniego zarządzania scentralizowanego.
- (13) W niniejszej decyzji należy również umożliwić dokonywanie płatności odsetek za zwłokę na podstawie art. 83 rozporządzenia finansowego i art. 106 ust. 5 przepisów wykonawczych.
- (14) Do celów stosowania niniejszej decyzji należy zdefiniować termin „istotna zmiana” w rozumieniu art. 90 ust. 4 przepisów wykonawczych.
- (15) Środki przewidziane w niniejszej decyzji są zgodne z opinią komitetu, o którym mowa w art. 10 decyzji programowej,

STANOWI, CO NASTĘPUJE:

Artykuł 1

Niniejszym przyjmuje się plan prac na 2012 r., określony w załączniku I, w celu realizacji drugiego programu w dziedzinie zdrowia oraz kryteria wyboru, przyznawania oraz inne kryteria dotyczące wkładów finansowych do działań w ramach przedmiotowego programu, określone w załącznikach II, III, IV, V, VI i VII, oraz płatności UE na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu.

Niniejsza decyzja stanowi decyzję w sprawie finansowania w rozumieniu art. 75 rozporządzenia finansowego.

Artykuł 2

Maksymalny zatwierdzony niniejszą decyzją wkład na realizację drugiego programu w dziedzinie zdrowia ustala się na poziomie 51 130 200 EUR i zostanie on sfinansowany z następujących pozycji w budżecie ogólnym Unii Europejskiej na 2012 r.:

— pozycja w budżecie 17 03 06 – Działania UE w dziedzinie zdrowia: 48 300 000 EUR,

— pozycja w budżecie 17 01 04 02 – Wydatki na administrację i zarządzanie: 1 400 000 EUR,

a szacunkowe dodatkowe wkłady państw EFTA/EOG oraz Chorwacji na ich udział w programie w dziedzinie zdrowia wynoszą:

— państwa należące do EFTA/EOG: 1 292 200 EUR,

— Chorwacja: 138 000 EUR.

Daje to dla pozycji w budżecie 17 03 06 sumę w wysokości 49 688 800 EUR, a dla pozycji w budżecie 17 01 04 02 – sumę w wysokości 1 441 400 EUR.

Maksymalny zatwierdzony niniejszą decyzją wkład przeznaczony na płatności na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu ustala się na poziomie 200 000 EUR w ramach pozycji w budżecie 17 03 05 „Umowy międzynarodowe i członkostwo w organizacjach międzynarodowych zajmujących się zagadnieniami zdrowia publicznego i ograniczania palenia tytoniu”.

Środki te mogą również obejmować odsetki za zwłokę zgodnie z art. 83 rozporządzenia finansowego.

Wykonanie niniejszej decyzji zależy od dostępności środków zapewnionych w projekcie budżetu na 2012 r. po przyjęciu budżetu na 2012 r. przez władzę budżetową.

Artykuł 3

System zarządzania ustanowiony przez Agencję Wykonawczą ds. Zdrowia i Konsumentów w celu wykorzystania funduszy UE spełnia warunki delegowania zadań zgodnie z zasadami pośredniego zarządzania scentralizowanego. Agencja Wykonawcza wprowadzi środki zapobiegania nadużyciom finansowym proporcjonalne do zidentyfikowanych zagrożeń. Organowi temu można zatem powierzyć wykonanie budżetu w zakresie zadań związanych z dotacjami na projekty, dotacjami operacyjnymi, dotacjami na wspólne działania, dotacjami na konferencje oraz umowami o udzieleniu dotacji bezpośrednich z organizacjami międzynarodowymi, a także część zamówień.

Przydzielone środki budżetowe konieczne dla zarządzania drugim programem w dziedzinie zdrowia przekazuje się Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów po spełnieniu warunków i w granicach kwot ustalonych w planie prac podanym w załączniku I.

Dotacja operacyjna ujęta w pozycji w budżecie 17 01 04 30 jest wypłacana Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów.

Artykuł 4

Zmian środków przydzielonych na konkretne mechanizmy finansowe wymienione w załączniku I, które łącznie nie przekraczają 20 % maksymalnego wkładu zatwierdzonego niniejszą decyzją dla każdej pozycji budżetu, nie uznaje się za istotne, o ile nie wpływają w istotnym stopniu na charakter i cele planu prac. Oznacza to, że maksymalny wkład zatwierdzony niniejszą decyzją może wzrosnąć o 20 %.

Zgodnie z art. 59 rozporządzenia finansowego urzędnik zatwierdzający może przyjąć takie zmiany w zgodzie z zasadą należytego zarządzania finansami i zasadą proporcjonalności.

Ogólne wykonanie niniejszej decyzji w sprawie finansowania zapewnia Dyrektor Generalny ds. Zdrowia i Konsumentów.

Artykuł 5

Zgodnie z art. 168 ust. 1 lit. c) przepisów wykonawczych dotacje mogą być przyznawane bez zaproszenia do składania wniosków organom, które mają monopol z mocy prawa lub faktycznie, a zgodnie z art. 168 ust. 1 lit. f) – na działania o cechach szczególnych wymagające szczególnego rodzaju podmiotu ze względu na jego kompetencje techniczne, wysoki stopień specjalizacji lub uprawnienia administracyjne, zgodnie z warunkami wyszczególnionymi w planie prac zawartym w załączniku. Przed przyznaniem dotacji beneficjentom, którzy taki monopol posiadają, przeprowadzona zostanie szczegółowa analiza, a sytuacja monopolu zostanie udokumentowana.

Sporządzono w Brukseli dnia 1 grudnia 2011 r.

W imieniu Komisji

John DALLI

Członek Komisji

ZAŁĄCZNIK I

Plan prac na 2012 r. dotyczący drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013)

1. KONTEKST OGÓLNY

1.1. Kontekst polityczny i prawny

Podstawą działań zawartych w niniejszym planie prac jest art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) oraz wynikające z niego zobowiązania prawne i inne zobowiązania. Traktat stanowi, że celem działań UE w dziedzinie zdrowia publicznego jest poprawa zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i schorzeniom somatycznym i psychicznym oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Działania te podejmuje się we współpracy z państwami członkowskimi. Unijna strategia zdrowia określona w białej księdze Komisji „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013” (COM(2007) 630 wersja ostateczna) ⁽¹⁾ stanowi ogólne ramy dla wszystkich działań podejmowanych w ramach niniejszego planu prac.

Drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013) (zwany dalej „drugim programem w dziedzinie zdrowia” lub „programem”) ustanowiony decyzją nr 1350/2007/WE (zwaną dalej „decyzją programową”) przyczynia się do realizacji tej strategii. Celem programu w dziedzinie zdrowia jest uzupełnienie i wsparcie polityki państw członkowskich oraz dodanie jej wartości. Program ma przyczynić się do zwiększenia solidarności i dobrobytu w UE poprzez ochronę i promowanie zdrowia i bezpieczeństwa człowieka, a także poprzez poprawę zdrowia publicznego. Program ma następujące cele, ustanowione w art. 2 ust. 2 decyzji programowej:

- 1) poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli;
- 2) promocję zdrowia, w tym zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia;
- 3) generowanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia.

Artykuł 8 ust. 1 decyzji programowej stanowi, że Komisja przyjmuje:

- a) roczny plan prac dotyczący realizacji programu, określający:
 - (i) priorytety i działania, które należy podjąć, w tym podział środków finansowych;
 - (ii) kryteria procentowego udziału wkładu finansowego UE, w tym kryteria oceny dotyczące zastosowania zasady wyjątkowej użyteczności;
 - (iii) uzgodnienia dotyczące wdrażania wspólnych strategii i działań określonych w art. 9;
- b) kryteria wyboru, przyznawania oraz inne kryteria wkładów finansowych do działań w ramach programu, zgodnie z art. 4.

Zgodnie z art. 75 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 1605/2002 (zwanego dalej „rozporządzeniem finansowym”) zaciąganie zobowiązań na wydatki powinno być poprzedzone decyzją w sprawie finansowania przyjętą przez instytucję lub organy, którym instytucja ta przekazała uprawnienia. Zgodnie z art. 90 (zwanego dalej „przepisami wykonawczymi”) decyzję o przyjęciu rocznego programu prac, o którym mowa w art. 110 rozporządzenia finansowego, można uznać za decyzję w sprawie finansowania, o ile stanowi ona dostatecznie szczegółową podstawę działań. Celem niniejszego dokumentu jest wypełnienie wskazanych zobowiązań i przedstawienie działań zaplanowanych na 2012 r.

Oprócz państw członkowskich Unii Europejskiej w programie w dziedzinie zdrowia mogą uczestniczyć państwa trzecie. Kraje EFTA należące do EOG, czyli Islandia, Liechtenstein i Norwegia, uczestniczą w programie na warunkach określonych w Porozumieniu EOG. Inne państwa trzecie, w szczególności państwa objęte europejską polityką sąsiedztwa, państwa ubiegające się o członkostwo w UE, kandydujące lub przystępujące do UE oraz państwa Bałkanów Zachodnich objęte procesem stabilizacji i stowarzyszenia, mogą uczestniczyć w programie pod warunkiem podpisania odpowiednich umów. Spośród wymienionych państw umowy takie zawarła Chorwacja, która uczestniczy w programie.

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:PL:PDF>

1.2. Środki

W decyzji programowej ustanowiono budżet całkowity w wysokości 321 500 000 EUR na okres od dnia 1 stycznia 2008 r. do dnia 31 grudnia 2013 r. Budżet na 2012 r. wynosi 49 700 000 EUR i podlega zatwierdzeniu przez władzę budżetową:

- 48 300 000 EUR dla pozycji w budżecie 17 03 06 „Działania UE w dziedzinie zdrowia” (budżet operacyjny),
- 1 400 000 EUR dla pozycji w budżecie 17 01 04 02 „Wydatki na administrację i zarządzanie” (budżet administracyjny).

Dodatkowe wkłady ze strony państw EFTA/EOG i Chorwacji szacuje się na 1 292 200 EUR (państwa EFTA/EOG) oraz 138 000 EUR (Chorwacja).

Daje to dla pozycji w budżecie 17 03 06 sumę w wysokości 49 688 800 EUR, a dla pozycji w budżecie 17 01 04 02 – sumę w wysokości 1 441 400 EUR.

Kwoty określone w poniższych rozdziałach są orientacyjne. Zgodnie z art. 90 ust. 4 przepisów wykonawczych w przypadku każdego mechanizmu finansowania możliwe są nieznaczne zmiany przydzielonej kwoty.

Pozycja w budżecie 17 01 04 02 – „Wydatki na administrację i zarządzanie” ma pokryć wydatki na badania, spotkania ekspertów, informowanie, publikacje oraz pomoc techniczno-administracyjną w zakresie systemów informatycznych. Są to dziedziny bezpośrednio związane z osiągnięciem celów programu lub środków podjętych w tym celu.

Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów wspomaga Komisję w realizacji planu prac zgodnie z decyzją Komisji C(2008) 4943 z dnia 9 września 2008 r. Pozycją w budżecie, w ramach której przyznawane będą środki administracyjne związane z Agencją, jest pozycja 17 01 04 30.

Całkowity budżet, podlegający zatwierdzeniu przez władzę budżetową, przewidziany na płatności UE na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu w ramach pozycji w budżecie 17 03 05 „Umowy międzynarodowe i członkostwo w organizacjach międzynarodowych zajmujących się zagadnieniami zdrowia publicznego i ograniczania palenia tytoniu” wynosi 200 000 EUR.

2. MECHANIZMY FINANSOWANIA

Dostępne środki w ramach pozycji w budżecie 17 03 06 „Działania UE w dziedzinie zdrowia” zostaną wykorzystane na dotacje na projekty, dotacje operacyjne, dotacje na wspólne działania, dotacje na konferencje oraz bezpośrednie dotacje dla organizacji międzynarodowych, a także na pokrycie zamówień i inne działania. Wszystkie dotacje przyznawane są na podstawie pisemnej umowy.

Zgodnie z motywem 33 decyzji programowej należy ułatwiać współpracę z państwami trzecimi nieuczestniczącymi w programie. Nie powinno się to jednak wiązać z finansowaniem w ramach programu. Koszty podróży i utrzymania ekspertów zaproszonych z tych państw lub do tych państw można jednak uznać za koszty kwalifikowalne w wyjątkowych, należyście uzasadnionych przypadkach, jeżeli przyczynia się to bezpośrednio do realizacji celów programu.

2.1. Dotacje na projekty

Orientacyjną łączną kwotę na dotacje na projekty szacuje się na 13 171 820 EUR. Dotacje na projekty rozlicza się na podstawie poniesionych kosztów kwalifikowalnych. Maksymalny poziom współfinansowania przez UE wynosi 60 %. Może jednak wzrosnąć do 80 %, jeżeli wniosek spełnia kryteria wyjątkowej użyteczności. Załącznik II zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikowalności, wyboru i przyznawania dotacji na projekty. Załącznik VII zawiera kryteria wyjątkowej użyteczności.

Rozpatrywane będzie finansowanie tylko tych wniosków, które są bezpośrednio powiązane z tematem i opisem podanymi w niniejszym planie prac i w przypadku których „dotacje na projekty” są wskazane jako mechanizm finansowania. Nie będzie rozpatrywane finansowanie wniosków dotyczących szerszego zakresu tematycznego nieodpowiadającego konkretnemu opisowi danego działania.

Orientacyjny termin opublikowania zaproszenia do składania wniosków na dotacje na projekty w Dzienniku Urzędowym to czwarty kwartał 2011 r.

2.2. Dotacje operacyjne

Orientacyjną łączną kwotę na dotacje operacyjne szacuje się na 4 400 000 EUR. Rozlicza się je na podstawie poniesionych kosztów kwalifikowalnych. Maksymalny poziom współfinansowania przez UE wynosi 60 %. Może jednak wzrosnąć do 80 %, jeżeli wniosek spełnia kryteria wyjątkowej użyteczności.

Dotacje operacyjne mogą być przyznane na wznowienie dotacji operacyjnych przyznanych organizacjom pozarządowym i sieciom wyspecjalizowanym w ramach planu prac na 2011 r. Nowe dotacje operacyjne mogą być przyznane organizacjom pozarządowym i wyspecjalizowanym sieciom działającym w obszarach odpowiadających trzem celom programu w dziedzinie zdrowia. Prace prowadzone w ramach dotacji operacyjnych powinny bezpośrednio przyczynić się do osiągnięcia priorytetów Unii Europejskiej określonych w komunikacie Komisji COM(2010) 2020 z dnia 3 marca 2010 r. „Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”⁽¹⁾. Do szczególnie istotnych kwestii należą: aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu, w tym promocja zdrowia i zapobieganie chorobom; zapobieganie nierównościom w zakresie zdrowia, w tym zapewnianie wszystkim lepszego dostępu do opieki zdrowotnej, oraz kwestie dotyczące pracowników służby zdrowia.

Jak określono w art. 4 ust. 2 decyzji programowej, wznowienie wkładu finansowego, o którym mowa w ust. 1 lit. b), na rzecz organizacji pozarządowych i sieci wyspecjalizowanych nie musi podlegać zasadzie stopniowej regresji. Zasadniczo zwolnienie takie będzie miało zastosowanie do organizacji wnioskodawców nieotrzymujących żadnych środków finansowych z sektora prywatnego⁽²⁾ lub niezależnych od innego rodzaju sprzecznych interesów związanych z ich funkcjonowaniem (podstawowe finansowanie). W przypadku pozostałych wznowionych dotacji operacyjnych zastosuje się regresję o 1 punkt procentowy w porównaniu z procentowym udziałem współfinansowania przez UE, uzgodnionym w umowie o udzieleniu dotacji zawartej w następstwie zaproszenia do składania wniosków na 2011 r. W każdym przypadku kwota współfinansowania przez UE nie może być wyższa niż kwota przyznana w 2011 r. Załącznik III zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikowalności, wyboru i przyznawania dotacji operacyjnych. Załącznik VII zawiera kryteria wyjątkowej użyteczności.

Orientacyjny termin opublikowania zaproszenia do składania wniosków na dotacje operacyjne w Dzienniku Urzędowym to czwarty kwartał 2011 r.

2.3. Dotacje na wspólne działania

Orientacyjną łączną kwotę na dotacje na wspólne działania szacuje się na 8 950 000 EUR. Wspólne działania umożliwiają właściwym organom państw członkowskich lub pozostałych państw uczestniczących w programie w dziedzinie zdrowia, a także Komisji Europejskiej kontynuację prac nad wspólnie zidentyfikowanymi problemami. W działaniu mogą brać udział organy sektora publicznego lub organizacje pozarządowe z siedzibą w państwie członkowskim/w innym państwie uczestniczącym w danym wspólnym działaniu. Muszą one jednak otrzymać specjalne upoważnienie w tym celu od władz państwa członkowskiego/innego zainteresowanego państwa uczestniczącego w programie.

Dotacje na wspólne działania rozlicza się na podstawie poniesionych kosztów kwalifikowalnych. Maksymalny poziom współfinansowania przez UE wynosi 50 %. Może jednak wzrosnąć do 70 % w przypadkach wyjątkowej użyteczności. Współfinansowanie w sytuacjach wyjątkowej użyteczności w wysokości 70 % przewiduje się w odniesieniu do wspólnego działania „Ułatwianie współpracy między organami krajowymi w UE w zakresie dawstwa narządów” (zob. pkt 3.1.4.2) ze względu na jego wkład w skuteczne wdrażanie przepisów UE w tej dziedzinie. W pozostałych przypadkach mają zastosowanie kryteria wyjątkowej użyteczności zawarte w załączniku VII. Załącznik IV zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikowalności, wyboru i przyznawania finansowania na wspólne działania.

Państwa członkowskie lub pozostałe państwa uczestniczące w programie w dziedzinie zdrowia, które mają zamiar uczestniczyć w co najmniej jednym wspólnym działaniu, muszą zadeklarować ten zamiar Komisji przed upłynięciem terminu składania wniosków. Z wyjątkiem organizacji pozarządowych działających na poziomie UE o uczestnictwo we wspólnych działaniach ubiegać się mogą tylko organizacje z siedzibą w państwach członkowskich lub pozostałych państwach uczestniczących w programie, które zadeklarowały ten zamiar.

Orientacyjny termin opublikowania zaproszenia do składania wniosków na dotacje na wspólne działania w Dzienniku Urzędowym to czwarty kwartał 2011 r.

2.4. Dotacje na konferencje

Orientacyjną łączną kwotę na dotacje na konferencje szacuje się na 800 000 EUR: 200 000 EUR – na konferencje organizowane przez prezydencję i 600 000 EUR – na pozostałe konferencje. Ze względów administracyjnych wszystkie konferencje kwalifikujące się do współfinansowania, z wyjątkiem konferencji organizowanych przez prezydencję, muszą odbyć się w 2013 r.

2.4.1. Konferencje organizowane przez prezydencję – monopol z mocy prawa

Zgodnie z art. 168 ust. 1 lit. c) przepisów wykonawczych dotacje można przydzielić bez zaproszenia do składania wniosków organizacjom mającym monopol z mocy prawa lub faktycznie, właściwie wykazany w decyzji o udzieleniu dotacji.

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF>

⁽²⁾ Termin „sektor prywatny” obejmuje nastawione na zysk spółki, przedsiębiorstwa, korporacje, organizacje gospodarcze lub inne podmioty, niezależnie od ich charakteru prawnego (zarejestrowane lub nie), struktury własności (będące w całości lub w części własnością prywatną lub własnością państwa) i wielkości (duże lub małe), o ile nie są one kontrolowane publicznie.

Konferencje organizowane przez prezydencję, które mają charakter wysoce polityczny oraz wiążą się z reprezentacją na najwyższym szczeblu krajowym i europejskim, mogą być organizowane wyłącznie przez państwo członkowskie sprawujące prezydencję UE. Zważywszy na wyjątkową rolę prezydencji w ramach działań UE, państwo członkowskie odpowiedzialne za organizację takiego wydarzenia jest uważane za mające monopol z mocy prawa.

Każda z dwóch konferencji organizowanych przez prezydencję Unii Europejskiej, jedna przez prezydencję sprawowaną w drugiej połowie 2012 r., a druga – w pierwszej połowie 2013 r., mogą otrzymać do 100 000 EUR. Maksymalny poziom współfinansowania przez UE wynosi 50 % poniesionych kosztów kwalifikowalnych.

Prezydencja przedkłada Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów wniosek o dotację na daną konferencję za pośrednictwem stałego przedstawicielstwa, korzystając z formularza zapewnionego przez Agencję. Należy to uczynić na co najmniej cztery miesiące przed danym wydarzeniem.

Konferencja organizowana przez prezydencję, która ma zostać sfinansowana w ramach niniejszego planu prac, to „Pierwsze kroki w kierunku procesu starzenia się w dobrym zdrowiu” zaplanowana na wrzesień 2012 r. w ramach prezydencji cypryjskiej.

2.4.2. Inne konferencje

Dotacje na konferencje mogą być przyznawane na organizację konferencji związanych z trzema celami programu w dziedzinie zdrowia. Aby uzyskać dofinansowanie, konferencje powinny bezpośrednio przyczynić się do realizacji priorytetów Unii Europejskiej określonych w komunikacie Komisji COM(2010) 2020 z dnia 3 marca 2010 r. „Europa 2020 Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”. Do szczególnie istotnych kwestii należą: aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu, w tym promocja zdrowia i zapobieganie chorobom; zapobieganie nierównościom w zakresie zdrowia, w tym zapewnianie wszystkim lepszemu dostępu do opieki zdrowotnej, oraz kwestie dotyczące pracowników służby zdrowia.

Konferencje muszą mieć wymiar ogólnoeuropejski. Muszą być zorganizowane przez organ sektora publicznego lub organizację nienastawioną na zysk z siedzibą w państwie uczestniczącym w programie w dziedzinie zdrowia, które posiadają odpowiednie doświadczenie w zakresie współpracy na poziomie UE. Na organizację konferencji można otrzymać do 100 000 EUR (maksymalnie 50 % całkowitego budżetu). Załącznik V zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikowalności, wyboru i przyznawania finansowania na konferencje inne niż konferencje organizowane przez prezydencję.

Orientacyjny termin opublikowania zaproszenia do składania wniosków na dotacje na konferencje w Dzienniku Urzędowym to czwarty kwartał 2011 r.

2.5. Umowy z organizacjami międzynarodowymi o udzieleniu dotacji bezpośrednich

Orientacyjną łączną kwotę na dotacje bezpośrednie szacuje się na 2 633 000 EUR. Dotacje bezpośrednie będą oparte na efektywnej współpracy z Komisją.

Zgodnie z art. 168 ust. 1 lit. f) przepisów wykonawczych środki na finansowanie działań organizacji międzynarodowych będą przydzielane na podstawie umów o udzieleniu dotacji – bez zaproszenia do składania wniosków – na tematy wyraźnie określone w niniejszym planie pracy. Organizacje międzynarodowe i ich biura krajowe lub regionalne nie kwalifikują się do finansowania jako beneficjenci główni lub współbeneficjenci w ramach zaproszeń do składania wniosków. Maksymalny poziom współfinansowania przez UE wynosi 60 % faktycznie poniesionych kosztów kwalifikowalnych. Zgodnie z motywem 33 decyzji programowej działania, w których udział biorą państwa trzecie nieuczestniczące w programie, nie są uznawane za koszty kwalifikowalne. Koszty podróży i utrzymania ekspertów zaproszonych z tych państw lub do tych państw można jednak uznać za koszty kwalifikowalne w wyjątkowych, należycie uzasadnionych przypadkach, jeżeli przyczynia się do bezpośredniego do realizacji celów programu.

Finansowanie za pomocą dotacji bezpośrednich na mocy niniejszej decyzji w sprawie finansowania otrzymują następujące organizacje międzynarodowe ze względu na ich szczególne kompetencje i wysoki stopień specjalizacji w obszarach objętych dotacjami bezpośrednimi, określonych w sekcjach 3.1, 3.2 i 3.3:

- Rada Europy,
- Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem,
- Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM),
- Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD).

2.6. Udzielanie zamówień

Orientacyjną łączną kwotę na zamówienia szacuje się na 14 463 980 EUR.

Zamówienia obejmują takie działania, jak ocena i monitorowanie działań i polityki prowadzonej w różnych obszarach; badania; zapewnianie doradztwa, danych i informacji w zakresie zdrowia; wsparcie naukowe i techniczne; działania w zakresie komunikacji i zwiększania świadomości oraz zastosowania technologii informacyjnej w ramach wspierania prowadzonej polityki. Oczekuje się, że zaproszenia do składania ofert zostaną opublikowane w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej w pierwszym półroczu 2012 r. Umowy ramowe i nowe zamówienia publiczne na usługi będą stosowane zgodnie z niniejszym planem pracy.

2.7. Pozostałe działania

Orientacyjną łączną kwotę na pozostałe działania szacuje się na 5 270 000 EUR.

Kwota ta odnosi się do składek członkowskich dokonanych przez UE na rzecz organizacji, których UE jest członkiem, w rozumieniu art. 108 ust. 2 lit. d) rozporządzenia finansowego, umów administracyjnych ze Wspólnym Centrum Badawczym (JRC) i wynagrodzeń specjalnych wypłacanych ekspertom za uczestnictwo w posiedzeniach i pracę nad opiniami naukowymi na podstawie pkt 3.1.3.1 oraz za doradztwo w zakresie systemów opieki zdrowotnej na podstawie pkt 3.3.2.1.

2.8. Płatności UE na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu

Unia Europejska jest pełnoprawną stroną Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu. Wpłaty wkładu UE za rok 2012 na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu będą dokonywane w ramach pozycji w budżecie 17 03 05 – „Umowy międzynarodowe i członkostwo w organizacjach międzynarodowych zajmujących się zagadnieniami zdrowia publicznego i ograniczania palenia tytoniu”, a nie z programu w dziedzinie zdrowia. Kwota tej płatności opiera się na decyzji w sprawie planu prac i budżetu na okres finansowy 2012–2013 przyjętej podczas czwartej konferencji stron konwencji w listopadzie 2010 r. (FCTC/COP/4/20).

Wkład UE na 2012 r. ustala się na poziomie 145 225 USD. W celu uwzględnienia wahań kursów wymiany walut maksymalna ustalona kwota na 2012 r. wynosi 200 000 EUR. Sekretariat Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu będzie zarządzał środkami finansowymi zgodnie z przepisami finansowymi WHO.

3. PRIORYTETY NA 2012 r.

Działania podejmowane w ramach niniejszego planu prac są w dużej mierze ukierunkowane na realizację priorytetów UE określonych w strategii „Europa 2020” oraz wywiązanie się ze zobowiązań prawnych i politycznych. Szczególnie istotne z punktu widzenia niniejszego planu prac są priorytety strategii „Europa 2020” dotyczące „inteligentnego rozwoju” i „rozwaju sprzyjającego włączeniu społecznemu”. Cele strategii „Europa 2020” odpowiadają celom europejskiej strategii w dziedzinie zdrowia, zgodnie z którą inwestowanie w zdrowie może prowadzić do pobudzenia innowacji, wykształcania nowych umiejętności i utworzenia nowych miejsc pracy oraz zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia.

W 2012 r. program w dziedzinie zdrowia przyczyni się do osiągnięcia celów następujących inicjatyw przewodnich strategii „Europa 2020”:

Pilotażowe partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu w ramach inicjatywy przewodniej „Unia innowacji”⁽¹⁾ wpłynęło na uwzględnienie w niniejszym planie prac działań mających na celu umożliwienie obywatelom europejskim jak najdłuższe prowadzenie aktywnego, zdrowego i niezależnego trybu życia. Działania te będą polegały na propagowaniu zdrowia psychicznego i fizycznego, w tym na promowaniu lepszego odżywiania się i aktywności fizycznej, oraz na zapobieganiu szkodliwym dla zdrowia zachowaniom. Poszukiwane będą sposoby zapobiegania pojawianiu się poważnych i przewlekłych chorób w ramach akcji, takich jak badania przesiewowe w kierunku nowotworów. Zapewnienie odpowiedniego doradztwa i informacji będzie stanowić wsparcie dla państw członkowskich w zakresie podejmowanych przez nie wysiłków na rzecz osiągnięcia i utrzymania zrównoważonych i efektywnych systemów opieki zdrowotnej. Zostaną również podjęte działania w celu zbadania możliwości opracowania innowacyjnych produktów i usług w odpowiedzi na wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa. W ostatecznym rozrachunku wszystkie działania mają przyczynić się do osiągnięcia ogólnego celu partnerstwa polegającego na wydłużeniu średniej liczby lat zdrowego życia o dwa lata dla wszystkich mieszkańców Europy.

Europejska platforma współpracy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym⁽²⁾ w ramach strategii „Europa 2020” stanowiła inspirację dla działań związanych z nierównościami w zakresie zdrowia. Celem tych działań jest poprawa dostępu słabszych grup społecznych do opieki zdrowotnej, wsparcie ich włączenia społecznego i zwalczanie dyskryminacji, z którą się spotykają. Działania te stanowią wkład w osiągnięcie celu UE polegającego na zmniejszeniu liczby osób ubogich i wykluczonych społecznie o co najmniej 20 mln do 2020 r.

Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia⁽³⁾ stanowi ramy dla prac ukierunkowanych na pracowników służby zdrowia. Celem tych prac jest przyczynienie się do osiągnięcia celu w zakresie zatrudnienia wyznaczonego w ramach strategii „Europa 2020” polegającego na osiągnięciu 75 % poziomu zatrudnienia ludności w wieku produkcyjnym. Działania te przyczynią się w szczególności do osiągnięcia celu wyznaczonego w ramach priorytetu 2 przedmiotowego programu, mianowicie wyposażenia pracowników w umiejętności właściwe z punktu widzenia zatrudnienia.

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0546:FIN:PL:PDF>

⁽²⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0758:FIN:PL:PDF>

⁽³⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0682:FIN:PL:PDF>

Ponadto niniejszy plan prac stanowi odpowiedź na dodatkowe wyzwania, w przypadku których podjęcie działania może zapewnić UE rzeczywistą wartość dodaną. Warunkiem koniecznym do osiągnięcia wzrostu gospodarczego i dobrostanu obywateli jest bezpieczne społeczeństwo. Wystąpienie w kilku ostatnich latach szeregu *transgranicznych zagrożeń zdrowotnych* wyraźnie wykazało potrzebę i wartość dodaną spójnych i skutecznych działań na szczeblu UE. Działania przewidziane w niniejszym planie prac koncentrują się na poszukiwaniu i ustanowieniu skutecznych mechanizmów służących do wykrywania rozprzestrzeniania się różnych transgranicznych zagrożeń zdrowotnych i zapobiegania im lub minimalizowania ich skutków. W niniejszym planie prac proponuje się również poparcie bezpiecznych systemów i mechanizmów celem wsparcia przepisów UE dotyczących bezpieczeństwa i jakości narządów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i substancji krwiopochodnych. Celem działań jest uzyskanie i utrzymanie zaufania obywateli UE w tej dziedzinie. W ten sam sposób wsparciem zostaną objęte przepisy w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej poprzez odpowiednio ukierunkowane działania.

Dbanie o to, aby ludzie dłużej cieszyli się zdrowiem i dłużej prowadzili aktywny tryb życia, ma pozytywny wpływ na wydajność i konkurencyjność. Zaplanowano zatem przeprowadzenie działań uzupełniających dotyczących głównych czynników ryzyka w zakresie zdrowia, takich jak odżywianie, nadużywanie alkoholu i palenie tytoniu, a także w dziedzinie poważnych, przewlekłych i rzadkich chorób.

Wreszcie przewidziano szereg działań, aby zrealizować trzeci cel programu – „Tworzenie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia”. Zaplanowano szereg działań, częściowo we współpracy z zewnętrznymi organizacjami partnerskimi, polegających na gromadzeniu danych, dostarczaniu dowodów naukowych oraz skutecznym przekazywaniu informacji obywatelom, zainteresowanym stronom i osobom odpowiedzialnym za wyznaczanie kierunków polityki.

3.1. Działania w ramach pierwszego celu „Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli”

3.1.1. *Ochrona obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi – Rozwijanie zdolności zarządzania ryzykiem i opracowanie odpowiednich procedur; zwiększenie gotowości i usprawnienie planowania w sytuacjach kryzysowych w dziedzinie zdrowia (pkt 1.1.3 załącznika do decyzji programowej)*

3.1.1.1. *Gotowość sektora zdrowia publicznego oraz szkolenia i ćwiczenia w zakresie reagowania*

Celem tego działania jest poprawa i wzmocnienie gotowości UE do reagowania na potencjalne zagrożenia. W przeprowadzonych na szczeblu krajowym i unijnym ocenach pandemii z 2009 r. wyraźnie wykazano potrzebę zwiększenia gotowości poprzez wymianę najlepszych praktyk i dalsze opracowywanie wspólnych narzędzi na szczeblu UE. Celem tego działania jest zwiększenie wiedzy urzędników państw członkowskich na temat ryzyka transgranicznego i zarządzania działaniami dotyczącymi zdrowia publicznego podejmowanymi w odpowiedzi na to ryzyko oraz na temat skutecznego stosowania narzędzi informatycznych.

Przedmiotowe działanie składa się z trzech pakietów prac. W ramach pierwszego z nich należy przeprowadzić dwie sesje szkoleń i ćwiczeń dla urzędników państw członkowskich w zakresie gotowości i reagowania na poważne transgraniczne zagrożenia zdrowotne. Przedmiotowe szkolenia i ćwiczenia będą dotyczyć obowiązków i ról różnych zainteresowanych stron, gotowości, komunikacji w sytuacji kryzysu oraz korzystania z narzędzi informatycznych. W ramach drugiego pakietu prac kontynuowana będzie wymiana ekspertów zapoczątkowana w 2011 r., ukierunkowana na wymianę najlepszych praktyk i doświadczeń w zakresie zarządzania kryzysem między urzędnikami/zainteresowanymi stronami z państw członkowskich UE. Trzeci pakiet prac obejmuje opracowanie nowego modułu e-learning na potrzeby stosowania Systemu informowania o zagrożeniach zdrowotnych i chorobach (Hedis) oraz przygotowanie opisu różnych ról i funkcji uzupełniających moduły opracowane w 2010 r.

[Umowa ramowa i zaproszenie do składania ofert]

3.1.2. *Ochrona obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi – Opracowanie strategii i mechanizmów zapobiegania zagrożeniom dla zdrowia oraz strategii i mechanizmów wymiany informacji i reagowania na zagrożenia, takie jak: zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi, zagrożenia pochodzenia fizycznego, chemicznego lub biologicznego, w tym także zagrożenia związane z aktami celowego uwolnienia (pkt 1.1.1 załącznika do decyzji programowej)*

3.1.2.1. *Koordinacja reagowania w dziedzinie zdrowia publicznego w obliczu zdarzeń chemicznych*

Celem przedmiotowego działania jest zapewnienie skutecznej reakcji na poważne zdarzenia transgraniczne spowodowane czynnikami chemicznymi poprzez utworzenie sieci pilotażowej na szczeblu UE przy jednoczesnym zapewnieniu komplementarności z pracami innych sektorów, takimi jak unijny mechanizm ochrony ludności. Dzięki takiej sieci wszystkie państwa członkowskie będą korzystały z doświadczeń jednego państwa członkowskiego i najlepszych praktyk przyjętych przez jedno państwo członkowskie w następstwie wystąpienia danego zdarzenia. Taka sieć umożliwi skuteczną i spójną reakcję na szczeblu UE na potencjalnie niszczące zdarzenia transgraniczne. Ma to szczególne znaczenie dla państw członkowskich posiadających mniejszą zdolność i wiedzę specjalistyczną w zakresie reagowania na zdarzenia chemiczne. Na szczeblu UE nie istnieją żadne formalne ustalenia w dziedzinie zdrowia publicznego dotyczące koordynowania reakcji na takie zdarzenia. Stosowane dotąd ustalenia *ad hoc* wyraźnie wykazały potrzebę i wartość dodaną wprowadzenia usystematyzowanego mechanizmu służącego uruchomieniu oceny ryzyka i koordynacji środków w dziedzinie zdrowia publicznego na szczeblu UE. W ramach tego działania państwa członkowskie otrzymają wsparcie w zakresie wdrażania nowych Międzynarodowych przepisów zdrowotnych.

W ramach przedmiotowego działania należy dokładnie rozważyć doświadczenie zdobyte w ramach sieci nadzoru i kontroli chorób zakaźnych utworzonej decyzją nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia

24 września 1998 r. ustanawiającą sieć nadzoru i kontroli epidemiologicznej chorób zakaźnych we Wspólnocie ⁽¹⁾. Działanie to powinno być oparte na: a) projekcie dokumentu „Standardowe procedury operacyjne na potrzeby sieci Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia w zakresie oceny ryzyka i zarządzania ryzykiem związanym ze zdarzeniami chemicznymi” opracowanym przez Komisję przy wykorzystaniu informacji uzyskanych od sekcji ds. gotowości na wypadek zagrożenia chemicznego, biologicznego, radiologicznego i jądrowego Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia, który jest dostępny jako część wyników inicjatywy CARRA-NET; b) informacjach uzyskanych w ramach projektu „Sieć ds. oceny ryzyka chemicznego i radiologicznego (CARRA-NET)”, który rozpoczęto w październiku 2010 r. w ramach zamówienia publicznego na usługi nr EAH/2010/Health/12 na potrzeby realizacji umowy ramowej nr EAH/2009/Health/06 partia 2 dotyczącej wielokrotnych umów ramowych z ponownym otwarciem zamówienia na konkurencję dotyczącego zewnętrznej pomocy w zakresie działań w obszarze bezpieczeństwa zdrowia „Na ustanowienie sieci ds. oceny ryzyka związanego z toksycznymi chemikaliami przemysłowymi oraz zagrożeń radioaktywnych i ryzyka radioaktywnego”. Zamówienia udzielono Agencji Ochrony Zdrowia, a jego wyniki umożliwią ustanowienie przyszłych sieci ds. chemikaliów i zagrożeń radioaktywnych; c) doświadczeniach zdobytych w ramach trzech regionalnych ćwiczeń symulacyjnych „IRIDIUM” dotyczących zdarzeń chemicznych, przeprowadzonych w 2011 r. – przedmiotowe trzy ćwiczenia zrealizowano w ramach szczególnego przedmiotu „Ćwiczenia chemiczne” umowy ramowej nr SANCO/C3-2007-01 ⁽²⁾; oraz d) informacjach uzyskanych w ramach inicjatywy „Inwentarz medycznych środków przeciwdziałania zagrożeniom chemicznym i radiologicznym (CARIMEC)”, która została zapoczątkowana w grudniu 2010 r. w ramach zamówienia publicznego na usługi nr EAH/2010/Health/17 na potrzeby realizacji umowy ramowej nr EAH/2009/Health/06 partia 2 dotyczącej wielokrotnych umów ramowych z ponownym otwarciem zamówienia na konkurencję dotyczącego zewnętrznej pomocy w zakresie działań w obszarze bezpieczeństwa zdrowia „Na ustanowienie inwentarza środków w zakresie zdrowia publicznego oraz medycznych środków zaradczych w odpowiedzi na toksyczne chemikalia przemysłowe oraz zagrożenia i ryzyko radioaktywne”. Inicjatywę „Inwentarz medycznych środków przeciwdziałania zagrożeniom chemicznym i radiologicznym (CARIMEC)” realizuje Agencja Ochrony Zdrowia (Health Protection Agency).

Sieć powinna zacząć funkcjonować w trybie pilotażowym w latach 2013–2014. Powinna ona być w pełni powiązana z istniejącymi mechanizmami i strukturami opracowanymi i uruchomionymi w innych sektorach, takimi jak program „Wdrożone doświadczenia i wnioski” w ramach unijnego mechanizmu ochrony ludności w odniesieniu do poważnych klęsk, w tym incydentów chemicznych, w odniesieniu do których sieć została uruchomiona. Wspomniany projekt pilotażowy dostarczy wskazówek na temat zapotrzebowania na dalsze działania oraz zakresu takich działań, w tym na temat zapotrzebowania na bardziej stały mechanizm.

[Dotacje na projekty] Orientacyjna kwota: 450 000 EUR

3.1.2.2. Wpływ na przewóz lotniczy zagrożeń zdrowotnych spowodowanych czynnikami biologicznymi, chemicznymi i radiologicznymi

Celem przedmiotowego działania jest zapewnienie skutecznej reakcji na poważne transgraniczne zagrożenia zdrowotne dla statków powietrznych. Na szczeblu UE nie istnieją żadne formalne ustalenia dotyczące koordynowania reakcji na takie zagrożenia. Stosowane dotąd ustalenia *ad hoc* wyraźnie wykazały potrzebę i wartość dodaną wprowadzenia usystematyzowanego mechanizmu służącego uruchomieniu oceny ryzyka i koordynacji środków na szczeblu UE. W ramach tego działania państwa członkowskie otrzymają wsparcie w zakresie wdrażania nowych *Międzynarodowych przepisów zdrowotnych*.

Podstawą przedmiotowego działania powinny być wyniki i doświadczenia zdobyte w ramach projektów finansowanych z programu w dziedzinie zdrowia w obszarze transportu morskiego, w szczególności w ramach projektów „Ocena przydatności unijnego programu w dziedzinie warunków sanitarnych na statkach oraz skoordynowanych działań na rzecz kontroli chorób zakaźnych na statkach wycieczkowych i promach” (SHIPSAN) oraz „Unijna sieć szkoleń w zakresie warunków sanitarnych na statkach” (SHIPSAN TRAINET) ⁽³⁾.

Działaniem tym należy objąć przynajmniej główne międzynarodowe porty lotnicze w państwach członkowskich UE przy uczestnictwie głównych przewoźników lotniczych i władz portów lotniczych oraz we współpracy z nimi. W ramach działania należy: a) określić zakres oraz standardowe procedury operacyjne, w szczególności rolę różnych zaangażowanych organów oraz satysfakcjonujący mechanizm koordynacji; b) wskazać punkty kontaktowe na potrzeby sieci organów ds. zdrowia publicznego do celów nadzoru nad zagrożeniami zdrowotnymi związanymi z chorobami zakaźnymi i innymi zagrożeniami, które mogą mieć wpływ na obszary międzynarodowego przewozu, oraz reagowania na te zagrożenia w obrębie wyznaczonych portów lotniczych; c) udzielić pomocy państwom członkowskim i władzom portów lotniczych w tych państwach w rozwijaniu podstawowych zdolności oraz wdrażaniu nowych *Międzynarodowych przepisów zdrowotnych*, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji wymogów dotyczących podstawowych zdolności w zakresie nadzoru nad zagrożeniami zdrowotnymi związanymi z chorobami zakaźnymi i innymi zagrożeniami transgranicznymi, które mogą mieć wpływ na obszary międzynarodowego przewozu, oraz reagowania na te zagrożenia w obrębie wyznaczonych portów lotniczych; d) zbadać wpływ na dodatkowe wymogi w zakresie infrastruktury portów lotniczych zarówno pod względem personelu, jak i wyposażenia; a także e) w oparciu o doświadczenie zdobyte w sektorze transportu morskiego utworzyć sieć organów ds. zdrowia publicznego odpowiedzialnych za cywilny przewóz lotniczy, którym podlegają przynajmniej główne międzynarodowe porty lotnicze w państwach członkowskich, przy udziale przewoźników lotniczych i we współpracy z nimi. Należy zapewnić spójność z podobnymi środkami przyjmowanymi przez Organizację Międzynarodowego Lotnictwa Cywilnego (ICAO) i Europejską Konferencję Lotnictwa Cywilnego (ECAC), aby uniknąć powielania działań.

W pierwszej fazie należy utworzyć sieć obejmującą przynajmniej główne węzły lotnicze w państwach członkowskich UE (w co najmniej 8 państwach członkowskich i około 10 portach lotniczych) przy udziale głównych przewoźników lotniczych i we współpracy z nimi (co najmniej 8 przewoźników lotniczych o łącznej liczbie około 300 torów). W drugiej fazie należy uzgodnić i poddać testom zestaw standardowych procedur operacyjnych oraz procedur konsultacji.

⁽¹⁾ Dz.U. L 268 z 3.10.1998, s. 1.

⁽²⁾ Wyniki dostępne pod adresem http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/iridium_1_2011_frep_en.pdf

⁽³⁾ <http://www.shipsan.eu>

Ponadto należy kontrolować i ocenić ograniczoną liczbę zdarzeń. Należy równolegle rozwijać podstawowe zdolności w zakresie nadzoru, reagowania i oceny potrzeb. Sieć powinna rozpocząć funkcjonowanie w trybie pilotażowym w latach 2013–2014. Przedmiotowy projekt pilotażowy dostarczy wskazówek na temat zapotrzebowania na dalsze działania oraz zakresu takich działań, z uwzględnieniem bardziej stałego mechanizmu.

[Dotacje na projekty] Orientacyjna kwota: 600 000 EUR

3.1.2.3. Wpływ na transport morski zagrożeń zdrowotnych spowodowanych czynnikami biologicznymi, chemicznymi i radiologicznymi, w tym chorób zakaźnych

Celem przedmiotowego działania jest opracowanie zintegrowanej i zrównoważonej strategii na szczeblu UE w zakresie ochrony zdrowia podróżnych i załóg statków pasażerskich i towarowych oraz zapobiegania transgranicznemu rozprzestrzenianiu się chorób. Transgraniczną kwestią, którą należy podjąć na szczeblu UE, jest kontrolowanie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowotnych związanych z transportem morskim, takich jak choroby zakaźne lub zagrożenia związane z czynnikami chemicznymi, biologicznymi i radiologicznymi, oraz reagowanie na takie zagrożenia. Kwestia poprawy nadzoru nad chorobami zakaźnymi i monitorowania transportu morskiego jest istotna również ze względu na napływ migracji przez granice morskie.

Celem tego działania jest wspieranie wykonania decyzji nr 2119/98/WE oraz środków wykonawczych do tej decyzji, takich jak decyzja Komisji 2000/57/WE z dnia 22 grudnia 1999 r. w sprawie systemu wczesnego ostrzegania i reagowania w celu zapobiegania i kontroli chorób zakaźnych na mocy decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ⁽¹⁾, dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/65/UE z dnia 20 października 2010 r. w sprawie formalności sprawozdawczych dla statków wchodzących do portów lub wychodzących z portów państw członkowskich i uchylająca dyrektywę 2002/6/WE ⁽²⁾, a także nowych *Międzynarodowych przepisów zdrowotnych*. Działanie to wspiera również wykonanie dyrektywy Rady 2009/13/WE z dnia 16 lutego 2009 r. w sprawie wdrożenia Umowy zawartej między Stowarzyszeniem Armatorów Wspólnoty Europejskiej (ECSA) a Europejską Federacją Pracowników Transportu (ETF) w sprawie Konwencji o pracy na morzu z 2006 r. oraz w sprawie zmiany dyrektywy 1999/63/WE ⁽³⁾.

Podstawą przedmiotowego działania powinny być wyniki i doświadczenia zdobyte w ramach projektów finansowanych z programu w dziedzinie zdrowia w obszarze transportu morskiego, w szczególności w ramach projektów „Ocena przydatności unijnego programu w dziedzinie warunków sanitarnych na statkach oraz skoordynowanych działań na rzecz kontroli chorób zakaźnych na statkach wycieczkowych i promach” (SHIPSAN) oraz „Unijna sieć szkoleń w zakresie warunków sanitarnych na statkach” (SHIPSAN TRAINET).

W ramach przedmiotowego działania należy skoncentrować się na: a) operacyjnym funkcjonowaniu platformy komunikacyjnej opracowanej w ramach projektu SHIPSAN w celu koordynacji działań stanowiących reakcję na zdarzenia na pokładzie statków wycieczkowych; b) rozszerzeniu na statki towarowe zakresu stosowania odpowiedniego i zrównoważonego mechanizmu udzielania wytycznych, aktualizacji wytycznych technicznych, pakietów szkoleń, programów ćwiczeń i wskazówek dotyczących oceny w ramach zaświadczeń o kontroli warunków sanitarnych na statkach opracowanych w ramach projektu SHIPSAN. Będzie to obejmować stałe powiązanie z obowiązującymi mechanizmami w zakresie kontroli chorób zakaźnych na statkach na mocy decyzji nr 2119/98/WE oraz środków wykonawczych do tej decyzji; c) szkoleniach personelu pokładowego statków towarowych, personelu publicznej służby zdrowia w portach oraz urzędników odpowiedzialnych za utrzymanie powiązania między statkami, organami portowymi i organami ds. zdrowia publicznego odpowiedzialnymi za powiadamianie innych państw członkowskich, Komisji i Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób; d) mechanizmie umożliwiającym przeprowadzenie oceny ryzyka i wsparcie działań w zakresie zarządzania ryzykiem; oraz e) badaniu wykonalności zastosowania projektu SHIPSAN do celów wdrożenia morskiej deklaracji o stanie zdrowia w formacie elektronicznym, jak określono w dyrektywie 2010/65/UE.

[Wspólne działanie] Orientacyjna kwota: 1 800 000 EUR

3.1.2.4. Lepsze zapobieganie zakażeniu wirusem HIV w Europie

Celem przedmiotowego wspólnego działania jest promowanie integracji praktyk w zakresie zapewniania i poprawy jakości z programami zapobiegania zakażeniu wirusem HIV w celu poprawy skuteczności tych programów. Skuteczniejsze programy zapobiegania pomogą zmniejszyć liczbę nowych zakażeń wirusem HIV w Europie. Przyczynią się one również do walki z dyskryminacją i wykluczeniem społecznym, których często doświadczają osoby zakażone wirusem HIV.

Celem tego wspólnego działania jest wspieranie wykonania komunikatu Komisji COM(2009) 569 wersja ostateczna z dnia 26 października 2009 r. „Zwalczanie HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich w latach 2009–2013” ⁽⁴⁾. Wspomniany komunikat zapewnia ramy na rzecz wspierania opracowania strategii krajowej oraz wytyczne w zakresie koordynacji polityki dotyczącej HIV między państwami członkowskimi. Komunikat w szczególności koncentruje się na skuteczniejszej prewencji, aby rozwiązać problem przenoszenia wirusa HIV. Przedmiotowe działanie wraz z innymi projektami związanymi z zapobieganiem zakażeniu wirusem HIV przekłada się na realizację celów w zakresie zapobiegania określonych w planie działania przeciwko HIV na lata 2009–2013 ⁽⁵⁾. Przedmiotowe wspólne działanie przyczyni się do przezwyciężenia dyskryminacji i zwiększenia integracji osób niepełnosprawnych, mniejszości etnicznych i imigrantów, mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami oraz innych słabszych grup społecznych. Do tych grup często należą osoby najbardziej narażone na zakażenie wirusem HIV.

⁽¹⁾ Dz.U. L 21 z 26.1.2000, s. 32.

⁽²⁾ Dz.U. L 283 z 29.10.2010, s. 1.

⁽³⁾ Dz.U. L 124 z 20.5.2009, s. 30.

⁽⁴⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52009DC0569:PL:NOT>

⁽⁵⁾ http://ec.europa.eu/health/sti_prevention/docs/eu_communication_2009_action_en.pdf

Przewidywane wspólne działanie objęłoby opracowanie i włączenie w główny nurt metody i narzędzi w zakresie zapewniania/poprawy jakości w zapobieganiu zakażeniom wirusem HIV. Polegałoby to na: a) opracowaniu i zatwierdzeniu karty norm i zasad w zakresie zapewniania i poprawy jakości przez kluczowe zainteresowane strony; b) rozpowszechnianiu tych norm; c) monitorowaniu ich włączenia w główny nurt strategii i działań zapobiegawczych ze szczególnym uwzględnieniem kluczowych grup priorytetowych określonych w strategii UE; d) utworzeniu trwałej sieci organizacji monitorujących wprowadzenie zapewniania i poprawy jakości do programów zapobiegania zakażeniom wirusem HIV, która mogłaby zapewnić doradztwo w zakresie zapewniania i poprawy jakości w ramach zapobiegania zakażeniom wirusem HIV oraz e) określeniu i wsparciu pilotażowych projektów demonstracyjnych opartych na dowodach.

Do wyników działania należałyby: zatwierdzona karta dotycząca zapewniania i poprawy jakości w ramach programów zapobiegania zakażeniom wirusem HIV przeznaczona do wdrożenia na terenie całej Europy i poza nią; przewodnik dotyczący skutecznego wdrażania programów zapobiegania zakażeniom wirusem HIV; analiza skutecznych kanałów rozpowszechniania informacji dotyczących zdrowia publicznego; sieć ekspertów ds. zapewniania jakości i zapobiegania zakażeniom wirusem HIV oraz ramy w zakresie monitorowania i oceny skutków programów zapobiegania zakażeniom wirusem HIV.

Przedmiotowe wspólne działanie przyczyni się do opracowania i wdrożenia skuteczniejszych programów zapobiegania zakażeniom wirusem HIV, które można również dostosować do potrzeb innych regionów.

[Wspólne działanie] Orientacyjna kwota: 1 500 000 EUR

3.1.3. *Poprawa bezpieczeństwa obywateli – Doradztwo naukowe (pkt 1.2.1 załącznika do decyzji programowej)*

3.1.3.1. *Doradztwo naukowe i techniczne w zakresie funkcjonowania komitetów naukowych Komisji oraz komunikacji ryzyka, z uwzględnieniem wynagrodzeń specjalnych*

Celem przedmiotowego działania jest udzielanie Komisji niezależnych porad wysokiej jakości dotyczących zagrożeń zdrowotnych. Umożliwia to zapewnienie solidnych podstaw naukowych na potrzeby polityki i środków UE zgodnie z zasadami lepszego stanowienia prawa. Tego rodzaju doradztwo zapewniają komitety naukowe zgodnie z decyzją Komisji 2008/721/WE z dnia 5 sierpnia 2008 r. w sprawie utworzenia struktury doradczej komitetów naukowych i ekspertów w dziedzinie bezpieczeństwa konsumentów, zdrowia publicznego i środowiska oraz uchylającą decyzję 2004/210/WE⁽¹⁾. Działanie to przyczynia się do zwiększenia roli nauki w debacie orientacyjnej UE i wspomaga informowanie obywateli o ryzyku. Pozwala ono również zainteresowanym stronom i ogółowi społeczeństwa na lepsze zrozumienie polityk UE i związanych z nimi wniosków. Na działanie składają się dwa elementy: po pierwsze wynagrodzenia specjalne wypłacane ekspertom za opracowywanie opinii naukowych, a po drugie doradztwo naukowe i techniczne w zakresie funkcjonowania komitetów naukowych oraz komunikacji ryzyka.

Eksperti otrzymują wynagrodzenia specjalne za opracowywanie opinii naukowych, jak określono w decyzji 2008/721/WE.

[Pozostałe działania] Orientacyjna kwota: 270 000 EUR

Wsparcie naukowe i techniczne funkcjonowania komitetów naukowych oraz komunikacji ryzyka obejmuje: a) wyszukiwanie, analizę i syntezę literatury naukowej; b) przygotowywanie uproszczonych wersji opinii naukowych dla laików; c) przygotowywanie streszczeń; d) wyszukiwanie danych; e) tworzenie bibliografii tematów poruszanych przez komitety oraz f) weryfikację tekstów. Wsparcie to jest niezbędne, ponieważ członkowie komitetów nie korzystają z żadnego wsparcia ze strony ich organizacji. Obejmuje ono również organizację przesłuchań naukowych, roboczych posiedzeń naukowych oraz warsztatów tematycznych.

[Zaproszenia do składania ofert]

3.1.4. *Poprawa bezpieczeństwa obywateli – Bezpieczeństwo i jakość narzędzi i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i substancji krwiopochodnych (pkt 1.2.2 załącznika do decyzji programowej)*

3.1.4.1. *Monitorowanie i wykonanie przepisów UE dotyczących krwi, składników krwi oraz tkanek i komórek*

Celem przedmiotowego działania jest ocena wdrożenia w państwach członkowskich przepisów UE dotyczących krwi i składników krwi oraz tkanek, a także sporządzenie powiązanych sprawozdań na temat stanu wdrażania tych przepisów. Aktami prawnymi, o których mowa, są: a) dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania krwi

⁽¹⁾ Dz.U. L 241 z 10.9.2008, s. 21.

ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE⁽¹⁾ i związane z nią środki wykonawcze⁽²⁾ oraz b) dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich⁽³⁾ oraz związane z nią dyrektywy wykonawcze⁽⁴⁾.

Pobieranie i dostarczanie krwi i składników krwi jest działaniem o dużym znaczeniu dla systemów publicznej opieki zdrowotnej państw członkowskich ze względu na oferowanie i wspieranie wielu możliwości leczenia. Działania te przyczyniają się również do zmian w sektorze farmaceutycznym. Z wykorzystywaniem krwi i składników krwi nierozdzielnie wiąże się ryzyko przenoszenia chorób, które może doprowadzić do potencjalnego ryzyka w zakresie bezpieczeństwa i jakości. Celem dyrektywy 2002/98/WE i związanych z nią środków wykonawczych jest zareagowanie na te problemy. Sektor tkanek i komórek rozwija się w szybkim tempie, zapewniając coraz więcej możliwości leczenia. Przyczyni się on do wzrostu ekonomicznego oraz rozwoju sektora farmaceutycznego. Będzie to możliwe jedynie wówczas, gdy będzie można zagwarantować bezpieczeństwo i jakość gromadzonych substancji pochodzenia ludzkiego. Celem dyrektywy 2004/23/WE i związanych z nią dyrektyw wykonawczych jest zareagowanie na te problemy.

W wyniku tego działania zostaną sporządzone dwa sprawozdania zawierające ocenę kwestii kluczowych dla wszystkich państw członkowskich. Powstałe sprawozdania posłużą do: a) sporządzenia sprawozdań dotyczących doświadczeń państw członkowskich związanych z wdrażaniem dyrektywy 2004/23/WE, zgodnie z wymogami art. 26 ust. 2, oraz dyrektywy 2002/98/WE, zgodnie z wymogami art. 26 ust. 2, b) zidentyfikowania państw członkowskich, które dokonały skutecznego wdrożenia, oraz udzielenia wsparcia państwom członkowskim, które napotkały problemy we wdrażaniu, c) pomocy w egzekwowaniu wdrażania tych przepisów oraz d) określenia problemów systemowych, które mogą wymagać wprowadzenia zmian do prawodawstwa. Szacowany termin przedstawienia sprawozdań upływa z końcem 2013 r.

[Zaproszenie do składania ofert]

3.1.4.2. Ułatwianie współpracy między organami krajowymi w UE w zakresie dawstwa narządów

Celem przedmiotowego działania jest wsparcie państw członkowskich w organizacji optymalnego przydziału i wykorzystania/przeszczepienia oddawanych narządów poprzez zawieranie wielostronnych i dwustronnych porozumień oraz poprzez przeszczepianie w innych państwach członkowskich. Działanie to ułatwi wdrożenie komunikatu Komisji COM(2008) 819/3 z dnia 8 grudnia 2008 r. „Plan działania dotyczący dawstwa i przeszczepiania narządów (2009–2015): zacieśnianie współpracy między państwami członkowskimi”⁽⁵⁾.

Celem tego działania jest stworzenie platformy informacyjnej na poziomie UE na potrzeby wielostronnej wymiany narządów. Większość państw członkowskich posiada krajowe organy ds. przydziału odpowiedzialne za dopasowanie dostępnych narządów do potencjalnych biorców oraz zapewnienie optymalnego przydziału i wykorzystania każdego narządu. Niektóre państwa członkowskie przyłączyły się do wspólnych starań podejmowanych w ramach organizacji wymiany narządów obejmującej wiele państw, takich jak *Eurotransplant* i *Scandiatransplant*. Nie jest jednak możliwe dopasowanie, przydzielenie i wykorzystanie wszystkich narządów w tych państwach lub strefach obejmujących wiele państw. Dotyczy to w szczególności wysoko immunizowanych pacjentów, dzieci oraz rzadko przeszczepianych narządów. Umożliwi to platforma na poziomie UE łącząca istniejące w Europie organy ds. przydzielania narządów. Działanie to obejmuje opracowanie protokołów i uzgodnionych formatów służących do łatwej i szybkiej wymiany danych. Rozpoczęto już realizację prac przygotowawczych w ramach projektu „Koordynacja inicjatywy europejskiej między krajowymi organizacjami przeszczepiania narządów” (COORENOR) finansowanego w ramach programu w dziedzinie zdrowia. Prace te będą kontynuowane – zostanie utworzona konkretna platforma oraz wzrośnie liczba zaangażowanych państw członkowskich. Staranne przygotowania pod względem prawnym, finansowym i operacyjnym prowadzące do zawierania konkretnych umów między państwami członkowskimi przyczynią się do zapewnienia trwałości platformy.

Przedmiotowe działanie ułatwi również organom krajowym zawieranie umów dwustronnych między państwami członkowskimi dotyczących wymiany narządów. Nie wszystkie państwa członkowskie posiadają programy przeszczepiania narządów dla wszystkich rodzajów narządów. Zawieranie dwustronnych umów dotyczących poszczególnych narządów między państwami członkowskimi daje obywatelom UE dostęp do opieki w ośrodku transplantacyjnym w innym państwie członkowskim, który specjalizuje się w przeszczepianiu danego narządu. Narządy takie można również zamawiać w jednym państwie członkowskim i wysłać do drugiego. Dzięki obowiązującym umowom zwiększono mobilność pacjentów i wykorzystanie narządów w Europie. Działanie obejmie badanie istniejących praktyk, określenie możliwości zawierania umów dwustronnych, udzielenie wsparcia państwom członkowskim w sporządzaniu umów dwustronnych oraz utworzenie modelu działania. Prace prowadzone w ramach projektu COORENOR przyczynią się do realizacji tego celu.

(1) Dz.U. L 33 z 8.2.2003, s. 30.

(2) Dyrektywa Komisji 2005/62/WE z dnia 30 września 2005 r. wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie norm i specyfikacji wspólnotowych odnoszących się do systemu jakości obowiązującego w placówkach służby krwi, Dz.U. L 256 z 1.10.2005, s. 41 i Dz.U. L 287M z 18.10.2006, s. 359; dyrektywa Komisji 2005/61/WE z dnia 30 września 2005 r. wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymogów dotyczących śledzenia losów krwi oraz powiadamiania o poważnych, niepożądanych reakcjach i zdarzeniach, Dz.U. L 256 z 1.10.2005, s. 32 i Dz.U. L 287M z 18.10.2006, s. 350; dyrektywa Komisji 2004/33/WE z dnia 22 marca 2004 r. wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie niektórych wymagań technicznych dotyczących krwi i składników krwi, Dz.U. L 91 z 30.3.2004, s. 25.

(3) Dz.U. L 102 z 7.4.2004, s. 48.

(4) Dyrektywa Komisji 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. wprowadzająca w życie dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobierania i badania tkanek i komórek ludzkich, Dz.U. L 38 z 9.2.2006, s. 40 i Dz.U. L 330M z 28.11.2006, s. 162; dyrektywa Komisji 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonująca dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, Dz.U. L 294 z 25.10.2006, s. 32 oraz Dz.U. L 314M z 1.12.2007, s. 272.

(5) http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/oc_organs/docs/organs_action_pl.pdf

Działanie to będzie również dotyczyć kwestii, które utrudniają obywatelom UE dostęp do programów przeszczepiania narządów w innych państwach członkowskich. Wynikiem tego działania będzie przegląd modeli mobilności pacjentów w państwach członkowskich w zakresie przeszczepiania narządów i powiązanych problemów, jak również propozycje rozwiązania tych problemów. Rezultatem tego działania będzie również przegląd systemów udzielania zgody na przeszczepienie oraz metod osiągania wzajemnego zrozumienia tych systemów przez państwa członkowskie w celu umożliwienia dawstwa w innych państwach członkowskich w sytuacji, w której ewentualni dawcy narządów umierają poza granicami swojego państwa. Uzyskanie wyników przewiduje się na koniec 2015 r.

[Wspólne działanie] Orientacyjna kwota: 1 150 000 EUR

3.1.4.3. Rozpowszechnianie najlepszych praktyk w dziedzinie dawstwa/przeszczepiania narządów

Celem przedmiotowego działania jest wsparcie skutecznego rozpowszechniania najlepszych praktyk w zakresie dawstwa i przeszczepiania narządów, tkanek, komórek i krwi za pośrednictwem Rady Europy. Działanie to jest wynikiem szeregu projektów finansowanych w ramach programu w dziedzinie zdrowia oraz prac prowadzonych przez różne grupy robocze w kierunku określenia i opracowania najlepszych praktyk w UE. Obejmują one w szczególności: a) kampanie na rzecz podniesienia świadomości społecznej; b) identyfikację i pozyskiwanie dawców oraz zarządzanie nimi; c) dawstwo narządów od żywych dawców; d) praktyki w zakresie jakości stosowane w placówkach służby krwi i bankach tkanek, w szczególności dotyczące pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania oraz dystrybucji; e) monitorowanie bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego; f) współpracę z oddziałami intensywnej terapii; oraz g) monitorowanie wyników pobrania i przeszczepienia/przetoczenia.

Rada Europy, ze względu na swój zasięg i strukturę, może w znacznym stopniu przyczynić się do rozpowszechniania najlepszych praktyk i dotarcia do dodatkowych odbiorców. Należą do nich pracownicy służby zdrowia i placówki zdrowotne, których przedstawiciele wchodzi w skład wielu grup ekspertów zarządzanych przez Radę Europy, oraz przedstawiciele właściwych organów wchodzących w skład jej grup ekspertów. Te właściwe organy są odpowiedzialne za organizowanie działań związanych z dawstwem, przeszczepianiem i przetaczaniem w państwach członkowskich.

W celu pozyskania większego grona odbiorców i dopilnowania, aby dodatkowe grupy mogły korzystać z wiedzy uzyskanej z pomocą funduszy UE, Rada Europy opracuje i zrealizuje plan rozpowszechniania adresowany do różnych grup docelowych i obejmujący różne obszary. Konkretnie działania mogą polegać na organizowaniu konferencji, kampanii podnoszenia świadomości na temat platformy, rozpowszechnianiu odniesień za pośrednictwem poczty elektronicznej/stron internetowych, publikacji ulotek/wytycznych oraz organizowaniu szkoleń.

Działania te przyczynią się do lepszego wdrożenia wymogów w zakresie bezpieczeństwa i jakości określonych w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/53/UE z dnia 7 lipca 2010 r. w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia⁽¹⁾, w dyrektywie 2002/98/WE oraz w przepisach wykonawczych do tej dyrektywy, a także w dyrektywie 2004/23/WE oraz w przepisach wykonawczych do tej dyrektywy. Przyczynią się one również do poprawy skuteczności systemów i dostępności substancji pochodzenia ludzkiego, w szczególności w przypadku narządów, zgodnie z planem działania Komisji dotyczącym dawstwa i przeszczepiania narządów.

[Dotacja bezpośrednia dla Rady Europy] Orientacyjna kwota: 100 000 EUR

3.2. Działania w ramach drugiego celu „Promocja zdrowia”

3.2.1. Wydłużenie lat zdrowego życia i promowanie zdrowego starzenia się (pkt 2.1.1 załącznika do decyzji programowej)

3.2.1.1. Wsparcie Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu

Celem tego działania jest wkład w aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu, stanowiące jeden z priorytetów strategii „Europa 2020”. Działanie to przyczyni się do wdrożenia Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu określonego w komunikacie Komisji COM(2010) 546 wersja ostateczna z dnia 6 października 2010 r. „Projekt przewodni strategii Europa 2020 – Unia innowacji”.

Działanie to będzie w szczególności dotyczyć szeregu konkretnych działań zgodnych ze *strategicznym planem realizacji partnerstwa*. Celem działania jest wsparcie wdrażania innowacyjnych rozwiązań w zakresie świadczenia opieki obejmujących innowacyjne strategie i modele biznesowe w odniesieniu do opartych na współpracy i zintegrowanych systemów opieki, na podstawie podejścia zakładającego ciągłość opieki. Działanie to będzie również ukierunkowane na leczenie chorób przewlekłych, w szczególności na pacjentów cierpiących na współwystępujące schorzenia przewlekłe. Obejmie ono trzy różne rodzaje działań: a) zapewnianie kapitału załączkowego na potrzeby projektów pilotażowych dotyczących zmian w świadczeniu opieki; b) wspieranie podejścia partnerskiego do zmian w świadczeniu opieki; oraz c) poprawę zdrowia ludzi starszych.

a) Wspieranie zmian w świadczeniu opieki

Zapewnione zostanie wsparcie w postaci kapitału załączkowego na przygotowanie i realizację zmian w systemach socjalnych i opieki zdrowotnej prowadzących do zagwarantowania zintegrowanej opieki w oparciu o innowacyjne modele biznesowe i technologie. Celem tego działania jest również udzielenie wsparcia na rzecz zmian w kierunku wdrożenia zintegrowanych systemów opieki opartych na skoordynowanych, zintegrowanych i stałych modelach opieki skoncentrowanych na pacjencie. Na podstawie istniejących dowodów modele opieki będą w szczególności dotyczyć leczenia

⁽¹⁾ Dz.U. L 207 z 6.8.2010, s. 14.

chorób przewlekłych. Zintegrowane modele powinny przyczynić się do zmniejszenia liczby przypadków długotrwałej niepełnosprawności lub niedołążności pacjentów cierpiących na współwystępujące schorzenia przewlekłe oraz ograniczenia przypadków niepotrzebnej i możliwej do uniknięcia hospitalizacji. Oprócz wspierania zmiany systemów przedmiotowe działania zapewni również przekazanie wiedzy zdobytej w procesie wprowadzania zmian innym odpowiednim jednostkom, tj. jednostkom odpowiedzialnym za organizację i świadczenie opieki na terenie UE.

b) Partnerstwo na rzecz zmian

Działanie to ma na celu wsparcie współpracy zainteresowanych stron przy wprowadzaniu zmian w systemie socjalnym i systemie opieki. W ramach podejścia partnerskiego mogą zostać podjęte następujące działania: a) opracowanie nowych modeli biznesowych odzwierciedlających innowacyjne rozwiązania, w szczególności podejmujących kwestię leczenia współwystępujących schorzeń przewlekłych; b) opracowanie nowych ścieżek opieki bez naruszania ciągłości opieki; c) opracowanie wytycznych w oparciu o nowe rozwiązania/modele biznesowe; d) opracowanie modułów szkoleniowych przeznaczonych dla świadczeniodawców, które odzwierciedlają te nowe rozwiązania/modele biznesowe; e) opracowanie wytycznych w zakresie nieformalnego świadczenia opieki; oraz f) wspieranie modernizacji powiązanych zamówień publicznych, z uwzględnieniem specyfikacji funkcjonalnej ofert, kryteriów jakościowych wymogów w zakresie interoperacyjności, wspólnych zamówień przedkomercyjnych, a także promowania wyceny inwestycji w oparciu o wartość cyklu życia. Działanie to skoncentruje się na środkach, które bez wątpienia są możliwe do zrealizowania.

c) Poprawa zdrowia ludzi starszych

Celem tego działania jest zapewnienie jak największej skuteczności środków wykorzystanych do promocji zdrowia ludzi starszych poprzez a) lepszą współpracę i koordynację, na przykład wspieranie opracowania i rozpowszechnianie modeli dobrych/najlepszych praktyk w celu promowania zdrowia starzejących się społeczeństw; rozwój systemów danych; b) budowanie zdolności, na przykład opracowanie programów edukacji zdrowotnej; szkolenia w dziedzinie gerontologii; c) wspieranie zabiegów, które pomagają zapobiegać początkom niedołążności oraz d) określenie środków mających zapewnić uwzględnienie kwestii związanych ze starzeniem się przy opracowywaniu nowej polityki zdrowotnej.

[Dotacje na projekty] Orientacyjna kwota: 4 021 820 EUR

3.2.2. *Znalezienie przyczyn, rozwiązanie i ograniczenie nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich i między nimi, aby przyczynić się tym samym do osiągnięcia dobrobytu i spójności; wspieranie współpracy w kwestiach transgranicznej opieki zdrowotnej oraz mobilności pacjentów i pracowników służby zdrowia (pkt 2.1.2 załącznika do decyzji programowej)*

3.2.2.1. *Propagowanie zapewniania opieki zdrowotnej migrantom, Romom i innym słabszym grupom społecznym*

Celem tego działania jest poprawa dostępu do usług opieki zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki oraz zwiększenie ich adekwatności, aby sprostać potrzebom migrantów, Romów i innych słabszych mniejszości etnicznych, w tym migrantów nielegalnych lub o nieregulowanym statusie.

Na działanie składają się dwa elementy. W ramach pierwszego z nich nacisk kładzie się na promowanie zapewniania odpowiedniej opieki zdrowotnej migrantom na południowych granicach UE, aby tym samym zwiększyć w dłuższej perspektywie bezpieczeństwo w zakresie zdrowia publicznego w UE. Podstawą tego działania są wyniki projektu „Zwiększanie bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego wzdłuż nowej granicy wschodnioeuropejskiej” sfinansowanego w ramach pierwszego programu w dziedzinie zdrowia publicznego w 2006 r. Działanie to przyczynia się do wykonania decyzji nr 2119/98/WE, decyzji nr 2000/57/WE dyrektywy Rady 2003/9/WE z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiającej minimalne normy dotyczące przyjmowania osób ubiegających się o azyl⁽¹⁾ oraz nowych Międzynarodowych przepisów zdrowotnych. Działanie to przyczynia się również do wdrożenia komunikatu komisji COM(2011) 292 z dnia 24 maja 2011 r. „Dialog na rzecz migracji, mobilności i bezpieczeństwa z państwami południowego regionu Morza Śródziemnego”.

Drugi element dotyczy w szczególności Romów i innych słabszych mniejszości etnicznych, w tym migrantów nielegalnych lub o nieregulowanym statusie. Działanie to przyczyni się do osiągnięcia celów strategii „Europa 2020” dotyczących potrzeby zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia. Przyczynia się ono bezpośrednio do wykonania komunikatu Komisji COM(2010) 758 wersja ostateczna z dnia 16 grudnia 2010 r. „Europejska Platforma współpracy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym: europejskie ramy na rzecz spójności społecznej i terytorialnej”⁽²⁾, komunikatu Komisji COM(2009) 567 wersja ostateczna z dnia 20 października 2009 r. „Solidarność w zdrowiu zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”⁽³⁾, komunikatu Komisji COM(2010) 133 wersja ostateczna z dnia 7 kwietnia 2010 r. „Integracja społeczna i gospodarcza Romów w Europie”⁽⁴⁾ oraz komunikatu Komisji COM(2011) 173 wersja ostateczna z dnia 5 kwietnia 2011 r. „Unijne ramy dotyczące krajowych strategii integracji Romów do 2020 r.”⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Dz.U. L 31 z 6.2.2003, s. 18.

⁽²⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0758:FIN:PL:PDF>

⁽³⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0567:FIN:PL:PDF>

⁽⁴⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0133:FIN:PL:PDF>

⁽⁵⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0173:FIN:PL:PDF>

W jego ramach przeprowadzone zostaną następujące działania: a) ustanowienie mechanizmu służącego tworzeniu sieci kontaktów i wymianie dobrych praktyk między państwami członkowskimi, krajami przystępującymi i odpowiednimi organizacjami międzynarodowymi w zakresie poprawy dostępu do usług opieki zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki oraz ich adekwatności, aby sprostać potrzebom migrantów, Romów i innych mniejszości etnicznych, w tym migrantów nielegalnych lub o nieregulowanym statusie; b) udokumentowanie ram prawnych i politycznych, w tym przeprowadzenie przeglądu krajowych planów zdrowotnych oraz udzielenie wsparcia w zakresie opracowania i monitorowania krajowych planów działania dotyczących migrantów lub mniejszości etnicznych tak, aby uwzględnić w nich w szczególności Romów; c) opracowanie kryteriów analizy porównawczej i uzgodnionych wytycznych dotyczących dobrych praktyk w zakresie dostępu do opieki dla Romów i innych słabszych grup mniejszości etnicznych i migrantów; oraz d) przeprowadzenie przeglądu programów szkoleniowych i programów w zakresie budowania zdolności pod kątem kwestii zdrowia mniejszości etnicznych lub migrantów oraz opracowywania uzgodnionych ram budowania zdolności pracowników służby zdrowia, w tym podstawowych elementów programu szkoleniowego oraz aspektów operacyjnych jego realizacji i oceny. Wynikiem tego działania będą wzmocnione strategie i inicjatywy na szczeblu krajowym i na szczeblach poniżej szczebla krajowego pozwalające na sprostanie potrzebom Romów, migrantów i grup mniejszości w zakresie opieki zdrowotnej, a także wkład we włączenie Romów, migrantów i innych słabszych grup społecznych.

[Dotacja bezpośrednia dla Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji] Orientacyjna kwota: 1 533 000 EUR

3.2.2.2. Określenie najlepszych praktyk w zakresie ograniczenia użycia tytoniu w celu zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia

Celem przedmiotowego działania jest zbadanie poziomu użycia tytoniu w różnych grupach społecznych oraz roli użycia tytoniu jako czynnika przyczyniającego się do obecnie występujących i przyszłych różnic w wynikach zdrowotnych. W ramach tego działania przeprowadzi się również analizę skutków interwencji podjętych przez UE, państwa członkowskie i państwa trzecie w celu zmniejszenia nierówności wynikających z użycia tytoniu. Środki te są adresowane w szczególności do grup słabiej wykształconych, wykonujących gorszą pracę lub mniej zarabiających, grup osób odmiennej płci i różnych grup wiekowych oraz określonych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej, takich jak osoby niepełnosprawne, bezdomne, młodzież o szczególnych potrzebach i migranci.

Przedmiotowe działanie pozwoli uzyskać kompleksowy obraz wyzwań spowodowanych nierównościami wynikającymi z użycia tytoniu na terenie UE, zapewniając bazę informacyjną i przyczyniając się do wymiany najlepszych praktyk. Ze względu na utrudniony dostęp do pewnych grup znajdujących się na marginesie państwa członkowskie powinny uczyć się, wykorzystując wzajemne doświadczenia, oraz unikać przeznaczenia zasobów na środki, które okazały się nieskuteczne. Wynikiem tego działania będzie opracowanie przedstawiające wyczerpującą analizę obecnych i przyszłych nierówności wynikających z użycia tytoniu oraz przegląd najbardziej opłacalnych środków służących rozwiązaniu tego problemu. Będzie ono zawierać zalecenia dotyczące uwzględnienia kwestii związanych z równością w dziedzinie zdrowia w strategiach i przepisach dotyczących ograniczenia użycia tytoniu na szczeblu państw członkowskich i UE. Oczekiwane wyniki zapewnią osobom odpowiedzialnym za wyznaczanie kierunków polityki na szczeblu krajowym i unijnym dogłębną znajomość dobrych praktyk w zakresie ograniczania nierówności wynikających z użycia tytoniu. Przedstawienie opracowania przewiduje się na koniec 2013 r.

[Umowa ramowa/zaproszenie do składania ofert]

3.2.2.3. Badanie dotyczące wzmocnienia pozycji pacjentów w związku z dyrektywą w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej

Celem przedmiotowego działania jest udzielenie wsparcia państwom członkowskim w wykonaniu dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej ⁽¹⁾. Termin transpozycji wspomnianej dyrektywy upływa w dniu 25 października 2013 r. Zgodnie z art. 6 tej dyrektywy państwa członkowskie są zobowiązane do wyznaczenia co najmniej jednego krajowego punktu kontaktowego w celu dostarczenia pacjentom „odpowiednich informacji dotyczących wszystkich istotnych aspektów transgranicznej opieki zdrowotnej w celu umożliwienia [im] praktycznego korzystania z ich praw w tym obszarze”.

Celem tego działania jest opracowanie i przeprowadzenie badania prospektywnego mającego ustalić najlepszy sposób formułowania i przedstawiania informacji pacjentom przez krajowe punkty kontaktowe. Przyjęte kryteria oceny będą dotyczyć zadowolenia pacjentów, zapamiętywania i zrozumienia informacji, a w szczególności konsekwencji w wyborach dokonywanych przez pacjentów. Zostaną postawione hipotezy badawcze oraz przeanalizowana odpowiednia literatura. Opracowany zostanie wstępny plan badania z wyróżnieniem wyników podstawowych i uzupełniających, które planuje się zmierzyć w badaniu randomizowanym na grupie pacjentów. Wyniki tego badania mają się przełożyć na zalecenia dla państw członkowskich.

Przedmiotowe działanie przyczyni się do wzmocnienia pozycji pacjentów poprzez zwiększenie przejrzystości praw pacjentów w zakresie transgranicznej opieki medycznej; zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów poprzez udzielanie informacji o świadczeniodawcach oraz o normach jakości i bezpieczeństwa, jakie zapewniają oni w ramach świadczonej opieki zdrowotnej, a także poprzez zacieśnienie współpracy między państwami członkowskimi w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej za pośrednictwem sieci krajowych punktów kontaktowych, które będą prowadzić wymianę informacji.

[Umowa ramowa]

⁽¹⁾ Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45.

3.2.2.4. Prognozowanie zapotrzebowania na pracowników służby zdrowia do celów efektywnego planowania w UE

Do celów tego działania należą: zapewnienie państwom członkowskim platformy do współpracy w zakresie zapotrzebowania na pracowników służby zdrowia i metod planowania w tym zakresie oraz znalezienia możliwych rozwiązań problemu niedoboru personelu medycznego w Europie. Działanie to zapowiedziano w komunikacie Komisji COM(2010) 0682 wersja ostateczna z dnia 23 listopada 2010 r. „Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia: europejski wkład w pełne zatrudnienie”⁽¹⁾. Przyczyni się ono bezpośrednio do osiągnięcia celów wyznaczonych w ramach priorytetu 2 „Wyposażanie pracowników w umiejętności właściwe z punktu widzenia zatrudnienia” określonego w przedmiotowym komunikacie. Państwa członkowskie zwróciły się również z wnioskiem o utworzenie takiej platformy w konkluzjach Rady w sprawie inwestowania w przyszłych pracowników służby zdrowia w Europie – Zakres innowacyjności i współpracy, przyjętych w dniu 7 grudnia 2010 r.⁽²⁾

Kompleksowe i zintegrowane mechanizmy i strategie prognozowania pomogłyby państwom członkowskim oszacować liczbę i rodzaj pracowników służby zdrowia, na których jest zapotrzebowanie w ich systemach opieki zdrowotnej. Adekwatne prognozowanie i planowanie przyczynia się do zapewnienia stabilności systemów opieki zdrowotnej i stawiania czoła obecnym i przyszłym wyzwaniom. Wyzwania te obejmują: starzenie się pracowników służby zdrowia i pacjentów, zwiększenie liczby usług w zakresie leczenia chorób przewlekłych, zdrowia psychicznego, opieki długoterminowej i socjalnej; nowe struktury personelu medycznego oraz rosnącą migrację pracowników służby zdrowia między państwami. Działania podejmowane na szczeblu UE mogą również stanowić wartość dodaną w zakresie opracowania mapy umiejętności i kompetencji potrzebnych w przyszłości, zapewnienia pracownikom służby zdrowia niezbędnego wykształcenia oraz określenia podstawowych czynników odpowiednich warunków pracy.

Cele tego działania są następujące: a) zapewnienie informacji oraz wymiana najlepszych praktyk dotyczących stosowanych metod planowania. W ramach tego działania będą przeprowadzone analizy dotyczące czynników decydujących o powodzeniu przedmiotowych metod, z uwzględnieniem kontekstu lokalnego, lokalnej kultury i struktury personelu. Opracowana zostanie (w latach 2013–2014) baza danych zawierająca najlepsze praktyki i wytyczne służące lepszemu modelowaniu, utworzona zostanie też stała platforma na szczeblu UE (2015 r.); b) oszacowanie przyszłego zapotrzebowania w zakresie umiejętności i kompetencji pracowników służby zdrowia oraz ich podziału. Opracowane zostanie sprawozdanie na temat różnych metod stosowanych w UE wraz z podręcznikami użytkownika dotyczącymi sposobu szacowania przyszłego zapotrzebowania (2013 r.); c) zapewnienie porad na temat sposobu budowania zdolności w zakresie planowania zatrudnienia w państwach członkowskich (2014 r.). W wyniku tego działania zostaną wskazani eksperci ds. planowania zatrudnienia w państwach członkowskich, którzy mogą pomóc właściwym organom w innych państwach członkowskich w budowaniu zdolności w zakresie planowania zatrudnienia; d) opracowanie unijnych wytycznych dotyczących sposobu, w jaki państwa wysyłające i państwa przyjmujące migrantów mogą ze sobą współpracować w celu znalezienia obopólnie korzystnego rozwiązania pod względem możliwości szkoleniowych i mobilności cyrkulacyjnej (w latach 2014–2015); oraz e) dostarczenie informacji na temat tendencji w zakresie mobilności pracowników służby zdrowia w państwach członkowskich (w latach 2013–2015). Tego rodzaju współpracę rozpoczęto w ramach różnych projektów w dziedzinie badań i innowacji, takich jak „Analiza mobilności pracowników służby zdrowia w Unii Europejskiej” (PROMETHEUS)⁽³⁾ lub „Prognozowanie zapotrzebowania na pielęgniarki: planowanie zasobów ludzkich w zakresie pielęgniarstwa” (RN4CAST)⁽⁴⁾, potrzebne jest jednak dalsze wsparcie w tym zakresie. Funkcja ta będzie również dostępna w ramach platformy UE. Przedmiotowe wspólne działanie powinno bazować na rezultatach i wynikach projektów PROMETHEUS, RN4CAST oraz „Mobilność pracowników służby zdrowia” (MoHProf)⁽⁵⁾. Działanie to przyczyni się do wdrożenia „Kodeksu dobrych praktyk w międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego” przyjętego przez Światową Organizację Zdrowia, stanowiącego ramy etyczne, którymi państwa członkowskie mają się kierować przy rekrutacji pracowników służby zdrowia, szczególnie tych pochodzących z krajów rozwijających się stojących w obliczu problemu poważnego niedoboru pracowników służby zdrowia, poprzez wsparcie państw członkowskich w podejmowaniu skutecznych środków w celu wykształcenia, zatrzymania i utrzymania odpowiedniej liczby pracowników służby zdrowia osiągniętej na podstawie opartego na dowodach planu zatrudnienia w służbie zdrowia (pkt 5.4 Kodeksu). Działanie to obejmie również pakiet prac dotyczących sposobu utrzymania współpracy po zakończeniu realizacji wspólnego działania.

[Wspólne działanie] Orientacyjna kwota: 3 000 000 EUR

3.2.3. *Oddziaływanie na uwarunkowania zdrowotne w celu promowania i poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego oraz podejmowanie działań w zakresie podstawowych czynników, takich jak odżywianie i aktywność fizyczna oraz w zakresie uwarunkowań związanych z uzależnieniami, takimi jak palenie tytoniu i spożywanie alkoholu (pkt 2.2.1 załącznika do programowej)*

3.2.3.1. Zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny

Celem przedmiotowego wspólnego działania jest ustanowienie procesu usystematyzowanych prac w dziedzinie zdrowia psychicznego z udziałem państw członkowskich, zainteresowanych stron z sektora opieki zdrowotnej i innych powiązanych sektorów oraz organizacji międzynarodowych, w szczególności WHO i OECD. Podstawą przedmiotowego wspólnego działania będą wyniki konferencji tematycznych przeprowadzonych w latach 2009–2011 w ramach Europejskiego paktu na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego wprowadzonego podczas prezydencji słoweńskiej w 2008 r. W konkluzjach Rady w sprawie Europejskiego paktu na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego: wyniki i przyszłe działania⁽⁶⁾, przyjętych w czerwcu 2011 r., wzywa się państwa członkowskie do zorganizowania wspólnego działania w dziedzinie zdrowia i dobrostanu psychicznego w ramach programu w dziedzinie zdrowia.

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0682:FIN:PL:PDF>

⁽²⁾ 3053. posiedzenie Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów.

⁽³⁾ <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/activities/research-studies-and-projects/prometheus>

⁽⁴⁾ <http://www.rn4cast.eu/en/index.php>

⁽⁵⁾ <http://www.mohprof.eu/LIVE/>

⁽⁶⁾ 3095. posiedzenie Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów.

Celem tego wspólnego działania będzie opracowanie ram odniesienia dotyczących powszechnie popieranym działaniom na rzecz promocji zdrowia i dobrostanu psychicznego oraz zapobiegania problemom związanym ze zdrowiem psychicznym poprzez odpowiednią politykę zdrowotną i społeczną oraz warunki życia. W działaniu należy uwzględnić następujące kwestie: a) postępowanie z zaburzeniami psychicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem depresji, w ramach systemu opieki zdrowotnej i systemu socjalnego, w tym w ramach deinstytucjonalizacji świadczeń zdrowotnych, ich włączenia do społeczności lokalnych oraz tworzenia sieci kontaktów w zakresie świadczeń zdrowotnych i usług społecznych; b) dostępność i szkolenie pracowników służby zdrowia; c) promowanie zdrowych środowisk w miejscach pracy; oraz d) promowanie zdrowia i dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży poprzez podejmowanie tematu zdrowia psychicznego w szkołach i środowiskach społeczności lokalnej, działania służące podnoszeniu świadomości rodziców oraz szkolenie pracowników szkół.

Przedmiotowe wspólne działanie będzie składało się z trzech elementów. Pierwszy element, czyli „Ramy działań w dziedzinie zdrowia psychicznego”, będzie polegał na opracowaniu wspólnie zatwierdzonych ram odniesienia w zakresie działań podejmowanych w dziedzinie zdrowia psychicznego w systemach opieki zdrowotnej i polityki społecznej oraz w kluczowych środowiskach życia, takich jak szkoły i miejsca pracy. Wzajemne oceny odegrają rolę instrumentu służącego wzajemnej nauce. Rozważone zostanie przeprowadzenie skoordynowanych działań służących podnoszeniu świadomości. Drugim elementem jest „Kompas zdrowia psychicznego”, który stanowi rozwinięcie „Europejskiego kompasu działania na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego” w mechanizm służący do gromadzenia, przeglądu i rozpowszechniania dobrych praktyk z sektora opieki zdrowotnej i innych kluczowych sektorów. Trzeci element, czyli „Informacje dotyczące zdrowia psychicznego”, będzie ukierunkowany na gromadzenie danych dotyczących stanu zdrowia psychicznego w państwach członkowskich. Rozpatrywany będzie wpływ uwarunkowań społecznych, a także zostaną określone słabsze grupy społeczne. Zlecone zostanie przeprowadzenie badania dotyczącego znaczenia zdrowia i dobrostanu psychicznego dla zdrowia publicznego w UE oraz jego związku ze strategią „Europa 2020”.

Przedmiotowe wspólne działanie powinno bazować na rezultatach i wynikach poniższych projektów w dziedzinie badań i innowacji oraz powinno promować wykorzystanie tych projektów w ramach praktyki klinicznej: „Podejmowanie decyzji w leczeniu klinicznym oraz wyniki leczenia klinicznego w rutynowej opiece nad osobami cierpiącymi na poważne choroby psychiczne” (CEDAR) ⁽¹⁾, „Dzieci więźniów, interwencje i łagodzenie w celu poprawy zdrowia psychicznego” (COPING) ⁽²⁾, „Europejska sieć ośrodków ekspertów prowadzących badania nad zaburzeniami afektywnymi dwubiegowymi” (ENBREC), „Częstość występowania zaburzeń psychicznych, roczny współczynnik zachorowalności na zaburzenia psychiczne oraz dotkliwość ich symptomów u osób starszych: Związek z niesprawnością, funkcjonowaniem (ICF) i korzystaniem z usług” (MentDis_ICF65+) ⁽³⁾, „Wpływ systemów finansowania na jakość opieki w zakresie zdrowia psychicznego w Europie” (REFINEMENT), „Plan działania w dziedzinie badań w zakresie zdrowia psychicznego w Europie” (ROAMER), „Ratujmy życie młodych w Europie: Promujmy zdrowie poprzez zapobieganie ryzykownym zachowaniom i zachowaniom autodestrukcyjnym” (SEYLE) ⁽⁴⁾, „Dostosowane do potrzeb wdrażanie w zakresie chorób przewlekłych” (TICD) oraz „Współpraca w zwalczaniu opuszczania zajęć przez młodzież” (WE-STAY).

W ramach przedmiotowego wspólnego działania państwa członkowskie otrzymają wsparcie w zakresie a) poprawy ich usług w dziedzinie zdrowia psychicznego oraz wzmocnienia działań w zakresie promowania i prewencji; b) rozwijania partnerstw między sektorem opieki zdrowotnej i innymi sektorami w celu promowania zdrowia i dobrostanu psychicznego; c) zapobiegania zaburzeniom psychicznym oraz zapewniania wsparcia osobom cierpiącym na takie zaburzenia; d) zarządzania przejściem od instytucjonalnych do środowiskowych systemów opieki; e) promowania włączenia społecznego osób z problemami psychicznymi oraz zwalczania dyskryminacji i piętnowania takich osób; oraz f) opracowywania wskaźników zdrowia psychicznego. Streszczenie wyników tego wspólnego działania zostanie przedstawione w sprawozdaniu w 2015 r., w którym zaproponuje się ramy odniesienia dla działań w dziedzinie zdrowia psychicznego oraz warianty dalszych działań na szczeblu UE.

[Wspólne działanie] Orientacyjna kwota: 1 500 000 EUR

3.2.3.2. Inicjatywy wśród społeczności lokalnej w tym inicjatywy szkolne na rzecz zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci i nastolatków

Celem przedmiotowego działania jest przyczynienie się do ograniczenia przypadków zachorowań na choroby związane z nadwagą i otyłością wśród młodzieży. Przedmiotowe działanie przyczynia się do realizacji strategii dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością ⁽⁵⁾ oraz stanowi bezpośrednią odpowiedź na dyskusje toczące się w ramach Grupy Wysokiego Szczebla UE ds. Właściwego Odżywiania i Aktywności Fizycznej oraz platformy UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia.

Celem środków podejmowanych w ramach tego działania jest opracowanie innowacyjnych interwencji i kampanii służących promowaniu zbilansowanej diety i aktywności fizycznej wśród dzieci i nastolatków w odpowiednich środowiskach. Mają one ułatwić wymianę wiedzy fachowej przy opracowywaniu interwencji ukierunkowanych na dzieci i nastolatków ze szczególnym uwzględnieniem grup w trudnej sytuacji społecznej. Ich celem jest również rozszerzenie zasięgu inicjatyw przeprowadzanych wśród społeczności lokalnych i w szkołach, które okazały się skuteczne, oraz opracowanie innowacyjnych kampanii medialnych kierowanych do dzieci i nastolatków. Za przykład mogą posłużyć podejścia partnerskie EPODE ⁽⁶⁾ lub Shape up ⁽⁷⁾, w których uczestniczą wszystkie podmioty społeczeństwa obywatelskiego i inne podmioty lokalne pod przewodnictwem władz lokalnych lub szkolnych. Należy rozważyć przeprowadzenie

⁽¹⁾ <http://www.cedar-net.eu>

⁽²⁾ <http://www.coping-project.eu/>

⁽³⁾ <http://www.mentdiselderly.eu>

⁽⁴⁾ <http://www.seyle.org>

⁽⁵⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:PL:PDF>

⁽⁶⁾ <http://www.epode.org/>

⁽⁷⁾ http://ec.europa.eu/eahc/phea_ami/pdbview40/printing/print_prjdet.cfm?prjno=2005316

w szeregu państw członkowskich lub regionów kompleksowych kampanii informacyjno-edukacyjnych koncentrujących się na kwestii zbilansowanej diety i aktywności fizycznej wśród nastolatków, które byłyby zorganizowane w oparciu o solidne partnerstwa publiczno-prywatne. Celem tego działania jest wsparcie projektów, które doprowadziłyby do powstania sieci istniejących inicjatyw, a także ustalenie i rozpowszechnienie dobrych praktyk oraz wsparcie rozwoju i rozszerzenie zasięgu lokalnych/regionalnych inicjatyw partnerskich, w tym kampanii ukierunkowanych na promowanie zbilansowanej diety i aktywnego stylu życia wśród dzieci, w szczególności w regionach, w których takie metody oparte na współpracy nie zostały jeszcze w pełni wprowadzone. Należy przedstawić wynikające z tego działania dobre praktyki tak, aby można je było z łatwością stosować w różnych warunkach we wszystkich państwach członkowskich oraz uwzględnić w materiałach WHO dotyczących dobrych praktyk w Europie. Przedmiotowe działanie powinno bazować na rezultatach i wynikach poniższych projektów w dziedzinie badań i innowacji oraz powinno promować wykorzystanie tych projektów w ramach praktyki klinicznej: „Europejskie badanie dotyczące bilansowania energii w celu zapobiegania nadmiernemu przybieraniu na wagę wśród młodzieży” (ENERGY) ⁽¹⁾, „Zrównoważone zapobieganie otyłości w ramach zintegrowanych strategii” (SPOTLIGHT), „Rola indywidualnych i środowiskowych mechanizmów samoregulacji w radzeniu sobie z pokusami żywieniowymi”(TEMPEST) ⁽²⁾ oraz „Dostosowane do potrzeb wdrażanie w zakresie chorób przewlekłych” (TICD). Inicjatywy na rzecz wprowadzenia zmian, takie jak inicjatywy walki z nadwagą i otyłością, powinny również uwzględniać badania behawioralne lub opierać się na takich badaniach.

Oczekuje się, że w wyniku powyższych działań zwiększy się liczba lokalnych interwencji społecznych w UE i nastąpią pozytywne zmiany w zachowaniu dzieci i nastolatków, w szczególności w grupach w trudnej sytuacji społecznej. W ostatecznym rozrachunku przedmiotowe działanie ma przyczynić się do zmniejszenia do 2020 r. odsetka osób z nadwagą/osób otyłych lub innych zatwierdzonych wskaźników orientacyjnych w docelowej grupie dzieci i nastolatków.

[Dotacje na projekty] Orientacyjna kwota: 1 200 000 EUR

3.2.3.3. Ocena strategii dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością

Celem przedmiotowego działania jest ocena realizacji sześcioletniej strategii dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością określonej w dokumencie COM(2007) 279 wersja ostateczna z dnia 30 maja 2007 r. Celem strategii jest stworzenie zintegrowanego podejścia na szczeblu UE do tego podstawowego problemu w dziedzinie zdrowia publicznego, który stanowi znaczne obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej oraz gospodarki jako całości ze względu na absencję w pracy, spadek wydajności i wcześniejsze przechodzenie na emeryturę. Działania w tym obszarze podejmowane na szczeblu UE stanowią pomoc dla państw członkowskich w osiągnięciu dobrego stanu zdrowia obywateli UE, przyczyniając się tym samym do zmniejszenia kosztów związanych ze złym stanem zdrowia. Przedmiotowe działanie powinno bazować na rezultatach i wynikach poniższych projektów w dziedzinie badań i innowacji oraz powinno promować realizację tych projektów w ramach praktyki klinicznej: „Skuteczne strategie środowiskowe w zakresie zapobiegania nadużywaniu alkoholu wśród nastolatków w Europie” (AAA-PREVENT) ⁽³⁾, „Działania w zakresie spożycia alkoholu na potrzeby stowarzyszenia badań w dziedzinie zdrowia publicznego” (AMPHORA) ⁽⁴⁾ oraz „Optymalizacja przeprowadzania zabiegów leczniczych” (ODHIN). Przyczyni się to do osiągnięcia celów strategii „Europa 2020” dotyczących lepszych miejsc pracy, innowacyjności oraz aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu.

Przedmiotowe działanie obejmuje: a) analizę popartych dowodami informacji dotyczących realizacji strategii przez państwa członkowskie i Komisję; b) ocenę wkładu zainteresowanych stron w UE, w szczególności w ramach platformy UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia; c) ocenę wkładu polityki UE prowadzonej w różnych obszarach; d) ocenę wsparcia w zakresie strategii udzielonego państwom członkowskim; oraz e) wsparcie procesu oceny skutków prowadzącego do działań następczych w związku z przedmiotową strategią. Wyniki tego działania powinny stanowić znaczny wkład w decyzje polityczne dotyczące działań następczych. Szacowany okres realizacji przedmiotowego działania wynosi jeden rok.

[Umowa ramowa]

3.2.3.4. Działanie mające na celu zapobieganie szkodliwym skutkom spożywania alkoholu oraz ich ograniczenie

Cele przedmiotowego działania obejmują ochronę dzieci i młodzieży przed szkodliwymi skutkami spożywania alkoholu oraz zwiększenie wiedzy na temat modeli spożycia wiążących się z mniejszym ryzykiem. Działanie to będzie elementem wspierającym wdrażanie unijnej strategii antyalkoholowej określonej w komunikacie Komisji COM(2006) 625 wersja ostateczna z dnia 24 października 2006 r. „Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu” ⁽⁵⁾. Stanowi ono również odpowiedź na konkluzje Rady z dnia 1 grudnia 2009 r. w sprawie alkoholu i zdrowia (2009/C 302/07) ⁽⁶⁾, w których wzywa się Komisję do rozważenia dalszych kroków, jakie należy podjąć, aby chronić dzieci, nastolatki i młodzież przed szkodliwymi skutkami spożywania alkoholu.

Działanie to składa się z dwóch elementów. Pierwszy skupia się na ocenie zakresu i skuteczności stosowania etykiet na produktach alkoholowych w celu przekazywania informacji dotyczących zdrowia. W UE etykiety na napojach alkoholowych są coraz powszechniej stosowane, przeważnie dobrowolnie przez producentów alkoholu. Nie są jednak dostępne odpowiednie informacje na temat zakresu takich praktyk oraz ich skuteczności pod względem widoczności i wartości

⁽¹⁾ <http://www.projectenergy.eu>

⁽²⁾ <http://www.tempestproject.eu>

⁽³⁾ <http://www.aaaprevent.yse.nl>

⁽⁴⁾ <http://www.amphoraproject.net>

⁽⁵⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0625:FIN:PL:PDF>

⁽⁶⁾ Dz.U. C 302 z 12.12.2009, s. 15.

informacyjnej. Poprzednie zestawienia dotyczące dobrowolnych systemów etykietowania sporządzono na podstawie informacji zgromadzonych w wyniku sondaży. Badanie mające na celu uzyskanie kompleksowego obrazu sytuacji obejmuje pracę w terenie polegającą na gromadzeniu reprezentatywnych próbek opakowań napojów alkoholowych w punktach sprzedaży detalicznej we wszystkich państwach członkowskich, aby ocenić skuteczność informacji dotyczących zdrowia. Jeżeli chodzi o ograniczenie spożywania alkoholu przez osoby nieletnie, do najbardziej skutecznych środków zalicza się określone prawem ograniczenia wiekowe w zakresie sprzedaży i podawania napojów alkoholowych. Dotychczasowe prace nad najlepszymi praktykami w zakresie zwiększenia przestrzegania ograniczeń wiekowych koncentrowały się głównie na inicjatywach organizacji pozarządowych lub podmiotów gospodarczych reprezentujących sektor napojów alkoholowych. Aby uzyskać kompleksowy obraz sytuacji, należy jednak uwzględnić także doświadczenia zdobyte w trakcie realizacji inicjatyw z udziałem władz lokalnych lub krajowych, w szczególności ze względu na fakt, że zgodnie z wynikami badań najpełniejsze rezultaty można osiągnąć poprzez współpracę wielu zainteresowanych stron. Będą gromadzone przykłady dobrych praktyk oraz zostaną zastosowane środki ułatwiające wymianę i rozpowszechnianie takich praktyk. Przedmiotowe działanie umożliwi państwom członkowskim, organizacjom pozarządowym i przedstawicielom sektora ukierunkowanie realizowanych lub planowanych działań na najlepsze praktyki w zakresie etykietowania oraz egzekwowanie ograniczeń wiekowych w zakresie sprzedaży i podawaniu napojów alkoholowych. Szacowany okres realizacji przedmiotowego działania wynosi jeden rok.

[Zaproszenie do składania ofert]

Drugi element dotyczy realizacji maksymalnie trzech projektów pilotażowych skierowanych do głównych organizacji młodzieżowych na poziomie UE. Celem tego działania jest opracowanie dobrych praktyk i metod pracy sprzyjających podejmowaniu zdrowych wyborów oraz zwiększaniu umiejętności życiowych w zakresie zapobiegania szkodliwym skutkom spożywania alkoholu, włączonych w regularne zajęcia młodzieży bądź stanowiących element wzajemnego wsparcia. Rezultatem realizacji drugiego elementu powinien być dokładniejszy przegląd dobrych praktyk i metod w zakresie zapobiegania szkodliwym skutkom spożywania alkoholu, wykorzystywanych w ramach działalności głównych organizacji młodzieżowych.

[Dotacje na projekty] Orientacyjna kwota: 500 000 EUR

3.2.3.5. Monitorowanie platformy UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia oraz Europejskie Forum ds. Alkoholu i Zdrowia

Celem przedmiotowego działania jest uzyskanie niezależnej analizy wyników funkcjonowania platformy UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia oraz Europejskiego Forum ds. Alkoholu i Zdrowia, prowadzonych przez kluczowe zainteresowane strony i główne podmioty gospodarcze, które chcą wspierać państwa członkowskie w osiągnięciu poprawy stanu zdrowia obywateli UE, jak również uzyskanie informacji w tym zakresie. Działanie to wspiera realizację strategii dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością określonej w dokumencie COM(2007) 279 wersja ostateczna oraz strategii UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu określonej w dokumencie COM(2006) 625 wersja ostateczna.

Przedmiotowe działanie przyczyni się do: a) lepszego zrozumienia zobowiązań członków platformy i Forum oraz ich znaczenia dla celów platformy i Forum; b) dostosowania tych zobowiązań; c) określenia, co i w jaki sposób należy zrobić, aby lepiej zintegrować wszystkie zobowiązania; d) podniesienia poziomu zaufania zainteresowanych stron; oraz e) w konsekwencji do rozpowszechnienia dobrych praktyk. Działanie to ułatwi omawianie zobowiązań platformy i Forum w poszczególnych kluczowych obszarach na posiedzeniach plenarnych. Do obszarów tych należą: informacje dla konsumentów, w tym etykietowanie; edukacja; promowanie aktywności fizycznej; marketing i reklama; skład żywności, dostępność alternatywnych zdrowych produktów spożywczych i wielkość porcji; działania wspierające, kształtowanie polityki i wymiana informacji w celu zwiększenia oddziaływania poszczególnych inicjatyw; a także podstawowe obszary działalności Forum ds. Alkoholu określone w jego statucie. Przedmiotowe działanie obejmuje również sporządzanie rocznych sprawozdań z osiągnięć platformy i Forum, z uwzględnieniem indywidualnych i wspólnych zobowiązań platformy i Forum. Szacowany okres osiągnięcia zakładanych wyników wynosi dwa lata.

[Umowa ramowa]

3.2.3.6. Kampania informacyjna mająca na celu zachęcanie do zaprzestania palenia tytoniu

Cele przedmiotowego działania obejmują zwiększenie wiedzy na temat szkodliwości tytoniu oraz zachęcanie ludzi do rzucenia palenia. Jest ono skierowane do młodych dorosłych, grup społecznych charakteryzujących się wyższą od przeciętnej częstością palenia oraz do grup w niekorzystnej sytuacji. Uwzględniony zostanie również aspekt płci. Działanie to wspiera wysiłki UE w obszarze ograniczania użycia tytoniu oraz wspomaga wdrażanie dyrektywy 2001/37/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 czerwca 2001 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych⁽¹⁾, dyrektywy 2003/33/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 maja 2003 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, odnoszących się do reklamy i sponsorowania wyrobów tytoniowych⁽²⁾, dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/13/UE z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych⁽³⁾ oraz zalecenia Rady 2003/54/WE z dnia 2 grudnia 2002 r. w sprawie zapobiegania paleniu oraz inicjatyw zmierzających do większego ograniczenia użycia tytoniu⁽⁴⁾.

Przedmiotowe działanie będzie stanowiło uzupełnienie i wsparcie wysiłków na rzecz zaprzestania palenia tytoniu podejmowanych przez państwa członkowskie. Umożliwi wystosowanie spójnego przesłania we wszystkich państwach członkowskich, prowadząc do osiągnięcia korzyści skali, a w konsekwencji przyczyniając się do ograniczenia nierówności

⁽¹⁾ Dz.U. L 194 z 18.7.2001, s. 26.

⁽²⁾ Dz.U. L 152 z 20.6.2003, s. 16.

⁽³⁾ Dz.U. L 95 z 15.4.2010, s. 1.

⁽⁴⁾ Dz.U. L 22 z 25.1.2003, s. 31.

w zakresie zdrowia w całej UE. Konkretnie działania zostaną opracowane i wdrożone we współpracy z organami ds. zdrowia publicznego w państwach członkowskich, aby zapewnić synergię i skuteczną koordynację.

Działanie polegające na przeprowadzeniu kampanii jest stałym wysiłkiem strukturalnym, obejmującym łączny okres trzech lat. W ciągu pierwszego roku kampanii (2011) opracowano i przyjęto jej koncepcję. W drugim roku (2012) działania skoncentrują się na nagradzaniu byłych palaczy, a w trzecim roku (2013) zostaną zaprezentowane przykładowe historie, aby dalej zachęcać do zaprzestania palenia tytoniu oraz przedstawić pierwsze rezultaty kampanii. Wykorzystane zostaną najbardziej odpowiednie środki przekazu, aby dotrzeć do konkretnych grup, takich jak kobiety w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Zgodnie z przedmiotowym planem prac kampania obejmuje następujące elementy: a) wydarzenia informacyjne o wymiarze europejskim, takie jak: objazdowe kampanie promocyjne, stoiska informacyjne oraz warsztaty w miejscu pracy; b) opracowanie materiałów reklamowych, takich jak publikacje i nagrania wideo, które pomogą osiągnąć cele kampanii; oraz c) obsługa techniczna i prowadzenie strony internetowej oraz programu *icoach* we wszystkich językach urzędowych Unii Europejskiej. Kampania obejmuje również przeprowadzanie badań, doradztwo naukowe, gromadzenie danych i dowodów oraz dokonywanie ocen.

[Zaproszenie do składania ofert]

3.2.3.7. Wsparcie naukowe i techniczne dla Forum Zdrowia UE

Celem tego działania jest zapewnienie wsparcia naukowego i technicznego na rzecz „Europejskiemu Forum Zdrowia”. Aktywny udział zainteresowanych stron w dziedzinie zdrowia w opracowywaniu polityki, ze szczególnym uwzględnieniem „Forum Zdrowia”, został określony w komunikacie Komisji COM(2007) 630 wersja ostateczna z dnia 23 października 2007 r. „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013”. Przedmiotowe działanie przyczyni się również do osiągnięcia celów Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu.

Przedmiotowe działanie dotyczy organizowania i wspierania działań „Forum Polityki Zdrowotnej UE” oraz „Otwartego Forum” w 2013 r. Obejmuje ono prace naukowe i techniczne związane z następującymi strategicznymi obszarami priorytetowymi: a) zmianami gospodarczymi: zdrowie jako siła napędowa gospodarki i koszt; b) zmianami demograficznymi: ich wpływem na systemy opieki zdrowotnej i potrzeby w dziedzinie zdrowia; c) zmianami środowiskowymi: ich wpływem na organizację świadczeń zdrowotnych oraz na zdrowie; d) wpływem przemian społecznych na zdrowie publiczne; oraz e) postępem technologicznym: innowacjami i rozwojem.

Działanie to umożliwia aktywne zaangażowanie zainteresowanych stron w dziedzinie zdrowia oraz zapewnienie przez te strony znacznego wkładu na politykę UE prowadzoną w różnych obszarach, w szczególności w Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu. Działalność „Forum Zdrowia” pomaga również zagwarantować, że działania UE w dziedzinie zdrowia są adekwatne do ogólnej sytuacji w zakresie zdrowia publicznego oraz rozumiane przez zainteresowane strony w tym obszarze.

[Umowa ramowa]

3.2.4. Profilaktyka poważnych i rzadkich chorób (pkt 2.2.2 załącznika do decyzji programowej)

3.2.4.1. Dostarczanie informacji na temat nowotworów oraz prowadzenie działań ukierunkowanych na lepszą profilaktykę i kontrolę chorób nowotworowych

Celem tego działania jest pozyskiwanie najnowszych dostępnych informacji na temat obciążenia chorobami nowotworowymi w UE, a także prowadzenie działań w zakresie prewencji i kontroli chorób nowotworowych zgodnie z najnowszymi osiągnięciami naukowymi oraz najnowszą wiedzą naukową. Działanie to w sposób bezpośredni przyczynia się do osiągnięcia celów Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu. Biorąc pod uwagę, że w poszczególnych krajach dostępne zasoby i wiedza specjalistyczna są ograniczone, działanie na poziomie UE prowadzi do osiągnięcia znacznych korzyści skali.

Przedmiotowe działanie stanowi odpowiedź na zapotrzebowanie na dokładne i porównywalne dane na temat współczynnika zachorowalności na choroby nowotworowe, częstości występowania tych chorób, leczenia oraz wskaźnika przeżywalności i umieralności w UE, zgodnie z zaleceniami zawartymi w komunikacie Komisji COM(2009) 291 wersja ostateczna z dnia 24 czerwca 2009 r. „Walka z rakiem: Partnerstwo europejskie” ⁽¹⁾. Dane te zapewnią podstawę do opracowania ram skutecznej polityki w zakresie nowotworów.

Przedmiotowa inicjatywa stanowi również odpowiedź na potrzebę zaktualizowania wytycznych dotyczących badań przesiewowych w kierunku nowotworów, określonych w zaleceniu Rady 2003/878/WE z dnia 2 grudnia 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku nowotworów ⁽²⁾. Celem działania jest opublikowanie nowego wydania europejskich wytycznych w sprawie kontroli jakości badań przesiewowych w kierunku raka piersi oraz jego diagnozowania, odzwierciedlającego najnowsze osiągnięcia naukowe. Szacowany okres realizacji działania wynosi trzy lata.

Celem działania jest również stworzenie dobrowolnego europejskiego systemu akredytacji usług w zakresie leczenia raka sutka. Jest to odpowiedź na konkluzje Rady z dnia 10 czerwca 2008 r. w sprawie ograniczenia obciążenia związanego z chorobą nowotworową ⁽³⁾ oraz wezwania Parlamentu Europejskiego, takie jak oświadczenie pisemne Parlamentu Europejskiego z dnia 14 grudnia 2009 r. w sprawie walki z rakiem piersi w Unii Europejskiej (0071/2009). Szacowany okres realizacji wynosi 3 lata.

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0291:FIN:PL:PDF>

⁽²⁾ Dz.U. L 327 z 16.12.2003, s. 34.

⁽³⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF>

⁽³⁾ http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Council_Conclusions/June/0609_EPSCO-cancer.pdf

[Umowa administracyjna ze Wspólnym Centrum Badawczym] Orientacyjna kwota: 3 500 000 EUR

W ramach działania zostaną również zorganizowane szkolenia w zakresie mammografii cyfrowej dla pracowników służby zdrowia biorących udział w programach badań przesiewowych opartych na wynikach projektu „Europejska współpraca w zakresie opracowywania i wdrażania badań przesiewowych w kierunku nowotworów oraz wytycznych dotyczących profilaktyki” ⁽¹⁾. Działanie obejmuje przygotowanie i przeprowadzenie dwóch szkoleń. Przedmiotowe działanie przyczynia się do realizacji zalecenia 2003/878/WE. Szacowany okres realizacji działania wynosi jeden rok.

[Umowa administracyjna ze Wspólnym Centrum Badawczym/
Dotacja bezpośrednia dla Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem] Orientacyjna kwota: 500 000 EUR

Celem przedmiotowego działania jest również do przeprowadzenie testu porównawczego kompleksowej opieki obejmującej interdyscyplinarne leczenie pacjentów onkologicznych, a następnie przedstawienie przykładów najlepszych praktyk w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi. Jest to odpowiedź na komunikat Komisji COM(2009) 291 wersja ostateczna z dnia 24 czerwca 2009 r. „Walka z rakiem: Partnerstwo europejskie”, w którym określa się cel ograniczenia dysproporcji w zakresie zachorowalności i umieralności na nowotwory o 70 % do 2020 r.

[Dotacje na projekty] Orientacyjna kwota: 500 000 EUR

3.2.4.2. Profilaktyka chorób przewlekłych

Celem tego działania jest udzielenie państwom członkowskim pomocy w opracowywaniu i wdrażaniu bardziej racjonalnych pod względem kosztów strategii w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych.

W ramach przedmiotowego działania dąży się do wspierania projektów dotyczących analizy racjonalności pod względem kosztów zintegrowanych metod profilaktyki chorób przewlekłych, ze szczególnym uwzględnieniem cukrzycy, chorób układu krążenia lub chorób układu oddechowego. Zakres analiz obejmie również opłacalność różnych zabiegów prewencyjnych i leczniczych oraz badań przesiewowych w kierunku chorób przewlekłych. W ramach projektów będzie się kłaść nacisk również na ograniczenie nierówności w zakresie zdrowia oraz ich wpływu na populację o najwyższych współczynnikach przedwczesnej umieralności. Prace będą się skupiać na ocenie ekonomicznej, w szczególności na analizie racjonalności pod względem kosztów, oraz na szacunkach dotyczących rozszerzenia skali do poziomu krajowego i międzynarodowego.

Ze względu na wkład w ograniczenie przedwczesnej umieralności i zachorowalności, w tym w słabszych grupach społecznych, działanie przyczyni się do osiągnięcia celów określonych w komunikacie Komisji COM(2009) 567 z dnia 20 października 2009 r. „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”. Przedmiotowe działanie stanowi również odpowiedź na konkluzje Rady „Innowacyjne podejścia do chorób przewlekłych w systemach zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej” przyjęte w dniu 7 grudnia 2010 r. ⁽²⁾. Przedmiotowe działanie będzie oparte na dokumencie końcowym sporządzonym w ramach specjalnej sesji wysokiego szczebla ONZ na temat chorób niezakaźnych, a także będzie stanowiło wkład w jego wdrażanie.

[Dotacje na projekty] Orientacyjna kwota: 1 400 000 EUR

3.2.4.3. Wsparcie dla europejskich sieci informacji o chorobach rzadkich

Celem przedmiotowego działania jest udzielenie wsparcia w ustanawianiu nowych rejestrów chorób rzadkich lub sieci informacji o chorobach rzadkich. Inicjatywa ta przyczyni się do wdrożenia komunikatu Komisji COM(2008) 679 wersja ostateczna z dnia 11 listopada 2008 r. „Rzadkie choroby: wyzwania stojące przed Europą” ⁽³⁾ oraz konkluzji Rady z dnia 8 czerwca 2009 r. w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób (2009/C 151/02) ⁽⁴⁾.

Rejestry chorób rzadkich i sieci informacji o chorobach rzadkich są kluczowymi instrumentami zwiększania wiedzy na temat tych chorób i opracowywania badań klinicznych. Stanowią one jedyny sposób gromadzenia danych w celu uzyskania wystarczająco dużej próby do badań epidemiologicznych lub klinicznych. Ze względu na małą liczebność próby na poziomie krajowym przedmiotowe rejestry i sieci informacji mogą być tworzone wyłącznie na poziomie UE. Rozważona zostanie współpraca w celu organizacji procesu gromadzenia i przechowywania danych, o ile zasoby te będą otwarte i dostępne. Rejestracja pacjentów stanowi kluczowy element wszelkich działań mających na celu podniesienie jakości ich życia. Jest ona niezbędna do określania sierocych produktów leczniczych, ustanawiania priorytetów w obszarze badań oraz do powoływania i akredytacji europejskich sieci referencyjnych w dziedzinie chorób rzadkich. Przedmiotowe działanie będzie stanowić również wkład w analizę dotyczącą kryteriów powoływania europejskich sieci referencyjnych na podstawie dyrektywy 2011/24/UE. Obszary priorytetowe omawianego działania obejmują: rzadkie choroby nowotworowe, rzadkie niedokrwistości, porażenia mózgowo-nerwowo-mięśniowe, mukowiscydozę, rzadkie zaburzenia neurologiczne oraz rzadkie zespoły związane z autyzmem. Uwzględnione mogą zostać również inne choroby rzadkie. Celem działania jest współfinansowanie co najmniej pięciu sieci.

[Dotacje na projekty] Orientacyjna kwota: 4 500 000 EUR

⁽¹⁾ http://ec.europa.eu/eahc/phea_ami/pdbview40/printing/print_prjdet.cfm?prjno=2006322

⁽²⁾ 3053. posiedzenie Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów.

⁽³⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0679:FIN:PL:PDF>

⁽⁴⁾ Dz.U. C 151 z 3.7.2009, s. 7.

3.3. Działania w ramach trzeciego celu „Tworzenie i rozpowszechnianie informacji zdrowotnych i wiedzy na temat zdrowia”

3.3.1. Europejski system informacji zdrowotnych (pkt 3.2.1 załącznika do decyzji programowej)

3.3.1.1. Ocena stosowania i wpływu wskaźników opracowanych w ramach „Wspólnego działania dotyczącego wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej i monitorowania”

Celem przedmiotowego działania jest ocena stosowania i wpływu wskaźników opracowanych w ramach „Wspólnego działania dotyczącego wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej i monitorowania”, finansowanego w ramach programu w dziedzinie zdrowia, zgodnie z planem prac na rok 2009. Wskaźniki zdrowotne Wspólnoty Europejskiej są głównymi elementami europejskiego systemu monitorowania zdrowia, umożliwiającemu Komisji i państwom członkowskim określanie i wymianę najlepszych praktyk, zgodnie z art. 168 TFUE, a także ocenę efektywności i stabilności ich systemów opieki zdrowotnej, zgodnie ze strategią „Europa 2020”. Celem przedmiotowego działania jest ocena zakresu, w jakim wspomniane wskaźniki są wykorzystywane w procesie decyzyjnym w państwach członkowskich i na poziomie UE. Przeprowadzona zostanie analiza sposobu, w jaki państwa członkowskie wykorzystują wskaźniki zdrowotne Wspólnoty Europejskiej przy monitorowaniu i ocenianiu swojej polityki zdrowotnej, a także przy ocenianiu efektywności swoich systemów opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem stabilności.

[Umowa ramowa]

3.3.1.2. Gromadzenie i rozpowszechnianie informacji zdrowotnych poprzez współpracę z Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

Celem tego działania jest gromadzenie, poprzez współpracę z Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), informacji niezbędnych w procesie kształtowania polityki w obszarach ochrony zdrowia i systemów opieki zdrowotnej. Dotyczy to: a) informacji dla potrzeb Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu, które będzie nadzorować wprowadzanie innowacyjnego podejścia do opieki zdrowotnej i społecznej na rzecz starszego się społeczeństwa; b) zaspokojenia zapotrzebowania państw członkowskich na wsparcie i doradztwo w odniesieniu do stabilności krajowych systemów opieki zdrowotnej poprzez analizowanie opłacalności środków zapobiegawczych oraz skuteczności, wydajności i skutków zabiegów leczniczych; oraz c) opracowania i promowania kluczowych wskaźników w obszarze ochrony zdrowia i systemów opieki zdrowotnej.

Na przedmiotowe działanie składają się dwa pakiety prac. Pierwszy pakiet skupia się na ocenie opłacalności działań w obszarze profilaktyki chorób przewlekłych oraz ogólnych skutków ekonomicznych chorób przewlekłych poprzez porównywanie alternatywnych scenariuszy przyszłej polityki lub działań w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych. Pakiet ten powinien obejmować działania związane z głównymi czynnikami ryzyka najważniejszych chorób przewlekłych (takimi jak palenie tytoniu, nieodpowiednia dieta, niewystarczająca aktywność fizyczna i nadmierne spożycie alkoholu), a także programy w obszarze profilaktyki lub leczenia chorób przewlekłych w odniesieniu do nowotworów, chorób układu krążenia, cukrzycy, zaburzeń psychicznych oraz przewlekłych chorób układu oddechowego. W ramach pierwszego pakietu prac opracowana zostanie typologia zakresów i tematyki działań w obszarze promowania zdrowego trybu życia i profilaktyki ze szczególnym uwzględnieniem nadużywania alkoholu, palenia tytoniu, odżywiania i aktywności fizycznej. Obejmie to ocenę skuteczności przedmiotowych działań w świetle danych zdrowotnych OECD na temat pozamedycznych czynników warunkujących stan zdrowia – odżywiania, nadużywania alkoholu i palenia tytoniu – biorąc pod uwagę aspekt możliwego oddziaływania na choroby przewlekłe oraz ich skutki o charakterze ekonomicznym. Prace przewidziane w pierwszym pakiecie obejmą ocenę jakości systemów podstawowej opieki zdrowotnej pod względem spełniania potrzeb osób cierpiących na schorzenia przewlekłe poprzez ocenę funkcjonowania tych systemów w kontekście wybranych populacyjnych środków na rzecz poprawy jakości. Zostanie również przeprowadzony przegląd roli i potencjalnych rezultatów programów leczenia chorób, systemu zapłaty za wyniki oraz innych systemów zachęt.

W ramach drugiego pakietu prac będą kontynuowane działania mające na celu opracowanie wskaźników bezpieczeństwa pacjentów podjęte przez Komisję i OECD w ramach projektu OECD „Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej”⁽¹⁾, którego realizację rozpoczęto w 2010 r. Komisja współfinansowała projekt w latach 2006–2007 poprzez projekt 2005 151 „Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej” oraz w latach 2009–2011 poprzez projekt 2009 53 02 „Europejskie wydanie publikacji »Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie« i wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: osiągnięcie kolejnego poziomu – dane zdrowotne”. Przedmiotowe działanie stanowi odpowiedź na zalecenie Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2009/C 151/01)⁽²⁾, w którym zaleca się opracowanie zestawu rzetelnych i porównywalnych wskaźników w celu ułatwienia wzajemnego uczenia się, biorąc pod uwagę prace prowadzone przez organizacje międzynarodowe. Działanie to stanowi również wkład we wdrożenie dyrektywy 2011/24/UEj. Przewidziane prace obejmą: a) zwiększenie liczby potencjalnych wskaźników; b) gromadzenie danych w państwach członkowskich, które nie zapewniły jeszcze wkładu w tym zakresie; oraz c) opracowanie wskaźników, które można stosować na poziomie szpitala/placówki.

[Dotacja bezpośrednia na rzecz OECD] Orientacyjna kwota: 500 000 EUR

3.3.1.3. Opłata wnoszona przez Komisję z tytułu członkostwa w Europejskim Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej

Przedmiotowe działanie wdraża decyzję Komisji (C(2009) 10213 wersja ostateczna) z dnia 21 grudnia 2009 r. w sprawie jej włączenia do Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej w charakterze organizacji uczestniczącej do czasu zakończenia bieżącego programu w dziedzinie zdrowia w 2013 r. W decyzji ustala się wysokość opłaty członkowskiej Komisji na 500 000 EUR rocznie.

⁽¹⁾ http://project.www.oecd.org/document/34/0,3746,en_2649_37407_37088930_1_1_1_37407,00.html

⁽²⁾ Dz.U. C 151 z 3.7.2009, s. 1.

Celem uczestnictwa Komisji w Obserwatorium jest generowanie i rozpowszechnianie wysokiej jakości informacji oraz dowodów umożliwiających podjęcie decyzji lub działań dotyczących systemów opieki zdrowotnej w UE. Obserwatorium jest ośrodkiem specjalistycznej wiedzy technicznej, niezależnych analiz i wiarygodnych porad. Obserwatorium stanowi projekt partnerski Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, rządów Belgii, Finlandii, Hiszpanii, Norwegii, Słowenii, Szwecji, regionu Wenecji Euganejskiej we Włoszech, Komisji Europejskiej (w okresie trwania programu w dziedzinie zdrowia na lata 2009–2013), Europejskiego Banku Inwestycyjnego (EBI), Międzynarodowego Banku Odbudowy i Rozwoju (Grupy Banku Światowego), Francuskiego Związku Kas Ubezpieczeń Zdrowotnych (fr. *Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie*, UNCAM), Londyńskiej Szkoły Ekonomii (LSE) oraz Londyńskiej Szkoły Higieny i Medycyny Tropicznej (LSHTM).

Komisja będzie uprzywilejowanym partnerem, a tematy stanowiące przedmiot jej zainteresowania będą włączane do programu prac Obserwatorium – nie tylko kwestie związane z systemami opieki zdrowotnej, ale również z czynnikami warunkującymi stan zdrowia, promocją zdrowia i profilaktyką chorób, zwłaszcza chorób przewlekłych. W poszczególnych obszarach mogą zostać zlecone szczegółowe badania możliwe do przeprowadzenia w krótkim czasie, w szczególności w celu wsparcia wdrażania dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

[Pozostałe działania] Orientacyjna kwota: 500 000 EUR

3.3.2. *Rozpowszechnianie, analizowanie i stosowanie informacji zdrowotnych; przekazywanie informacji obywatelom, zainteresowanym stronom i osobom odpowiedzialnym za wyznaczanie kierunków polityki (pkt 3.2.2 załącznika do decyzji programowej)*

3.3.2.1. *Wynagrodzenia dla ekspertów za udzielanie doradztwa w zakresie systemów opieki zdrowotnej*

Celem tego działania jest zorganizowanie sieci ekspertów udzielających na wnioski państw członkowskich i Komisji porad w zakresie wydajności i efektywności systemów opieki zdrowotnej. W konkluzjach Rady z dnia 6 czerwca 2011 r. „Ku nowoczesnym, elastycznym i stabilnym systemom opieki zdrowotnej” wzywa się Komisję do ustanowienia odpowiedniego mechanizmu. Powyższy cel zostanie osiągnięty poprzez utworzenie interdyscyplinarnej sieci wysoko wykwalifikowanych ekspertów z odpowiednich dziedzin, w tym zdrowia publicznego, zarządzania systemami opieki zdrowotnej, epidemiologii, zabezpieczenia społecznego, ekonomiki zdrowia oraz finansów publicznych. Eksperti powinni wywodzić się ze środowiska akademickiego, branżowego i ze społeczeństwa obywatelskiego. Zarządzanie siecią ekspertów będzie zadaniem Komisji. Obejmie ono w razie potrzeby przygotowywanie materiałów referencyjnych związanych z pytańmi oraz współpracę z ekspertami. Opinie ekspertów muszą być dostosowane do konkretnych potrzeb i określonej sytuacji wnioskującego państwa członkowskiego. W ramach sieci Komisja może również uzyskać wiedzę specjalistyczną z dziedziny zdrowia w związku z roczną analizą wzrostu gospodarczego i krajowymi programami reform. Przedmiotowe działanie obejmuje wynagrodzenia wypłacane ekspertom za ich pracę.

[Pozostałe działania] Orientacyjna kwota: 1 000 000 EUR

3.3.2.2. *Informowanie o unijnej polityce zdrowotnej i wynikach programów w dziedzinie zdrowia oraz ich promowanie*

Celem przedmiotowego działania jest dostarczanie obywatelom UE dokładnych i aktualnych informacji na temat działalności UE w obszarze zdrowia, przewidzianej w art. 168 TFUE, a tym samym przybliżenie struktur europejskich obywatelom. Inicjatywa ta ma również na celu promowanie unijnych działań w obszarze zdrowia związanych z nowymi priorytetami, w tym ze strategią „Europa 2020”.

Przedmiotowe działanie składa się z trzech części. Pierwsza część obejmuje promowanie dyrektywy 2011/24/UE. W dyrektywie przewiduje się nowy innowacyjny system zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, ułatwia uznawanie recept wystawionych w innych państwach członkowskich, wspiera pacjentów wymagających specjalistycznego leczenia oraz ułatwia wymianę informacji na temat jakości i standardów bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. Skuteczne wdrażanie powyższej dyrektywy zależy od tego, w jakim stopniu zainteresowane strony i obywatele są poinformowani o jej przepisach. Wysoki stopień poinformowania mają zapewnić jasne i ukierunkowane środki przewidziane w ramach przedmiotowego działania. Środki te obejmują ulotki, rozpowszechnianie informacji za pośrednictwem Internetu oraz organizowanie konferencji z udziałem zainteresowanych stron.

Druga część dotyczy zorganizowania IV konkursu o nagrodę UE dla dziennikarzy. Działanie to ma na celu dalsze rozszerzenie i zapewnienie funkcjonowania nieformalnej sieci dziennikarzy z państw członkowskich, którzy zajmują się tematyką zdrowia. Poprawi to obecność unijnych kwestii zdrowotnych w mediach państwach członkowskich, a przez to do przyczyni się do poszerzenia wiedzy na temat działań UE w obszarze zdrowia, opieki zdrowotnej i praw pacjentów.

Trzecia część obejmuje przygotowywanie i rozpowszechnianie informacji oraz materiałów informacyjnych objaśniających działalność i inicjatywy UE w dziedzinie zdrowia. Oprócz działalności związanej z trwającymi inicjatywami dotyczącymi zdrowia i promowaniem wyników programów w dziedzinie zdrowia przewidziano działania koncentrujące się w szczególności na objaśnianiu zainteresowanym stronom i obywatelom inicjatywy dotyczącej wyrobów tytoniowych oraz inicjatywy na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego. Przedmiotowe działania obejmują przygotowywanie i rozpowszechnianie materiałów audiowizualnych oraz publikacji w formie elektronicznej i papierowej, organizowanie warsztatów i spotkań ekspertów i udział w nich, organizowanie punktów informacyjnych i dostarczanie innych materiałów informacyjnych lub z zakresu public relations.

[Umowa ramowa]

3.3.2.3. Narzędzia technologii informatycznych wspierające politykę zdrowia publicznego

Celem środków objętych przedmiotowym działaniem jest wsparcie unijnej polityki zdrowia publicznego, zgodnie z art. 168 TFUE, za pomocą odpowiednich narzędzi informatycznych. Narzędzia informatyczne stosuje się również w ramach realizacji strategii „Europa 2020”, tj. w celu wspierania działań w zakresie ukierunkowywania innowacji na wyzwania stojące przed naszym społeczeństwem w obszarze zdrowia, promocji e-zdrowia, ograniczania nierówności w zakresie zdrowia, propagowania aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu, reagowania na nowe rodzaje zagrożeń dla zdrowia oraz zapewnienia lepszego dostępu do systemów opieki zdrowotnej.

Przedmiotowe działanie obejmuje następujące narzędzia: a) portal Zdrowie-UE – portal zdrowia publicznego i jego podstrony; „Europa dla pacjentów”, komunikacja w sytuacji kryzysu, nagroda dla dziennikarzy i zdrowie młodzieży; b) bazę danych o urazach (IBD) i narzędzie gromadzenia danych „Zdrowie w Europie: platforma informacji i danych” (HEIDI); c) HEIDI Wiki; d) system informowania o kryzysach zdrowotnych i chorobach (HEDIS), system informacji medycznej (Medsys) oraz projekt dotyczący wczesnego ostrzegania i powiadamiania (EAR); e) operacyjne centrum zarządzania kryzysami zdrowotnymi (HEOF) – intranet na potrzeby sytuacji kryzysowych; f) system wczesnego ostrzegania służący do wymiany informacji o zagrożeniach dla zdrowia spowodowanych umyślnym uwolnieniem czynników chemicznych, biologicznych, radiologicznych i jądrowych (RAS-BICHAT) oraz system wczesnego ostrzegania służący do wymiany informacji o wypadkach spowodowanych czynnikami chemicznymi (RAS-CHEM); g) platformy: gromadzenie danych na temat działań w zakresie żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia; bazę danych Europejskiego Forum ds. Alkoholu i Zdrowia (bank informacji na temat alkoholu, ACH); „kompas” dotyczący zdrowia psychicznego – system zarządzania dokumentami związanymi z forum; bazę danych organizacji pozarządowych; h) narzędzia związane z informacjami na temat krwi, komórek, tkanek i tytoniu: gromadzenie danych rocznych na temat istotnych reakcji niepożądanych lub zdarzeń związanych z transfuzją krwi i przeszczepem komórek lub tkanek (SARE); rejestr wszystkich banków tkanek w UE, do którego mają dostęp wszystkie właściwe organy w państwach członkowskich; system przedstawiania sprawozdań rocznych na temat dobrowolnego honorowego dawstwa, obowiązkowych sprawozdań rocznych sporządzanych dla państw członkowskich; rejestr placówek w UE zajmujących się testowaniem wyrobów tytoniowych oraz rejestr ostrzeżeń, tekstów i materiałów graficznych związanych z wyrobami tytoniowymi (do rejestrów tych mają dostęp właściwe organy państw członkowskich), a także rejestr unijnego systemu kodowania tkanek i komórek ludzkich; i) transgraniczną opiekę zdrowotną, rejestr recept, rejestr leków; oraz j) kompleksowe usługi w zakresie obsługi narzędzi i systemów związanych ze zdrowiem publicznym.

[Umowy ramowe]

3.3.3. Analizy i sprawozdawczość (pkt 3.2.3 załącznika do decyzji programowej)

3.3.3.1. Dostarczanie porównywalnych i opartych na dowodach danych i informacji w celu wspierania środków z zakresu przedmiotowej polityki

Celem przedmiotowego działania jest dostarczanie analiz, porównywalnych informacji oraz niezależnych danych naukowych wysokiej jakości do celów opracowywania, wdrażania i oceny, w oparciu o dowody, inicjatyw na rzecz zdrowia na poziomie UE i w obrębie państw członkowskich, w tym działań realizowanych w ramach Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu. Przyczyni się to do zwiększenia trwałości projektów finansowanych w ramach programu w dziedzinie zdrowia poprzez zachowanie i wykorzystanie dotychczas zebranych informacji i danych. Zapewnienie dowodów i sprawozdawczości w obszarze zdrowia na poziomie UE umożliwi porównywanie strategii wspierających opracowywanie i ocenę polityki oraz ułatwiających określanie, rozpowszechnianie i stosowanie najlepszych praktyk. Pozwala to UE i państwom członkowskim na wykrywanie związanych ze zdrowiem czynników hamujących wzrost, a tym samym na skuteczniejsze wspieranie krajowych systemów opieki zdrowotnej.

Przedmiotowe działanie składa się z trzech części. Pierwsza część obejmuje gromadzenie, analizowanie i rozpowszechnianie porównywalnych i opartych na dowodach danych i informacji w celu wspierania i oceny polityki zdrowotnej, a także dostarczanie informacji osobom odpowiedzialnym za wyznaczanie kierunków polityki w Europie, ekspertom i obywatelom.

[Umowy ramowe]

Realizacja drugiej części polega na dostarczaniu danych służących wsparciu aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu i innych obszarów priorytetowych do europejskiego systemu informacji i wiedzy na temat zdrowia w celu zapewnienia aktualnych informacji osobom odpowiedzialnym za wyznaczanie kierunków polityki w Europie, ekspertom w dziedzinie zdrowia i obywatelom.

[Zaproszenie do składania ofert]

Trzecia część obejmuje badanie Eurobarometru na temat tytoniu, mające na celu dostarczenie danych dotyczących zachowań związanych z paleniem tytoniu, biernego palenia tytoniu oraz niektórych najważniejszych postaw osób palących i niepalących, a także zaktualizowanie wskaźników ograniczania użycia tytoniu stosowanych do monitorowania realizacji polityki w zakresie ograniczenia palenia tytoniu. Wyniki zostaną wykorzystane jako podstawa do dyskusji w Parlamencie Europejskim i Radzie nad wnioskiem Komisji dotyczącym zmiany dyrektywy 2001/37/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 czerwca 2001 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych⁽¹⁾, a także jako podstawa do międzyinstytucjonalnej debaty na temat możliwej inicjatywy na rzecz ochrony pracowników przed dymem tytoniowym w miejscu pracy oraz opracowania innych inicjatyw w zakresie ograniczenia użycia tytoniu.

[Umowa ramowa]

(1) Zmiana dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych (2001/37/WE) została ujęta w załączniku II (możliwe inicjatywy na 2012 r.) do programu prac Komisji na rok 2011 [COM(2010) 623 wersja ostateczna].

ZAŁĄCZNIK II

Kryteria dotyczące wkładów finansowych na rzecz projektów w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013)

Decyzja nr 1350/2007/WE, art. 4 ust. 1 lit. a)

1. ZASADY OGÓLNE

1. Dokumentami referencyjnymi dla realizacji programu w dziedzinie zdrowia są: rozporządzenie finansowe i jego przepisy wykonawcze.

2. Dotacje muszą być zgodne z następującymi zasadami:

— zasadą współfinansowania: wymagane jest zewnętrzne współfinansowanie ze źródła innego niż fundusze unijne, w formie środków własnych beneficjenta albo środków finansowych osób trzecich. Wkłady rzeczowe stron trzecich mogą być traktowane jako współfinansowanie, jeśli uzna się je za niezbędne lub stosowne (art. 113 rozporządzenia finansowego i art. 172 przepisów wykonawczych),

— zasadą braku korzyści: celem ani skutkiem dotacji nie może być osiągnięcie korzyści (zysku) przez beneficjenta (art. 109 ust. 2 rozporządzenia finansowego i art. 165 przepisów wykonawczych),

— zasadą „prawo nie działa wstecz” (braku skutku retroaktywnego): koszty kwalifikujące się do współfinansowania muszą być poniesione po podpisaniu umowy. W wyjątkowych przypadkach dopuszcza się uznanie wydatku poniesionego po dacie złożenia wniosku o udzielenie dotacji, lecz nie wcześniej (art. 112 rozporządzenia finansowego),

— zasadą braku kumulacji: na określone działanie danemu beneficjentowi może być przyznana tylko jedna dotacja (art. 111 rozporządzenia finansowego) ⁽¹⁾.

3. Wnioski dotyczące działań będą oceniane na podstawie trzech kategorii kryteriów:

— kryteriów wykluczenia i kwalifikowalności, w celu oceny kwalifikowalności wnioskodawcy (art. 114 rozporządzenia finansowego),

— kryteriów wyboru, w celu oceny zdolności finansowych i operacyjnych wnioskodawcy do zrealizowania proponowanego działania (art. 115 rozporządzenia finansowego),

— kryteriów przyznawania, w celu oceny jakości wniosku z uwzględnieniem jego kosztów.

Powyższe kategorie kryteriów będą rozpatrywane kolejno w ramach procedury oceny. Wniosek, który nie będzie spełniał wymogów jednej z tych kategorii, nie będzie brany pod uwagę na następnym etapie oceny i zostanie odrzucony.

4. Projekty muszą:

— mieć charakter innowacyjny i nie mogą mieć charakteru powtarzalnego,

— wnosić wartość dodaną na szczeblu UE w zakresie zdrowia publicznego: projekty powinny prowadzić do osiągnięcia odpowiednich korzyści skali, obejmować odpowiednią liczbę kwalifikujących się krajów w odniesieniu do zakresu projektu i dawać możliwość ich powielania w innych miejscach,

— przyczynić się do rozwoju polityki UE w zakresie zdrowia i wspierać ten rozwój,

— mieć skuteczną strukturę zarządzania, obejmować jasny proces oceny i zawierać dokładny opis spodziewanych rezultatów,

— obejmować plan wykorzystania wyników na poziomie UE oraz ich rozpowszechniania wśród odpowiednich grup docelowych.

2. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

1. Wnioskodawcy zostaną wykluczeni z udziału w procedurach przyznawania finansowania w ramach programu w dziedzinie zdrowia, jeżeli znajdują się w jednej z sytuacji wykluczenia wymienionych w art. 93 ust. 1 i art. 94 rozporządzenia finansowego.

Dowody: wnioskodawcy muszą przedstawić należycie podpisane i opatrzone datą oświadczenie, stwierdzające, iż nie znajdują się oni w żadnej z wymienionych powyżej sytuacji.

2. Wnioski obejmujące tylko jedno kwalifikujące się państwo lub jeden jego region zostaną odrzucone.

⁽¹⁾ Oznacza to, że określone działanie objęte wnioskiem o dotację, złożonym przez jednego wnioskodawcę, może zostać dopuszczone do współfinansowania przez Komisję tylko raz, niezależnie od czasu trwania tego działania.

3. Wnioski otrzymane po terminie, niekompletne lub niespełniające wymogów formalnych określonych w zaproszeniu do składania wniosków nie zostaną uwzględnione przy przyznawaniu finansowania. Nie dotyczy to oczywistych błędów pisarskich w rozumieniu art. 178 ust. 2 przepisów wykonawczych.

W skład każdego wniosku muszą wchodzić dokumenty wymagane w zaproszeniu do składania wniosków, w tym:

- dane administracyjne dotyczące głównych partnerów, a także partnerów stowarzyszonych,
- opis techniczny projektu,
- całkowity budżet projektu i wnioskowany poziom współfinansowania UE.

Dowody: treść wniosku.

4. Działania, które zostały rozpoczęte przed datą zarejestrowania wpłynięcia wniosku o przyznanie dotacji, zostaną wyłączone z uczestnictwa w programie w dziedzinie zdrowia.

Dowody: we wniosku o przyznanie dotacji należy określić termin rozpoczęcia i czas trwania działania.

3. KRYTERIA WYBORU

Jedynie wnioski spełniające kryteria wykluczenia i kwalifikowalności będą kwalifikowały się do oceny. Wszystkie poniższe kryteria wyboru muszą być spełnione.

1. Zdolność finansowa

Wnioskodawcy muszą posiadać stałe i wystarczające źródła finansowania w celu utrzymania swojej działalności przez cały okres jej prowadzenia oraz w celu uczestniczenia w jej współfinansowaniu.

Dowody: wnioskodawcy muszą przekazać rachunki zysków i strat oraz bilanse dotyczące dwóch ostatnich pełnych lat obrotowych.

Weryfikacja zdolności finansowej nie będzie dotyczyć organów publicznych, międzynarodowych organizacji publicznych utworzonych na podstawie porozumień międzyrządowych ani ich agencji specjalistycznych.

2. Zdolności operacyjne

Wnioskodawcy muszą dysponować profesjonalnymi zasobami oraz posiadać kompetencje i kwalifikacje niezbędne do zrealizowania proponowanego działania.

Dowody: wnioskodawcy muszą dostarczyć najbardziej aktualne roczne sprawozdanie z działalności ich organizacji, zawierające szczegółowe informacje operacyjne, finansowe i techniczne, a także życiorysy wszystkich wykwalifikowanych pracowników organizacji uczestniczących w działaniu, którego dotyczy wniosek.

3. Dokumentacja uzupełniająca, którą należy dostarczyć na żądanie Komisji

Na żądanie wnioskodawcy muszą dostarczyć sprawozdanie z audytu zewnętrznego, przygotowane przez biegłego rewidenta, potwierdzające sprawozdania finansowe za ostatni dostępny rok obrotowy oraz oceniające kondycję finansową wnioskodawcy.

4. KRYTERIA PRYZNAWANIA

Jedynie projekty spełniające kryteria wykluczenia, kwalifikowalności i wyboru będą kwalifikowały się do dalszej oceny na podstawie poniższych kryteriów przyznawania.

1. Zgodność z polityką i danym kontekstem (40 punktów; próg: 20 punktów):

- a) wkład projektu w realizację celów i priorytetów określonych w planie prac na 2012 r. (8 punktów);
- b) znaczenie strategiczne w odniesieniu do unijnej strategii zdrowia ⁽¹⁾ oraz oczekiwanego wkładu w aktualną wiedzę i skutki dla zdrowia (8 punktów);
- c) wartość dodana na poziomie UE w zakresie zdrowia publicznego (8 punktów):
 - skutki dla grup docelowych, skutki długoterminowe i potencjalne efekty mnożnikowe, takie jak powtarzalne, możliwe do przeniesienia i trwałe działania,
 - skutki dla komplementarności, synergii i zgodności ze stosownymi politykami i programami UE;
- d) adekwatność zasięgu geograficznego (8 punktów):

wnioskodawcy muszą zapewnić zasięg geograficzny projektu proporcjonalny do jego celów oraz wyjaśnić partnerską rolę kwalifikujących się krajów, a także adekwatność środków przeznaczonych na projekt lub grup docelowych, które reprezentują;

⁽¹⁾ COM(2007) 630 wersja ostateczna; http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/health_strategy_en.htm

- e) kontekst społeczny, kulturowy i polityczny (8 punktów):
wnioskodawcy muszą wyjaśnić związek projektu z sytuacją panującą w danych krajach lub na danych obszarach, zapewniając zgodność przewidywanych działań z kulturą i poglądami grup docelowych.
2. Jakość techniczna (30 punktów; próg: 15 punktów):
- a) podstawy merytoryczne (6 punktów):
wnioskodawcy muszą załączyć analizę problemu i jasno opisać czynniki, skutki, skuteczność i zastosowanie proponowanych działań;
- b) specyfikacja dotycząca treści (6 punktów):
wnioskodawcy muszą jasno opisać cele i grupy docelowe z uwzględnieniem odpowiednich czynników geograficznych, metod oraz spodziewanych rezultatów;
- c) innowacyjny charakter, komplementarność techniczna i unikanie powielania innych już prowadzonych działań na poziomie UE (6 punktów):
wnioskodawcy muszą jasno określić postęp, jaki dany projekt ma wnieść do danej dziedziny w odniesieniu do istniejącego stanu wiedzy, oraz opracować projekt w taki sposób, aby nie powielał się ani nie pokrywał się niepotrzebnie, w całości lub w części, z innymi projektami i działaniami już prowadzonymi na poziomie UE i międzynarodowym;
- d) strategia oceny (6 punktów):
wnioskodawcy muszą jasno opisać proponowane metody i wybrane wskaźniki oraz ich adekwatność;
- e) strategia rozpowszechniania (6 punktów):
wnioskodawcy muszą jasno zilustrować adekwatność planowanej strategii i metodyki w celu zapewnienia możliwości przenoszenia rezultatów i ich stałego rozpowszechniania.
3. Jakość zarządzania i budżet (30 punktów; próg: 15 punktów):
- a) planowanie i organizacja (5 punktów):
wnioskodawcy muszą opisać działania, które zostaną podjęte, ich harmonogram i główne etapy, wyniki, charakter i podział zadań, a także sporządzić analizę ryzyka;
- b) zdolności organizacyjne (5 punktów):
wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać strukturę zarządzania, kompetencje personelu, zakresy obowiązków, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji oraz monitorowanie i nadzór;
- c) jakość partnerstwa (5 punktów):
wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać przewidywane partnerstwa pod kątem ich zakresu, ról i obowiązków, relacji pomiędzy partnerami, a także synergii i komplementarności partnerów i struktury sieciowej;
- d) strategia komunikacyjna (5 punktów):
wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać strategię komunikacyjną w odniesieniu do planowania, grup docelowych, adekwatności wykorzystanych kanałów oraz widoczności współfinansowania UE;
- e) budżet ogólny i szczegółowy, w tym zarządzanie finansami (10 punktów; próg: 5 punktów):
budżet projektu musi być sporządzony przez wnioskodawców w sposób adekwatny, stosowny, wyważony i spójny wewnętrznie oraz w odniesieniu do partnerów i szczegółowych celów projektu. Budżet powinien być podzielony pomiędzy partnerów w minimalnym, uzasadnionym stopniu, unikając jego zbyt dużego rozdrobnienia.
Wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać obieg środków finansowych, zakresy obowiązków oraz procedury sprawozdawcze i kontrolne.

Każdy wniosek, który nie osiągnie wszystkich progów punktów, zostanie odrzucony.

Po dokonaniu oceny zostaje sporządzona lista wniosków rekomendowanych do przyznania wsparcia finansowego, ułożona według całkowitej liczby przyznanych punktów. W zależności od dostępnego budżetu współfinansowaniem zostaną objęte wnioski, które otrzymały najwyższą liczbę punktów.

ZAŁĄCZNIK III

Kryteria wkładów finansowych w funkcjonowanie organizacji pozarządowej lub sieci specjalistycznej (dotacje operacyjne) w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013)

Decyzja nr 1350/2007/WE, art. 4 ust. 1 lit. b)

1. ZASADY OGÓLNE

1. Dokumentami referencyjnymi dla realizacji programu w dziedzinie zdrowia są: rozporządzenie finansowe i jego przepisy wykonawcze.

2. Dotacje muszą być zgodne z następującymi zasadami:

— zasadą współfinansowania: wymagane jest zewnętrzne współfinansowanie ze źródła innego niż fundusze unijne, w formie środków własnych beneficjenta albo środków finansowych osób trzecich. Wkłady rzeczowe stron trzecich mogą być traktowane jako współfinansowanie, jeśli uzna się je za niezbędne lub stosowne (art. 113 rozporządzenia finansowego i art. 172 przepisów wykonawczych),

— zasadą braku korzyści: celem ani skutkiem dotacji nie może być osiągnięcie korzyści (zysku) przez beneficjenta (art. 109 ust. 2 rozporządzenia finansowego i art. 165 przepisów wykonawczych),

— zasadą „prawo nie działa wstecz” (braku skutku retroaktywnego): koszty kwalifikujące się do współfinansowania muszą być poniesione po podpisaniu umowy. W wyjątkowych przypadkach dopuszcza się uznanie wydatku poniesionego po dacie złożenia wniosku o udzielenie dotacji, lecz nie wcześniej (art. 112 rozporządzenia finansowego),

— zasadą braku kumulacji: na określone działanie danemu beneficjentowi w danym roku obrotowym może być przyznana tylko jedna dotacja (art. 111 rozporządzenia finansowego) ⁽¹⁾.

3. Wnioski dotyczące działań będą oceniane na podstawie trzech kategorii kryteriów:

— kryteriów wykluczenia i kwalifikowalności, w celu oceny kwalifikowalności wnioskodawcy (art. 114 rozporządzenia finansowego),

— kryteriów wyboru, w celu oceny zdolności finansowych i operacyjnych wnioskodawcy do zrealizowania proponowanego działania (art. 115 rozporządzenia finansowego),

— kryteriów przyznawania, w celu oceny jakości wniosku z uwzględnieniem jego kosztów.

Powyższe kategorie kryteriów będą rozpatrywane kolejno w ramach procedury oceny. Wniosek, który nie będzie spełniał wymogów jednej z tych kategorii, nie będzie brany pod uwagę na następnym etapie oceny i zostanie odrzucony.

2. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

1. Wkłady finansowe UE mogą być przyznawane na funkcjonowanie organizacji pozarządowej lub na pokrycie kosztów związanych z koordynowaniem specjalistycznej sieci przez organizację niezarobkową. Specjalistyczna sieć to europejska sieć reprezentująca organizacje nienastawione na zysk prowadzące działalność w państwach członkowskich lub państwach uczestniczących w programie w dziedzinie zdrowia, która promuje zasady i polityki zgodne z celami programu oraz posiada odpowiednią historię wspólnych osiągnięć (np. projekty zakończone sukcesem lub wspólne publikacje) i ustalone zasady współpracy (np. standardowe procedury operacyjne lub protokół ustaleń). Organizacja lub specjalistyczna sieć może otrzymać finansowanie, jeśli:

— nie ma charakteru zarobkowego i jest niezależna od interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju sprzecznych interesów,

— ma członków w przynajmniej połowie państw członkowskich,

— ma wyważony zasięg geograficzny,

— realizuje jeden cel lub kilka celów programu w dziedzinie zdrowia jako podstawowy cel swojej działalności,

— nie realizuje celów ogólnych pozostających w bezpośredniej lub pośredniej sprzeczności z polityką Unii Europejskiej bądź jej wizerunek nie ma szkodliwego wpływu na wizerunek UE,

— przekazała Komisji zadowalające informacje dotyczące jej członków, zasad wewnętrznych i źródeł finansowania,

⁽¹⁾ Oznacza to, że roczny program prac objęty wnioskiem o dotację operacyjną złożonym przez jednego wnioskodawcę może zostać dopuszczony do współfinansowania przez Komisję tylko raz.

- przedstawiła Komisji roczny program prac na dany rok obrotowy, ostatnie roczne sprawozdanie z działalności oraz ostatnie sprawozdanie z oceny, jeśli jest ono dostępne,
- nie znajduje się w żadnej z sytuacji wykluczenia wymienionych w art. 93 ust. 1 i art. 94 rozporządzenia finansowego.

Wnioskodawcy pracujący z podmiotami sektora prywatnego uznanymi za niekwalifikujących się ze względu na charakter ich działalności, który jest niezgodny z zasadami Unii Europejskiej, określonymi w art. 2 i 3 Traktatu UE, mogą nie zostać dopuszczeni.

2. Wnioski otrzymane po terminie, niekompletne lub niespełniające wymogów formalnych określonych w zaproszeniu do składania wniosków nie zostaną uwzględnione przy przyznawaniu finansowania. Nie dotyczy to oczywistych błędów pisarskich w znaczeniu art. 178 ust. 2 przepisów wykonawczych.

3. Kryterium „niezależności od interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju sprzecznych interesów” zostanie ocenione zgodnie z załącznikiem VI.

3. KRYTERIA WYBORU

Jedynie wnioski spełniające kryteria wykluczenia i kwalifikowalności będą kwalifikowały się do oceny.

Kryteria wyboru umożliwiają ocenę zdolności finansowej i operacyjnej wnioskującej organizacji do realizacji proponowanego programu prac.

Jedynie organizacje posiadające zasoby niezbędne do zapewnienia funkcjonowania swoich struktur mogą otrzymać dotację. Na dowód posiadania tych zasobów organizacje te muszą:

- załączyć kopię rocznego sprawozdania finansowego dotyczącego ostatniego roku obrotowego, w odniesieniu do którego sprawozdania zamknięto przed złożeniem wniosku. Jeśli wniosek o dotację pochodzi od nowej organizacji europejskiej, wówczas wnioskodawca musi przedstawić roczne sprawozdania finansowe (w tym bilans oraz rachunek zysków i strat) organizacji członkowskich nowego podmiotu, dotyczące ostatniego roku obrotowego, w odniesieniu do którego rachunki zostały zamknięte przed złożeniem wniosku;
- przedstawić szczegółowy plan budżetowy organizacji, zrównoważony pod względem przychodów i wydatków;
- dołączyć sprawozdanie z audytu zewnętrznego sporządzone przez biegłego rewidenta w przypadku wniosków o dotację operacyjną na kwotę przekraczającą 100 000 EUR, poświadczające sprawozdania finansowe za ostatni dostępny rok obrotowy i przedstawiające ocenę kondycji finansowej organizacji wnioskodawcy.

Jedynie organizacje, które dysponują niezbędnymi zasobami operacyjnymi i których pracownicy posiadają niezbędne umiejętności i doświadczenie zawodowe, mogą otrzymać dotację. W tym celu do wniosku należy załączyć następujące informacje:

- ostatnie roczne sprawozdanie z działalności organizacji, a w przypadku nowo założonej organizacji – życiorysy członków zarządu i pozostałych pracowników, a także roczne sprawozdania z działalności organizacji członkowskich nowego podmiotu;
- wszelkie informacje o udziale bądź wnioskach o udział w działaniach finansowanych przez UE, zawarciu umów o udzieleniu dotacji i zawarciu umów finansowanych z budżetu UE.

4. KRYTERIA PRZYZNAWANIA

Jedynie wnioski spełniające kryteria wykluczenia, kwalifikowalności i wyboru będą kwalifikowały się do oceny.

Kryteria przyznawania umożliwiają wybieranie programów prac, w przypadku których możliwe jest zagwarantowanie zgodności z celami i priorytetami UE oraz prawidłowego rozpowszechniania i komunikacji, w tym widoczności finansowania unijnego.

W tym celu roczny program prac przedstawiony w celu uzyskania finansowania unijnego musi spełniać następujące kryteria:

1. Zgodność rocznego programu prac organizacji pozarządowej lub specjalistycznej sieci z polityką i danym kontekstem (25 punktów; próg – 13 punktów):
 - a) zgodność rocznego programu prac z celami i priorytetami programu w dziedzinie zdrowia i powiązanego rocznego planu prac (10 punktów);
 - b) działalność organizacji⁽¹⁾ musi być opisana w odniesieniu do priorytetów wyszczególnionych w planie prac na 2012 r. w ramach programu w dziedzinie zdrowia (10 punktów);

⁽¹⁾ Działalność lobbująca koncentrująca się wyłącznie na instytucjach unijnych jest wyłączona z finansowania.

- c) adekwatność zasięgu geograficznego organizacji pozarządowej lub specjalistycznej sieci. Roczny program prac wnioskodawcy powinien obejmować działania prowadzone w reprezentatywnej liczbie państw uczestniczących (5 punktów).
2. Jakość techniczna proponowanego rocznego programu prac (40 punktów; próg – 20 punktów):
- a) cel rocznego programu prac: program prac wnioskodawcy musi zawierać jasny opis wszystkich celów organizacji lub specjalistycznej sieci i ich przydatność do uzyskania pożądaných rezultatów. Wnioskodawcy muszą wykazać, że przedstawiony program prac zawiera prawdziwe i rzetelne informacje na temat wszystkich działań organizacji lub sieci specjalistycznej planowanych na 2012 r., w tym tych działań, które nie wpisują się w plan prac na 2012 r. w ramach programu w dziedzinie zdrowia (10 punktów);
- b) ramy operacyjne: programy prac wnioskodawców muszą zawierać jasny opis planowanych działań, zadań i obowiązków oraz harmonogramy tej części programu prac, która jest zgodna z planem pracy na 2012 r. w ramach programu w dziedzinie zdrowia, a także opis powiązania tych działań z innymi obszarami działalności wnioskodawców (10 punktów);
- c) strategia oceny: programy prac wnioskodawców muszą zawierać wyraźny opis wewnętrznej i zewnętrznej oceny działań i wskaźników, które mają być zastosowane (10 punktów);
- d) strategia rozpowszechniania: wnioskodawcy muszą jasno przedstawić adekwatność działań i metod komunikacji i rozpowszechniania (10 punktów).
3. Jakość zarządzania (35 punktów; próg – 18 punktów):
- a) planowanie rocznej pracy: wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać działania, które zostaną podjęte, ich harmonogram i główne etapy, wyniki, charakter i podział zadań, a także sporządzić analizę ryzyka (10 punktów);
- b) zdolności organizacyjne: wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać proces zarządzania, zasoby ludzkie i kompetencje personelu, zakresy obowiązków, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji, monitorowanie i nadzór. Wnioskodawcy muszą również wyraźnie określić charakter współpracy z odpowiednimi partnerami i zainteresowanymi stronami (10 punktów);
- c) budżet ogólny i szczegółowy: budżet projektu musi być sporządzony przez wnioskodawców w sposób adekwatny, stosowny, zrównoważony i spójny wewnętrznie oraz w odniesieniu szczegółowych celów projektu (10 punktów);
- d) zarządzanie finansami: wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać obieg środków finansowych, zakresy obowiązków oraz procedury sprawozdawcze oraz, w miarę możliwości, procedury kontrolne (5 punktów).

Każdy wniosek, który nie osiągnie wszystkich progów punktów, zostanie odrzucony.

Po dokonaniu oceny zostaje sporządzona lista wniosków rekomendowanych do przyznania wsparcia finansowego, ułożona według całkowitej liczby przyznanych punktów. W zależności od dostępnego budżetu współfinansowaniem zostaną objęte wnioski, które otrzymały najwyższą liczbę punktów.

ZAŁĄCZNIK IV

Kryteria wkładów finansowych we wspólne działania w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013)

Decyzja nr 1350/2007/WE, art. 4 ust. 3

1. ZASADY OGÓLNE

1. Dokumentami referencyjnymi dla realizacji programu w dziedzinie zdrowia są: rozporządzenie finansowe i jego przepisy wykonawcze.

2. Dotacje muszą być zgodne z następującymi zasadami:

- zasadą współfinansowania: wymagane jest zewnętrzne współfinansowanie ze źródła innego niż fundusze unijne, w formie środków własnych beneficjenta albo środków finansowych osób trzecich. Wkłady rzeczowe stron trzecich mogą być traktowane jako współfinansowanie, jeśli uzna się je za niezbędne lub stosowne (art. 113 rozporządzenia finansowego i art. 172 przepisów wykonawczych),
- zasadą braku korzyści: celem ani skutkiem dotacji nie może być osiągnięcie korzyści (zysku) przez beneficjenta (art. 109 ust. 2 rozporządzenia finansowego i art. 165 przepisów wykonawczych),
- zasadą „prawo nie działa wstecz” (braku skutku retroaktywnego): koszty kwalifikujące się do współfinansowania muszą być poniesione po podpisaniu umowy. W wyjątkowych przypadkach dopuszcza się uznanie wydatku poniesionego po dacie złożenia wniosku o udzielenie dotacji, lecz nie wcześniej (art. 112 rozporządzenia finansowego),
- zasadą braku kumulacji: na określone wspólne działanie danemu beneficjentowi może być przyznana tylko jedna dotacja (art. 111 rozporządzenia finansowego) ⁽¹⁾.

3. Wnioski dotyczące działań będą oceniane na podstawie trzech kategorii kryteriów:

- kryteriów wykluczenia i kwalifikowalności, w celu oceny kwalifikowalności wnioskodawcy (art. 114 rozporządzenia finansowego),
- kryteriów wyboru, w celu oceny zdolności finansowych i operacyjnych wnioskodawcy do zrealizowania proponowanego działania (art. 115 rozporządzenia finansowego),
- kryteriów przyznawania, w celu oceny jakości wniosku z uwzględnieniem jego kosztów.

Powyższe kategorie kryteriów będą rozpatrywane kolejno w ramach procedury oceny. Wniosek, który nie będzie spełniał wymogów jednej z tych kategorii, nie będzie brany pod uwagę na następnym etapie oceny i zostanie odrzucony.

2. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

1. Wspólne działania mogą być wdrażane z organami publicznymi lub organizacjami pozarządowymi, które:

- nie mają charakteru zarobkowego i są niezależne od interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju sprzecznych interesów,
- realizują jeden cel lub kilka celów programu w dziedzinie zdrowia jako podstawowy cel swojej działalności,
- nie realizują celów ogólnych pozostających w bezpośredniej lub pośredniej sprzeczności z polityką UE lub nie są związane z niewłaściwym wizerunkiem,
- przekazały Komisji zadowalające informacje dotyczące swoich członków, zasad wewnętrznych i źródeł finansowania,
- zostały wyznaczone w drodze przejrzystej procedury przez państwa członkowskie lub zainteresowany właściwy organ oraz uznane przez Komisję,
- nie znajdują się w żadnej z sytuacji wykluczenia wymienionych w art. 93 ust. 1 i art. 94 rozporządzenia finansowego.

Wnioskodawcy pracujący z podmiotami sektora prywatnego uznanymi za niekwalifikujących się ze względu na charakter ich działalności, który jest niezgodny z zasadami Unii Europejskiej, określonymi w art. 2 i 3 Traktatu UE, mogą nie zostać dopuszczeni.

⁽¹⁾ Oznacza to, że określone działanie objęte wnioskiem jednego z wnioskodawców o dotację może zostać dopuszczone do współfinansowania przez Komisję tylko raz, niezależnie od czasu trwania tego działania.

2. Wnioski otrzymane po terminie, niekompletne lub niespełniające wymogów formalnych określonych w zaproszeniu do składania wniosków nie zostaną uwzględnione przy przyznawaniu finansowania. Nie dotyczy to oczywistych błędów pisarskich w znaczeniu art. 178 ust. 2 przepisów wykonawczych.

3. Kryterium „niezależności od interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju sprzecznych interesów” zostanie ocenione zgodnie z załącznikiem VI.

3. KRYTERIA WYBORU

Jedynie wnioski spełniające kryteria wykluczenia i kwalifikowalności będą kwalifikowały się do oceny.

Kryteria wyboru umożliwiają ocenę sytuacji finansowej wnioskodawcy i jego zdolności operacyjnej do realizacji proponowanego działania.

Wnioskodawcy muszą dysponować profesjonalnymi zasobami i posiadać kompetencje i kwalifikacje niezbędne do zrealizowania proponowanego działania.

Wnioskodawcy muszą dysponować dostatecznymi zasobami finansowymi dla utrzymania swojej działalności przez cały okres jej prowadzenia oraz do uczestniczenia w jej współfinansowaniu.

Każdy wnioskodawca musi przedstawić:

- jasny, wyczerpujący i szczegółowy budżet szacunkowy wydatków związanych z odpowiednimi działaniami prowadzonymi przez każdy podmiot biorący udział we wspólnym działaniu,
- kopię rocznego sprawozdania finansowego dotyczącego ostatniego roku obrotowego, w odniesieniu do którego sprawozdanie zamknięto przed złożeniem wniosku (dotyczy organizacji niezarobkowych innych niż organy publiczne).

4. KRYTERIA PRZYZNAWANIA

Jedynie wspólne działania spełniające kryteria wykluczenia, kwalifikowalności i wyboru będą kwalifikowały się do dalszej oceny na podstawie poniższych kryteriów przyznawania.

1. Zgodność z polityką i danym kontekstem (40 punktów; próg: 20 punktów):

a) wkład wspólnego działania w realizację celów i priorytetów określonych w planie prac na 2012 r. (8 punktów);

b) znaczenie strategiczne w odniesieniu do unijnej strategii zdrowia⁽¹⁾ oraz oczekiwanego wkładu w aktualną wiedzę i skutki dla zdrowia (8 punktów);

c) wartość dodana na poziomie UE w zakresie zdrowia publicznego (8 punktów):

— skutki dla grup docelowych, skutki długoterminowe i potencjalne efekty mnożnikowe, takie jak powtarzalne, możliwe do przeniesienia i trwałe działania,

— skutki dla komplementarności, synergii i zgodności ze stosownymi politykami i innymi programami UE;

d) adekwatność zasięgu geograficznego (8 punktów):

wnioskodawcy muszą zapewnić zasięg geograficzny wspólnego działania odpowiedni do jego celów, wyjaśnić partnerską rolę kwalifikujących się krajów oraz adekwatność środków przeznaczonych na wspólne działanie lub grup docelowych, które reprezentują. Wnioski obejmujące tylko jedno kwalifikujące się państwo lub jeden jego region zostaną odrzucone;

e) kontekst społeczny, kulturowy i polityczny (8 punktów):

wnioskodawcy muszą wyjaśnić, w jaki sposób wspólne działanie jest powiązane z sytuacją panującą w danych krajach lub na danych obszarach, zapewniając zgodność przewidywanych działań z kulturą i poglądami grup docelowych.

2. Jakość techniczna (30 punktów; próg: 15 punktów):

a) podstawy merytoryczne (6 punktów):

wnioskodawcy muszą załączyć analizę problemu i jasno opisać czynniki, skutki, skuteczność i zastosowanie proponowanych działań;

⁽¹⁾ COM(2007) 630 wersja ostateczna; http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/health_strategy_en.htm

b) specyfikacja dotycząca treści (6 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno opisać cele i grupy docelowe z uwzględnieniem odpowiednich czynników geograficznych, metod oraz spodziewanych rezultatów;

c) innowacyjny charakter, komplementarność techniczna i unikanie powielania innych już prowadzonych działań na poziomie UE (6 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno określić postęp, jaki dane wspólne działanie ma wnieść w odniesieniu do istniejącego stanu wiedzy, oraz opracować działanie w taki sposób, aby nie powielало się ani nie pokrywało niepotrzebnie, w całości lub w części, z innymi projektami i działaniami już prowadzonymi na poziomie UE i międzynarodowym;

d) strategia oceny (6 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno opisać proponowane metody i wybrane wskaźniki oraz ich adekwatność;

e) strategia rozpowszechniania (6 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno zilustrować adekwatność planowanej strategii i metodyki w celu zapewnienia możliwości przeniesienia rezultatów i ich stałego rozpowszechniania.

3. Jakość zarządzania i budżet (30 punktów; próg: 15 punktów):

a) planowanie i organizacja (5 punktów):

wnioskodawcy muszą opisać działania, które zostaną podjęte, ich harmonogram i główne etapy, wyniki, charakter i podział zadań, a także sporządzić analizę ryzyka;

b) zdolności organizacyjne (5 punktów):

wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać strukturę zarządzania, kompetencje personelu, zakresy obowiązków, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji oraz monitorowanie i nadzór;

c) jakość partnerstwa (5 punktów):

wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać przewidywane partnerstwa pod kątem ich zakresu, ról i obowiązków, relacji pomiędzy partnerami, a także synergii i komplementarności partnerów i struktury sieci;

d) strategia komunikacyjna (5 punktów):

wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać strategię komunikacyjną w odniesieniu do planowania, grup docelowych, adekwatności wykorzystanych kanałów i widoczności współfinansowania UE;

e) budżet ogólny i szczegółowy, w tym zarządzanie finansami (10 punktów; próg: 5 punktów):

budżet projektu musi być sporządzony przez wnioskodawców w sposób adekwatny, stosowny, zrównoważony i spójny wewnętrznie oraz w odniesieniu do partnerów i szczegółowych celów wspólnego działania. Budżet powinien być podzielony pomiędzy partnerów w minimalnym, uzasadnionym stopniu, unikając jego zbyt dużego rozdrobnienia.

Wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać obieg środków finansowych, zakresy obowiązków oraz procedury sprawozdawcze i kontrolne.

Każdy wniosek, który nie osiągnie wszystkich progów punktów, zostanie odrzucony.

Po dokonaniu oceny zostaje sporządzona lista wniosków rekomendowanych do przyznania wsparcia finansowego, ułożona według całkowitej liczby przyznanych punktów.

ZAŁĄCZNIK V

Kryteria wkładów finansowych w konferencje w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013)

Decyzja nr 1350/2007/WE, art. 4 ust. 1 lit. a)

1. ZASADY OGÓLNE

1. Dokumentami referencyjnymi dla realizacji programu w dziedzinie zdrowia są: rozporządzenie finansowe i jego przepisy wykonawcze.

2. Dotacje muszą być zgodne z następującymi zasadami:

— zasadą współfinansowania: wymagane jest zewnętrzne współfinansowanie ze źródła innego niż fundusze unijne, w formie środków własnych beneficjenta albo środków finansowych osób trzecich. Wkłady rzeczowe stron trzecich mogą być uznane za współfinansowanie, jeśli uzna się je za niezbędne lub stosowne (art. 113 rozporządzenia finansowego i art. 172 przepisów wykonawczych),

— zasadą braku korzyści: celem ani skutkiem dotacji nie może być osiągnięcie korzyści (zysku) przez beneficjenta (art. 109 ust. 2 rozporządzenia finansowego i art. 165 przepisów wykonawczych),

— zasadą „prawo nie działa wstecz” (braku skutku retroaktywnego): koszty kwalifikujące się do współfinansowania muszą być poniesione po podpisaniu umowy. W wyjątkowych przypadkach dopuszcza się uznanie wydatku poniesionego po dacie złożenia wniosku o udzielenie dotacji, lecz nie wcześniej (art. 112 rozporządzenia finansowego),

— zasadą braku kumulacji: na określoną konferencję danemu beneficjentowi może być przyznana tylko jedna dotacja (art. 111 rozporządzenia finansowego) ⁽¹⁾.

3. Wnioski dotyczące działań będą oceniane na podstawie trzech kategorii kryteriów:

— kryteriów wykluczenia i kwalifikowalności, w celu oceny kwalifikowalności wnioskodawcy (art. 114 rozporządzenia finansowego),

— kryteriów wyboru, w celu oceny zdolności finansowych i operacyjnych wnioskodawcy do zrealizowania proponowanego działania (art. 115 rozporządzenia finansowego),

— kryteriów przyznawania, w celu oceny jakości wniosku z uwzględnieniem jego kosztów.

Powyższe kategorie kryteriów będą rozpatrywane kolejno w ramach procedury oceny. Wniosek, który nie będzie spełniał wymogów jednej z tych kategorii, nie będzie brany pod uwagę na następnym etapie oceny i zostanie odrzucony.

2. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

1. Wnioskodawcy zostaną wykluczeni z udziału w procedurach przyznawania finansowania w ramach programu w dziedzinie zdrowia, jeżeli znajdują się w jednej z sytuacji wykluczenia wymienionych w art. 93 ust. 1 i art. 94 rozporządzenia finansowego.

Dowody: wnioskodawcy muszą przedstawić należycie podpisane i opatrzone datą oświadczenie, stwierdzające, iż nie znajdują się oni w żadnej z wymienionych powyżej sytuacji.

2. Wnioski otrzymane po terminie, niekompletne lub niespełniające wymogów formalnych określonych w zaproszeniu do składania wniosków nie zostaną uwzględnione przy przyznawaniu finansowania. Nie dotyczy to oczywistych błędów pisarskich w znaczeniu art. 178 ust. 2 przepisów wykonawczych.

3. W skład każdego wniosku muszą wchodzić dokumenty wymagane na podstawie zaproszenia do składania wniosków, w tym:

— dane administracyjne dotyczące głównego partnera,

— opis techniczny konferencji,

— całkowity budżet konferencji i wnioskowany poziom współfinansowania unijnego.

Dowody: treść wniosku.

⁽¹⁾ Oznacza to, że określone działanie objęte wnioskiem jednego z wnioskodawców o dotację może zostać dopuszczone do współfinansowania przez Komisję tylko raz, niezależnie od czasu trwania tego działania.

4. Działania, które zostały rozpoczęte przed datą zarejestrowania wpłynięcia wniosku o przyznanie dotacji, zostaną wyłączone z uczestnictwa w programie w dziedzinie zdrowia. Czas trwania działania nie może przekroczyć 12 miesięcy.

Dowody: we wniosku o przyznanie dotacji należy określić termin rozpoczęcia i czas trwania działania.

3. KRYTERIA WYBORU

Jedynie wnioski spełniające wymogi wykluczenia i kwalifikowalności będą kwalifikowały się do oceny. Wszystkie poniższe kryteria wyboru muszą być spełnione.

1. Zdolność finansowa

Wnioskodawcy muszą posiadać stałe i wystarczające źródła finansowania w celu utrzymania swojej działalności przez cały okres jej prowadzenia oraz w celu uczestniczenia w jej współfinansowaniu.

Dowody: wnioskodawcy muszą przekazać rachunek zysków i strat oraz bilanse dotyczące dwóch ostatnich pełnych lat obrotowych.

Weryfikacja zdolności finansowej nie będzie dotyczyć organów publicznych, międzynarodowych organizacji publicznych utworzonych na podstawie porozumień międzyrządowych ani ich agencji specjalistycznych.

2. Zdolności operacyjne

Wnioskodawcy muszą dysponować profesjonalnymi zasobami oraz posiadać kompetencje i kwalifikacje niezbędne do zrealizowania proponowanego działania.

Dowody: wnioskodawcy muszą dostarczyć najbardziej aktualne roczne sprawozdanie z działalności ich organizacji, zawierające szczegółowe informacje operacyjne, finansowe i techniczne, a także życiorysy wszystkich wykwalifikowanych pracowników organizacji uczestniczących w działaniu, którego dotyczy wniosek.

3. Dokumentacja uzupełniająca, którą należy dostarczyć na żądanie Komisji

Na żądanie wnioskodawcy muszą dostarczyć sprawozdanie z audytu zewnętrznego, przygotowane przez biegłego rewidenta, potwierdzające sprawozdania finansowe za ostatni dostępny rok obrotowy oraz oceniające kondycję finansową wnioskodawcy.

4. KRYTERIA PRYZNAWANIA

1. Treść wniosku (60 punktów; próg: 30 punktów):

a) adekwatność treści i pożądaných rezultatów wydarzenia w odniesieniu do celów i priorytetów opisanych w planie prac na 2012 r.;

b) uczestnictwo (15 punktów):

wnioskodawcy muszą wyraźnie podać liczbę uczestników wydarzenia oraz opisać ich profil/funkcję w podziale na państwa członkowskie, organizacje i rodzaj wiedzy specjalistycznej;

c) wymiar europejski (15 punktów):

konferencje muszą mieć wymiar obejmujący całą Unię Europejską, a jej uczestnikami powinni być przedstawiciele z co najmniej 10 krajów uczestniczących w programie w dziedzinie zdrowia;

d) metodologia działań następczych i oceny (15 punktów):

wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać swoją strategię rozpowszechniania. Wymagane jest przedstawienie odpowiedniej oceny sporządzonej na podstawie planu oceny, w tym powiązanego projektu, metody, obowiązków i harmonogramu, przy użyciu wskaźników.

2. Jakość zarządzania (40 punktów; próg: 20 punktów):

a) planowanie wydarzenia (15 punktów):

wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać metodologię, narzędzia, harmonogram i główne etapy, wyniki, charakter i podział zadań, obieg środków finansowych, a także sporządzić analizę ryzyka;

b) zdolności organizacyjne (10 punktów):

wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać strukturę zarządzania, kompetencje personelu, zakresy obowiązków, proces podejmowania decyzji, monitorowanie i nadzór;

c) budżet ogólny i szczegółowy (15 punktów):

budżet projektu musi być sporządzony przez wnioskodawców w sposób adekwatny, stosowny, wyważony i spójny wewnątrznie oraz w odniesieniu do celów konferencji.

Każdy wniosek, który nie osiągnie wszystkich progów punktów, zostanie odrzucony.

Po dokonaniu oceny zostaje sporządzona lista wniosków rekomendowanych do przyznania wsparcia finansowego, ułożona według całkowitej liczby przyznanych punktów. W zależności od dostępnego budżetu współfinansowaniem zostaną objęte wnioski, które otrzymały najwyższą liczbę punktów.

ZAŁĄCZNIK VI

Kryterium niezależności od interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju sprzecznych interesów mających zastosowanie do dotacji operacyjnych i dotacji na wspólne działania w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013)

Decyzja nr 1350/2007/WE, art. 4 ust. 1 lit. b) oraz art. 4 ust. 3

Sprzeczny interes powstaje wtedy, kiedy jednostka lub organizacja ma wiele interesów, z których jeden może wpływać na motywację do działania w innym.

Kryterium „niezależności od interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju sprzecznych interesów” odnosi się do trzech wymogów, z których wszystkie muszą być spełnione przez organizację wnioskodawcy.

1. NIEZALEŻNOŚĆ PRAWNA

Aby kwalifikować się do finansowania, organizacja pozarządowa musi być niezależna od innych jednostek reprezentujących interesy branżowe, handlowe, gospodarcze lub innego rodzaju sprzeczne interesy.

Dwa podmioty prawne są uważane za niezależne od siebie, jeżeli żaden z nich nie znajduje się pod bezpośrednią lub pośrednią kontrolą drugiego ani też pod taką samą kontrolą bezpośrednią lub pośrednią trzeciego podmiotu prawnego, jak wspomniany drugi podmiot.

Kontrola może przyjmować w szczególności jedną z następujących form:

- a) bezpośrednie lub pośrednie posiadanie udziału przekraczającego 50 % wartości nominalnej kapitału podstawowego danego podmiotu prawnego bądź posiadanie większości praw głosu akcjonariuszy lub wspólników tego podmiotu;
- b) bezpośrednie lub pośrednie posiadanie faktycznych lub wynikających z prawa uprawnień decyzyjnych w danym podmiocie prawnym.

Następujące związki między podmiotami prawnymi nie są uważane same w sobie za ustanawiające stosunek kontroli:

- c) sytuacja, w której posiadaczem, bezpośrednio lub pośrednio, udziału przekraczającego 50 % wartości nominalnej wyemitowanego kapitału podstawowego organizacji wnioskodawcy lub posiadaczem większości praw głosu akcjonariuszy lub wspólników przedmiotowych podmiotów prawnych jest ten sam organ publiczny;
- d) właścicielem danych podmiotów prawnych lub podmiotem sprawującym nadzór nad nimi jest ten sam organ publiczny.

2. NIEZALEŻNOŚĆ FINANSOWA

Aby organizacja wnioskodawcy została uznana za niezależną, musi jednostronnie zobowiązać się od nieotrzymania więcej niż 20 % podstawowego finansowania od organizacji sektora prywatnego⁽¹⁾, reprezentujących sprzeczne interesy, lub z innych źródeł stanowiących sprzeczne interesy, w latach obrotowych, których dotyczy dotacja.

Podstawowe finansowanie oznacza finansowanie wymagane dla podstawowej struktury organizacji, w tym wynagrodzenia pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy, obiektów, wyposażenia, komunikacji oraz bezpośrednich wydatków w codziennej pracy. Podstawowe finansowanie obejmuje także finansowanie wszystkich stałych lub regularnie powtarzanych działań. Wymagania dotyczące finansowania podstawowego stanowią często w budżecie osobną pozycję od innych kosztów, takich jak konkretne działania lub projekty.

3. PRZEJRZYSTOŚĆ DZIAŁALNOŚCI I FINANSOWANIA WNIOSKODAWCY

Wszelka działalność wnioskodawcy powinna być publikowana w jego sprawozdaniu rocznym⁽²⁾.

Wszelkie informacje o finansowaniu należy udostępnić publicznie na stronie internetowej wnioskodawcy, w podziale na rodzaje (finansowanie podstawowe i finansowanie projektu, wkłady rzeczowe) oraz na podmioty finansujące.

Dotychczasowe oświadczenia wnioskodawców dotyczące wymogu ich przejrzystości powinny być dostępne publicznie.

4. OCENA NIEZALEŻNOŚCI

Niezależność prawna i przejrzystość oceniane są na podstawie ostatnich dostępnych informacji dostarczonych przez wnioskodawcę razem z wnioskiem. Niezależność finansowa zostanie oceniona na podstawie informacji finansowych dla

(1) Termin „sektor prywatny” obejmuje nastawione na zysk spółki, przedsiębiorstwa, korporacje, organizacje gospodarcze lub inne podmioty, niezależnie od ich charakteru prawnego (zarejestrowane lub nie), struktury własności (będące w całości lub w części własnością prywatną lub własnością państwa) i wielkości (duże lub małe), o ile nie są one kontrolowane publicznie.

(2) Należy wymienić współpracowników, których pozycja mogłaby prowadzić do konfliktu interesów (art. 52 rozporządzenia finansowego oraz art. 34 przepisów wykonawczych).

roku obrotowego, dla którego zostanie przyznana dotacja w czasie sprawozdania końcowego. Informacje te muszą być podane w formie opublikowanej w zaproszeniu do składania ofert i muszą być poświadczone przez niezależnego biegłego rewidenta. Jeżeli w sprawozdaniach tych zostanie wykazane, że w ciągu jakiegokolwiek roku obrotowego objętego dotacją beneficjenci otrzymywali ponad 20 % podstawowego finansowania od organizacji sektora prywatnego reprezentujących sprzeczne interesy lub z innych źródeł stanowiących sprzeczne interesy, odzyskana zostanie cała kwota dotacji.

ZAŁĄCZNIK VII

Kryteria wyjątkowej użyteczności na potrzeby dotacji na projekty, dotacji operacyjnych i wspólnych działań w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013)

Decyzja nr 1350/2007/WE, art. 4 ust. 1 lit. a), art. 4 ust. 1 lit. b) i art. 4 ust. 3

1. ZASADY OGÓLNE

Status wyjątkowej użyteczności może zostać przyznany wnioskowi charakteryzującym się bardzo wysoką europejską wartością dodaną w następujących obszarach:

wkład w:

- poprawę zdrowia obywateli europejskich, mierzoną w miarę możliwości na podstawie właściwych wskaźników, w tym wskaźnika lat zdrowego życia,
- zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich i regionach UE oraz pomiędzy nimi,
- rozwijanie zdolności do rozwoju i wdrażania skutecznej polityki zdrowia publicznego, zwłaszcza w obszarach wysokiego zapotrzebowania,
- zaangażowanie nowych (nietradycyjnych) podmiotów prowadzących działania na rzecz zdrowia o charakterze trwałym, kooperatywnym i uzasadnionym etycznie, zarówno na poziomie regionalnym lub lokalnym, jak i w różnych krajach uczestniczących. Obejmuje to sektor publiczny, sektor prywatny i zainteresowane strony w szerszym rozumianym społeczeństwie obywatelskim, których podstawowe cele nie ograniczają się do zdrowia publicznego (na przykład spośród młodzieży, grup etnicznych i z innych obszarów interesu publicznego, takich jak środowisko i sport).

Wnioski spełniające powyższe kryteria można uznać za wnioski o wyjątkowej użyteczności. Wnioskodawcy muszą być w stanie wykazać, w jaki sposób proponowane działanie będzie służyło wyżej wymienionym obszarom dzięki spełnieniu kryteriów określonych w poniższych sekcjach.

2. WYJĄTKOWA UŻYTECZNOŚĆ PROJEKTÓW

Można przewidzieć maksymalny wkład UE na jednego beneficjenta (tj. na głównego beneficjenta i współbeneficjenta) w wysokości 80 % kwalifikowalnych kosztów, gdy wniosek charakteryzuje się wyjątkową użytecznością, zgodnie z sekcją „Zasady ogólne” powyżej. Współfinansowanie UE w wysokości przekraczającej 60 % powinno być przyznane nie więcej niż 10 % finansowanych projektów. Wnioski dotyczące projektów wymagających współfinansowania w wysokości przekraczającej 60 % będą musiały spełniać następujące kryteria:

- co najmniej 60 % całkowitego budżetu przeznaczanego na działanie należy przeznaczyć na finansowanie pracowników. Kryterium to ma na celu rozwijanie zdolności do formułowania i wdrażania skutecznej polityki zdrowia publicznego,
- co najmniej 25 % budżetu proponowanego działania musi być przekazane państwom członkowskim, których PKB na mieszkańca (zgodnie z najnowszym sprawozdaniem statystycznym opublikowanym przez Eurostat) znajduje się w dolnym kwartyle wszystkich państw członkowskich UE. Kryterium to ma przyczynić się do zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich UE,
- należy uzyskać co najmniej 5 z 8 punktów w ramach wszystkich kryteriów przyznawania środków finansowych należących do zestawu mającego znaczenie dla polityki, wspomnianego w załączniku II. Kryterium to ma na celu wspieranie poprawy zdrowia obywateli europejskich poprzez lepsze dostosowanie polityki,
- co najmniej 10 % budżetu musi być przydzielone organizacjom, które w ciągu minionych 5 lat nie otrzymały żadnego finansowania w ramach pierwszego i drugiego programu w dziedzinie zdrowia. Kryterium to ma na celu promowanie zaangażowania nowych podmiotów prowadzących działania na rzecz zdrowia.

3. WYJĄTKOWA UŻYTECZNOŚĆ DOTACJI OPERACYJNYCH

Można przewidzieć maksymalny wkład UE w wysokości 80 % kwalifikowalnych kosztów, gdy wniosek o nową dotację operacyjną charakteryzuje się wyjątkową użytecznością, zgodnie z sekcją „Zasady ogólne” powyżej. Wnioski dotyczące nowych dotacji operacyjnych wymagających współfinansowania w wysokości przekraczającej 60 % będą musiały spełniać następujące kryteria:

- co najmniej 25 % liczby członków lub członków-kandydatów organizacji pozarządowych lub organizacji tworzących wyspecjalizowaną sieć pochodzi z państw członkowskich, których PKB na mieszkańca (zgodnie z najnowszym sprawozdaniem statystycznym opublikowanym przez Eurostat) znajduje się w dolnym kwartyle wszystkich państw członkowskich UE,

- zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia na poziomie unijnym, krajowym lub regionalnym przejawia się w misji oraz w rocznym programie prac organizacji wnioskodawców lub wyspecjalizowanej sieci.

W przypadku wznowionych dotacji operacyjnych status wyjątkowej użyteczności pozostanie taki sam, jak w ramach zaproszenia do składania wniosków z 2011 r., pod warunkiem że sytuacja beneficjenta w odniesieniu do obydwu powyższych kryteriów nie ulegnie zmianie.

4. WYJĄTKOWA UŻYTECZNOŚĆ WSPÓLNYCH DZIAŁAŃ

Można przewidzieć maksymalny wkład UE w wysokości 70 % kwalifikowalnych kosztów, gdy wniosek o wspólne działanie charakteryzuje się wyjątkową użytecznością, zgodnie z sekcją „Zasady ogólne” powyżej. Wnioski o wspólne działania wymagające współfinansowania w wysokości przekraczającej 50 % będą musiały spełniać następujące kryteria:

- co najmniej 60 % całkowitego budżetu przeznaczanego na działanie należy przeznaczyć na finansowanie pracowników. Kryterium to ma na celu rozwijanie zdolności do formułowania i wdrażania skutecznej polityki zdrowia publicznego,
- co najmniej 25 % budżetu proponowanego działania musi być przekazane państwom członkowskim, których PKB na mieszkańca (zgodnie z najnowszym sprawozdaniem statystycznym opublikowanym przez Eurostat) znajduje się w dolnym kwartyle wszystkich państw członkowskich UE. Kryterium to ma przyczynić się do zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich UE,
- należy uzyskać co najmniej 5 z 8 punktów w ramach wszystkich kryteriów przyznawania środków finansowych należących do zestawu mającego znaczenie dla polityki wspomnianego w załączniku IV. Kryterium to ma na celu wspieranie poprawy zdrowia obywateli europejskich poprzez lepsze dostosowanie polityki,
- co najmniej 10 % budżetu musi być przydzielone organizacjom, które w ciągu minionych 5 lat nie otrzymały żadnego finansowania w ramach pierwszego i drugiego programu w dziedzinie zdrowia. Kryterium to ma na celu promowanie zaangażowania nowych podmiotów prowadzących działania na rzecz zdrowia,
- we wspólnym działaniu powinny uczestniczyć organy co najmniej 10 krajów uczestniczących lub organy 3 krajów uczestniczących, jeżeli działanie jest proponowane przez organ państwa członkowskiego, które przystąpiło do Unii Europejskiej nie wcześniej niż dnia 1 maja 2004 r. lub przez kraj kandydujący.