

Opinia Komitetu Regionów „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego»: trzeci wieloletni program działań UE na lata 2014–2020”

(2012/C 225/18)

KOMITET REGIONÓW

- Zauważa, że wybrany tytuł programu, „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”, sprowadza kwestię zdrowia wyłącznie do korzyści gospodarczych, podczas gdy w centrum uwagi powinien znajdować się człowiek.
- Przyjmuje z zadowoleniem cele ogólne programu.
- Zastanawia się, czy zaplanowane środki finansowe w łącznej wysokości 446 mln EUR w okresie 2014–2020 będą wystarczające, mimo ich zwiększenia w stosunku do poprzednich programów. Ubolewa, że Komisja nie zdecydowała się na przydzielenie znacznie większych środków, mając na względzie korzyści gospodarcze, jakie można uzyskać dzięki ograniczeniu nakładów na leczenie i zmniejszeniu absencji chorobowej pracowników.
- Przyjmuje zasadniczo z zadowoleniem fakt, że dotacje przyznawane są tylko w przypadkach, gdy działania przynoszą wyraźną wartość dodaną dla UE. Przypomina, że ta innowacyjna wartość dodana powinna oznaczać korzyść dla pacjentów, a nie tylko korzyści komercyjne i perspektywę zmniejszenia nakładów na opiekę zdrowotną.
- Uważa, że współfinansowanie działań powinno być uregulowane zgodnie z zasadami mającymi zastosowanie do funduszy strukturalnych, aby umożliwić zapewnienie odpowiedniego wsparcia regionom słabszym strukturalnie.
- Oczekuje, że samorządy lokalne i regionalne oraz organizacje pozarządowe zostaną zaangażowane w przygotowanie, realizację, ocenę i analizę programu oraz poszczególnych projektów i opracowań.

| | |
|--------------------------|---|
| Sprawozdawca | Tilman TÖGEL (DE/PSE), poseł do parlamentu kraju związkowego Saksonia-Anhalt |
| Dokument źródłowy | „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego»: trzeci wieloletni program działań UE w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020” COM(2011) 709 final |

1. Komitet Regionów popiera starania i inicjatywy zmierzające do zapewnienia publicznej opieki zdrowotnej mieszkańcom Europy, tak by przyczyniała się ona do dobrego stanu ich zdrowia zgodnie z najnowszym stanem wiedzy medycznej. Musi to być celem wszystkich podmiotów działających w dziedzinie polityki i opieki zdrowotnej na szczeblu europejskim, krajowym, regionalnym i lokalnym.

2. Komitet Regionów podkreśla przy tym, że zrównoważona polityka zdrowotna musi zawsze uwzględniać także czynniki sprzyjające zdrowiu i zapobiegające chorobom, takie jak sytuacja społeczna, tryb życia, kultura, wykształcenie, czynniki środowiskowe i warunki socjalne. Aby możliwie wcześniej rozpoznać czynniki zagrożeń i przeciwdziałać ich niekorzystnym skutkom, konieczna jest sieć innowacji we wszystkich dziedzinach istotnych ze społecznego punktu widzenia.

3. Komitet Regionów dostrzega w sformułowaniu priorytetów programu niebezpieczeństwo, że nierówności w dziedzinie zdrowia zostaną sprowadzone do nierównego dostępu do pewnych form terapii. Mogłoby to odsunąć na dalszy plan wysiłki zmierzające do zniwelowania różnic społecznych, które leżą u podstaw nierówności zdrowotnych.

4. Przedstawiony program przywołuje w tytule pojęcie wzrostu, które nie zostało w żaden sposób zdefiniowane. Dlatego też sformułowanie w ten sposób celu programu będzie budzić zastrzeżenia dopóki nie zostanie ono poddane przemyśleniom. Nawet jeżeli priorytetem tego programu jest wspieranie innowacji w zakresie mechanizmów komunikacji między wszelkiego rodzaju podmiotami w dziedzinie zdrowia, to w centrum uwagi musi znaleźć się człowiek i jego zdrowie. Wprawdzie należy podkreślić powiązania między wzrostem gospodarczym i inwestycjami w dziedzinie zdrowia, jednak we wniosku czyniono to w sposób przesadny. Niesie to ze sobą niebezpieczeństwo, że inwestycje w dziedzinie zdrowia będą rozpatrywane tylko z ekonomicznego punktu widzenia, co pozwala sądzić, że na szczeblu UE zaangażowanie na rzecz promowania zdrowia fizycznego i psychicznego jest tylko połowiczne.

5. Komitet Regionów ponownie wyraża w związku z tym swoje zaniepokojenie, że środki na rzecz konsolidacji państwowych systemów finansowych przeważnie wdrażane są kosztem inwestycji w sektorze publicznym, a tym samym odbijają się także na jakości i stabilności systemów opieki zdrowotnej. Dlatego też Komitet uważa, że priorytetem powinno być zapewnienie opieki zdrowotnej. Komitet wychodzi z założenia, że synergie, które powstają dzięki partnerstwom

publiczno-prywatnym, można wykorzystać także w tym programie, po to, aby systemy opieki zdrowotnej były w stanie sprostać wyzwaniom przyszłości.

I. ZALECENIA POLITYCZNE

KOMITET REGIONÓW

Uwagi ogólne

6. Uznaje i popiera starania Komisji Europejskiej, by kontynuować programy w dziedzinie zdrowia i ukierunkować je na cele strategii „Europa 2020”, co wyraża się w przedstawionym programie działań „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”. Ze szczególnym zadowoleniem przyjmuje skoncentrowanie uwagi na innowacyjności i stabilności systemów opieki zdrowotnej, poprawie wykorzystania zasobów, promowaniu zdrowia, zapobieganiu chorobom oraz tworzeniu transgranicznych sieci służących zapobieganiu zagrożeniom dla zdrowia i zwalczaniu ich.

7. Zauważa, że wybrany tytuł programu, „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”, sprowadza kwestię zdrowia wyłącznie do korzyści gospodarczych, podczas gdy w centrum uwagi powinien znajdować się człowiek. Tym samym tytuł nie jest adekwatny do celów programu określonych w art. 4, np. w ust. 2: „Zwiększanie dostępu do lepszej i bezpieczniejszej opieki zdrowotnej dla obywateli” czy w ust. 4: „Ochrona obywateli przed transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia”.

8. Poddaje pod rozagę Komisji, że tytuł programu może mieć wydźwięk dyskryminacyjny dla osób chorych i niepełnosprawnych, ponieważ sugeruje, jakoby tylko ludzie zdrowi mogli przyczynić się do wzrostu gospodarczego i w związku z tym byli potrzebni z punktu widzenia gospodarki. Nie bierze się przy tym pod uwagę faktu, że osoby te na równych prawach uczestniczą w życiu zawodowym i mogą wnieść cenny wkład w gospodarkę, jeżeli otrzymają wsparcie w postaci dodatkowych środków.

9. Stwierdza w tym kontekście, że merytoryczny związek programu ze strategią WHO „Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” jest słabo zaznaczony oraz, że nie są one ukierunkowane na porównywalne cele. Wśród celów strategii zdrowotnej WHO podkreślono przede wszystkim konieczność dążenia do zmniejszenia nierówności społeczno-ekonomicznych dla poprawy zdrowia całej populacji. Wzywa ona również do podjęcia połączonych środków na rzecz osób szczególnie potrzebujących pomocy i obciążonych chorobami, do wyrównywania niedostatków w opiece zdrowotnej i do zwalczania problemu niekorzystnej sytuacji zdrowotnej i społecznej (punkt II Światowej Deklaracji Zdrowia „Zdrowie 21” przyjętej na 51. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia). Aspektów tych zabrakło

w programie, przez co kładzie on jednostronny nacisk na szansę rozwoju gospodarki. KR oczekuje, że Komisja podejmie ścisłą współpracę z biurem regionalnym WHO, by opracować przyszłą europejską politykę zdrowotną „Zdrowie 2020”.

Rozdział I – Przepisy ogólne

10. Przyjmuje z zadowoleniem fakt, że przedstawiony program ma stanowić kontynuację realizowanego do 2013 r. drugiego programu działań oraz pierwszego programu działań (2003–2007).

11. Krytykuje w związku z tym brak ewaluacji tych programów i nadmienia, że samo tylko „Podsumowanie oceny ex-post programu w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2003–2007 oraz śródkresowej oceny programu w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013”, zawarte w art. 6.5.3 oceny skutków finansowych, nie wystarczy, by ocenić zalecenia Trybunału Obrachunkowego oraz ich realizację w ramach przedstawionego programu.

12. Przyjmuje z zadowoleniem cele ogólne programu, które w art. 2 określono jako:

- wspieranie współpracy z państwami członkowskimi mającej na celu utworzenie skutecznego systemu wymiany innowacji w dziedzinie opieki zdrowotnej;
- zwiększenie stabilności krajowych systemów opieki zdrowotnej w kontekście trudnej sytuacji demograficznej i finansowej;
- ochronę przed transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia;
- a tym samym stałą poprawę stanu zdrowia obywateli.

13. Zauważa, że zabrakło koniecznego do osiągnięcia tych celów włączenia władz lokalnych i regionalnych, które są zazwyczaj odpowiedzialne za tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu oraz za zapewnianie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb i za organizację służby zdrowia, a także wcześniejszej konsultacji z zainteresowanymi stronami.

14. W związku z tym oczekuje, że samorządy lokalne i regionalne oraz organizacje pozarządowe zostaną zaangażowane w przygotowanie, realizację, ocenę i analizę programu oraz poszczególnych projektów i opracowań.

15. Zauważa krytycznie, że we wniosku dotyczącym rozporządzenia wprowadza się nowe pojęcia i instrumenty, których treść i zakres nie są do końca zrozumiałe. Niedostatecznie jasne jest np., jakie to mają być instrumenty i mechanizmy, o których opracowaniu mowa w pierwszym wymienionym celu („Opracowanie wspólnych narzędzi i mechanizmów na szczeblu UE w celu rozwiązywania problemu niedoborów

zasobów, zarówno ludzkich, jak i finansowych, a także ułatwianie wdrażania innowacji w dziedzinie opieki zdrowotnej [...]). Nowe instrumenty i mechanizmy nie mogą prowadzić do powielania struktur i kosztów ani powodować dodatkowych nakładów administracyjnych.

Rozdział II – Cele i działania

16. Popiera zawarty w programie zamiar, by ukierunkować decydentów politycznych i pracowników sektora zdrowia publicznego i instytucji ochrony zdrowia na wdrażanie innowacyjnych, wysokiej jakości produktów i usług w ramach opracowanych w sektorze zdrowia instrumentów, mechanizmów i wytycznych. W ten sposób powinno się w perspektywie długookresowej osiągnąć oszczędności, a jednocześnie zwiększyć efektywność i stabilność systemów opieki zdrowotnej. Proponuje, by w perspektywie średniookresowej rozważyć wprowadzenie systemu zachęt, który uzupełniałby pozostałe środki, pełnił funkcję nagradzającą i wspierał osiągnięte efekty.

17. Przyjmuje z zadowoleniem cel zwiększenia dostępu do specjalistycznej wiedzy medycznej i informacji dotyczących szczególnych chorób, także ponad granicami państw, oraz wypracowanie wspólnych rozwiązań i wytycznych na rzecz poprawy jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów. Podmioty i decydenci działający w dziedzinie polityki zdrowotnej oraz pracownicy służby zdrowia powinni być zachęceni do korzystania z wiedzy specjalistycznej zgromadzonej za pośrednictwem europejskich sieci referencyjnych oraz do wdrażania opracowanych wytycznych. Należy również rozważyć programy wymiany różnych kategorii pracowników sektora zdrowia, takich jak lekarze, pielęgniarki, pomocniczy personel medyczny i specjaliści w dziedzinie zdrowia publicznego.

18. Zgadza się, że w tym celu konieczne jest wspieranie współpracy w dziedzinie oceny technologii medycznych oraz badanie potencjału e-zdrowia. Domaga się, by będąca jednym z celów współpraca w zakresie elektronicznych rejestrów pacjentów odpowiadała zasadom i wymogom ochrony danych, tajemnicy lekarskiej oraz autonomii pacjenta.

19. Uważa, że właściwym podejściem jest skupienie uwagi na określaniu, upowszechnianiu i promowaniu wdrażania najlepszych praktyk i projektów w dziedzinie propagowania zdrowia i profilaktyki chorób, których przyczynami są m.in. palenie tytoniu, złe odżywianie, brak ruchu, nadużywanie alkoholu czy kontakty seksualne bez zabezpieczenia. Oczekuje ponadto, że uwzględniona zostanie także kwestia rosnącej oporności na antybiotyki oraz jej związek ze stosowaniem antybiotyków w hodowli zwierząt, zwłaszcza hodowli masowej, a także konieczność zapobiegania chorobom poprzez szczepienia. W programie powinno znaleźć się również miejsce na nieporuszone dotąd zagadnienia nierówności zdrowotnych, zdrowia psychicznego, społecznych czynników zdrowia i dobrostanu w kontekście wpływu trwającego kryzysu finansowego i gospodarczego.

20. Popiera określone w art. 4 ust. 1 działania kwalifikowane, a zwłaszcza rozwijanie współpracy w dziedzinie oceny technologii medycznych, zwiększanie interoperacyjności aplikacji e-zdrowia, służące wzmocnieniu praw pacjentów.

21. Postuluje, by jako uzupełnienie dla współpracy w dziedzinie oceny technologii medycznych przeprowadzać także ocenę wpływu na zdrowie, zwłaszcza w odniesieniu do obecnych lub nowo wdrażanych strategii, planów i programów w sektorze zdrowia.

22. Zwraca się z prośbą o zbadanie, czy w opracowanie skoordynowanych środków na szczeblu UE, mających na celu umożliwienie korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej, można włączyć, oprócz państw członkowskich, organizacji zrzeszających pacjentów oraz zainteresowanych stron, także grupy samopomocy pacjentów.

23. Popiera „udostępnianie wiedzy”, które program zasadniczo promuje, i zauważa, że istotnym celem powinno być zadbanie o to, by decydenci i instytucje przygotowujące decyzje dysponowali umiejętnościami metodologicznymi, dzięki którym będą mogli opracowywać na szczeblu krajowym i regionalnym rozwiązania odpowiadające konkretnym potrzebom i specyfice danej dziedziny oraz możliwe do wdrożenia w ramach struktur i systemów tradycyjnie przyjętych i stosowanych w danym kraju.

24. Z zadowoleniem przyjmuje ukierunkowanie na działania mające przeciwdziałać niedoborowi pracowników w służbie zdrowia i w usługach opieki oraz zakłada, że środki na rzecz wspierania stabilności zatrudnienia w służbie zdrowia i w sektorze opieki nie będą nieskuteczne z powodu drenażu pracowników do innych państw członkowskich.

25. Zwraca w tym kontekście uwagę na to, że w przyszłości kształcenie pracowników służby zdrowia i sektora opieki będzie musiało zostać podporządkowane wymogom XXI wieku, o czym mowa jest w raporcie komisji Lancet „Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world”. Ponadto konieczna jest kontynuacja dialogu we właściwych organach UE, dotyczącego nowego ukierunkowania kształcenia pracowników służby zdrowia.

26. Przyjmuje z zadowoleniem wszystkie działania wymienione w art. 4 ust. 2 i 3 mające na celu zwiększenie dostępu do lepszej i bezpieczniejszej opieki zdrowotnej dla obywateli, ale także poprawę profilaktyki chorób. Oczekuje, że oprócz tworzenia sieci ośrodków referencyjnych, w szczególności w celu prowadzenia analiz i badań, diagnostyki i leczenia chorób o niskiej prevalencji i zachorowalności w Europie, wymiany najlepszych praktyk i systemu wiedzy na temat zdrowia, zostaną opracowane także wytyczne dotyczące rozważnego stosowania antybiotyków oraz działania promujące wśród obywateli ostrożne korzystanie z leków, zwłaszcza dostępnych bez recepty.

27. Uznaje cel ochrony obywateli przed transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia poprzez wypracowanie wspólnych koncepcji w zakresie lepszej gotowości i koordynacji w sytuacjach kryzysowych związanych ze zdrowiem. Przy tym należy pamiętać, że opracowując koncepcje, trzeba przestrzegać

krajowych i regionalnych kompetencji oraz że mechanizmy transgranicznej współpracy należy ustalać z poszanowaniem tych kompetencji.

28. Podkreśla w tym kontekście, że oczekuje, iż zostaną uwzględnione lokalne i regionalne kompetencje w dziedzinie ochrony zdrowia i ochrony ludności w państwach członkowskich, co bezwzględnie wymaga włączenia tych szczebli w opracowanie, realizację, ocenę i analizę tych działań.

29. Zwraca ponadto uwagę na znaczenie promocji zdrowia w miejscu pracy. Państwa członkowskie powinny zatem na stałe włączyć promocję zdrowia w świecie gospodarki i pracy do swej polityki zdrowotnej.

Rozdział III – Przepisy finansowe

Rozdział IV – Realizacja

30. Zastanawia się, czy zaplanowane środki finansowe w łącznej wysokości 446 mln EUR w okresie 2014–2020 będą wystarczające, mimo ich zwiększenia w stosunku do poprzednich programów. Ubolewa, że Komisja nie zdecydowała się na przydzielenie znacznie większych środków, mając na względzie korzyści gospodarcze, jakie można uzyskać dzięki ograniczeniu nakładów na leczenie i zmniejszeniu absencji chorobowej pracowników.

31. Oczekuje, że dostępne, zasadniczo zbyt niskie, środki będą rozdzielane w sposób przejrzysty i wyważony oraz że Komitet zostanie odpowiednio wcześniej włączony w ustalanie kryteriów tego przydziału, a w szczególności rocznych programów prac, o których mowa w art. 11 ust. 1.

32. Domaga się, by udział środków przeznaczonych w budżecie na zamówienia publiczne na usługi został jasno ograniczony oraz by wyniki zamówień publicznych na usługi były udostępniane państwu członkowskim, regionom i innym zainteresowanym stronom.

33. Przyjmuje z zadowoleniem otwarcie programu dla krajów trzecich, ponieważ transgraniczna opieka zdrowotna, przeciwdziałanie niedoborowi pracowników oraz ochrona ludności to kwestie, które szczególnie wymagają podejścia „wykraczającego poza granice”.

34. Zwraca uwagę na powiązanie i wykorzystywanie korzystnych efektów i możliwości europejskiego ugrupowania współpracy terytorialnej (EUWT), zwłaszcza w przygranicznych regionach państw członkowskich.

35. Przyjmuje zasadniczo z zadowoleniem fakt, że zgodnie z art. 7 ust. 2 dotacje przyznawane są tylko w przypadkach, gdy działania przynoszą wyraźną wartość dodaną dla UE. Przypomina, że ta innowacyjna wartość dodana powinna oznaczać korzyść dla pacjentów, a nie tylko korzyści komercyjne i perspektywę zmniejszenia nakładów na opiekę zdrowotną.

36. Ubolewa jednak, że taka wartość dodana wynika jedynie z punktu 6.5.2 oceny skutków finansowych, gdzie mowa o koordynacji, kierowaniu i wsparciu na poziomie europejskim, gdy jest to konieczne do osiągnięcia założeń programu. Jest to jednak już warunek niezbędny do tego, by zgodnie z zasadą pomocniczości, na której opiera się art. 168, uzasadnione było działanie na poziomie UE, tzn. na poziomie ponadnarodowym.

37. Zauważa, że w przypadku niektórych obszarów, które mają zapewniać wartość dodaną dla UE, wymienionych w punkcie 6.5.2 oceny skutków finansowych („działania, które mogą doprowadzić do utworzenia systemu w zakresie analizy porównawczej; poprawa korzyści skali poprzez zapobieganie marnotrawstwu wskutek powielania prac oraz optymalne

wykorzystywanie zasobów finansowych”) konieczna jest weryfikowalna podstawa, pozwalająca stwierdzić, czy taka wartość dodana występuje.

38. Uważa, że współfinansowanie działań, o których mowa w art. 7 ust. 3 powinno być uregulowane zgodnie z zasadami mającymi zastosowanie do funduszy strukturalnych, aby umożliwić zapewnienie odpowiedniego wsparcia regionom słabszym strukturalnie.

39. Przyjmuje z zadowoleniem zapowiedziane uproszczenie procedury składania wniosków i zarządzania programami. Podkreśla przy tym, że już obecnie obciążenia biurokratyczne związane z bieżącym programem (2007–2013) doprowadziły do tego, że jest on niedostatecznie wykorzystywany.

II. ZALECANE POPRAWKI

Poprawka 1

Motyw 14

| Tekst zaproponowany przez Komisję | Poprawka KR-u |
|--|--|
| 14) Program powinien koncentrować się przede wszystkim na współpracy z krajowymi organami właściwymi do spraw zdrowia oraz na stwarzaniu zachęt do szerszego uczestnictwa wszystkich państw członkowskich. W szczególności należy zachęcać do aktywnego uczestnictwa państwa członkowskie, w których dochód narodowy brutto (DNB) jest niższy niż 90 % średniej unijnej. | 14) Program powinien koncentrować się przede wszystkim na współpracy z <u>krajowymi</u> organami właściwymi do spraw zdrowia <u>w państwach członkowskich</u> oraz na stwarzaniu zachęt do szerszego uczestnictwa wszystkich <u>właściwych organów w państwach państw</u> członkowskich. W szczególności należy zachęcać do aktywnego uczestnictwa państwa członkowskie <u>lub regiony</u> , w których <u>dochód narodowy brutto (DNB) produkt krajowy brutto (PKB)</u> jest niższy niż 90 % średniej unijnej. |

Uzasadnienie

Kompetencje w zakresie opieki zdrowotnej leżą w wielu państwach członkowskich w gestii władz szczebla regionalnego lub lokalnego. Niewłaściwe wydaje się uwzględnienie wyłącznie państw objętych funduszem spójności. Program należy ukierunkować na włączenie regionów słabych strukturalnie. Kwestię szczególnego uwzględnienia takich regionów poruszono także bardziej szczegółowo w poprawce do art. 7 ust. 3 lit. c).

Poprawka 2

Motyw 16

| Tekst zaproponowany przez Komisję | Poprawka KR-u |
|--|--|
| 16) Program powinien wspierać synergię przy jednoczesnym zapobieganiu powielania prac prowadzonych już w ramach powiązanych unijnych programów i działań. Należy właściwie wykorzystywać, w zakresie ich odnośnych działań, unijne fundusze i programy, w szczególności istniejące i przyszłe unijne ramowe programy badań i innowacji oraz ich wyniki, fundusze strukturalne, program na rzecz zmiany społecznej i innowacji, Europejski Fundusz Solidarności, europejską strategię ochrony zdrowia w miejscu pracy, program na rzecz konkurencyjności i innowacji, ramowy program na rzecz środowiska i działań w dziedzinie klimatu (LIFE), unijny program działań w dziedzinie polityki konsumenckiej (2014–2020), program Sprawiedliwość (2014–2020), wspólny program „Nowoczesne technologie w służbie osobom starszym”, (program „Europa edukacji”) oraz unijny program statystyczny. | 16) Program powinien wspierać synergię przy jednoczesnym zapobieganiu powielania prac prowadzonych już w ramach powiązanych unijnych programów i działań. Należy właściwie wykorzystywać, w zakresie ich odnośnych działań, unijne fundusze, <u>instrumenty</u> i programy, w szczególności istniejące i przyszłe unijne ramowe programy badań i innowacji oraz ich wyniki, fundusze strukturalne <u>i europejskie ugrupowanie współpracy terytorialnej (EUWT)</u> , program na rzecz zmiany społecznej i innowacji, Europejski Fundusz Solidarności, europejską strategię ochrony zdrowia w miejscu pracy, program na rzecz konkurencyjności i innowacji, ramowy program na rzecz środowiska i działań w dziedzinie klimatu (LIFE), unijny program działań w dziedzinie polityki konsumenckiej (2014–2020), program Sprawiedliwość (2014–2020), wspólny program „Nowoczesne technologie w służbie osobom starszym”, (program „Europa edukacji”) oraz unijny program statystyczny. |

Uzasadnienie

Zob. punkt 34 opinii.

Poprawka 3

Tytuł

| Tekst zaproponowany przez Komisję | Poprawka KR-u |
|--|--|
| Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego | <u>Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego</u> <u>Poprawa zdrowia na rzecz zrównoważonego wzrostu</u> |

Poprawka 4

Art. 7 ust. 3 lit. c)

| Tekst zaproponowany przez Komisję | Poprawka KR-u |
|--|--|
| 60 % kosztów kwalifikowalnych w przypadku działań określonych w ust. 2 lit. a), z wyjątkiem państw członkowskich o dochodzie narodowym brutto na jednego mieszkańca wynoszącym mniej niż 90 % średniej wartości w Unii, które korzystają z wkładu finansowego do maksymalnej wysokości 80 % kosztów kwalifikowalnych. W przypadkach wyjątkowej użyteczności wkład finansowy na rzecz działań określonych w ust. 2 lit. a) może wynosić maksymalnie do 80 % kosztów kwalifikowalnych w odniesieniu do właściwych organów wszystkich państw członkowskich lub państw trzecich uczestniczących w programie. | 60 % kosztów kwalifikowalnych w przypadku działań określonych w ust. 2 lit. a), z wyjątkiem państw członkowskich <u>lub regionów</u> o dochodzie narodowym brutto <u>produkcje krajowym brutto (PKB)</u> na jednego mieszkańca wynoszącym mniej niż 90 % średniej wartości w Unii, które korzystają z wkładu finansowego do maksymalnej wysokości 80 % kosztów kwalifikowalnych. W przypadkach wyjątkowej użyteczności wkład finansowy na rzecz działań określonych w ust. 2 lit. a) może wynosić maksymalnie do 80 % kosztów kwalifikowalnych w odniesieniu do właściwych organów wszystkich państw członkowskich lub państw trzecich uczestniczących w programie. |

Bruksela, 4 maja 2012 r.

Przewodnicząca
Komitetu Regionów
Mercedes BRESSO