Dokument ten służy wyłącznie do celów dokumentacyjnych i instytucje nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za jego zawartość

►**B**

DECYZJA KOMISJI

z dnia 12 lutego 2007 r.

przyjmująca plan prac na 2007 r. w celu wdrożenia programu działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008), włącznie z rocznym programem prac dotyczącym dotacji

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

(2007/102/WE)

(Dz.U. L 46 z 16.2.2007, str. 27)

zmieniona przez:

		Dziennik Urzędowy		
		nr	strona	data
►**M1**	Decyzja Komisji 2007/741/WE, z dnia 8 listopada 2007 r.	L 300	73	17.11.2007

▼B

DECYZJA KOMISJI

z dnia 12 lutego 2007 r.

przyjmująca plan prac na 2007 r. w celu wdrożenia programu działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008), włącznie z rocznym programem prac dotyczącym dotacji

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

(2007/102/WE)

KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH,

uwzględniając Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, w szczególności jego art. 152 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 ([1]), w szczególności jego art. 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 stosowanego do budżetu ogólnego Wspólnot Europejskich ([2]), w szczególności jego art. 166, zmieniony rozporządzeniem Komisji (WE, Euratom) nr 1261/2005 ([3]),

uwzględniając decyzję nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. przyjmującą program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008) ([4]), w szczególności jego art. 8 ust. 1,

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 ([5]), w szczególności jego art. 6,

a także mając na uwadze, co następuje:

(1) Artykuł 110 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 1605/2002 przewiduje, że przyznanie dotacji następuje w ramach rocznych programów publikowanych na początku roku.

(2) Zgodnie z art. 166 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 2342/2002 roczny program prac dotyczący dotacji określa akt podstawowy, cele, harmonogram zaproszeń do składania ofert wraz z szacowaną kwotą oraz oczekiwane wyniki.

(3) Artykuł 8 decyzji nr 1786/2002/WE przewiduje przyjęcie przez Komisję rocznego planu pracy dotyczącego wykonania programu oraz określającego priorytety i działania, których podjęcie jest konieczne, w tym przydział zasobów. Należy zatem przyjąć plan prac na 2007 r.

([1]) Dz.U. L 248 z 16.9.2002, str. 1. Rozporządzenie ostatnio zmienione rozporządzeniem (WE, Euratom) nr 1995/2006 (Dz.U. L 390 z 30.12.2006, str. 1).
([2]) Dz.U. L 357 z 31.12.2002, str. 1. Rozporządzenie ostatnio zmienione rozporządzeniem (WE, Euratom) nr 1248/2006 (Dz.U. L 227 z 19.8.2006, str. 3).
([3]) Dz.U. L 201 z 2.8.2005, str. 3.
([4]) Dz.U. L 271 z 9.10.2002, str. 1. Decyzja zmieniona decyzją nr 786/2004/WE (Dz.U. L 138 z 30.4.2004, str. 7).
([5]) Dz.U. L 369 z 16.12.2004, str. 73.

▼B

(4) Decyzję przyjmującą roczny program prac, o którym mowa w art. 110 rozporządzenia finansowego, można uważać za decyzję w sprawie finansowania, przewidzianą w art. 75 rozporządzenia finansowego oraz w art. 90 szczegółowych zasad wykonania rozporządzenia finansowego, pod warunkiem że stanowi ona wystarczająco szczegółowe ramy.

(5) Środki przewidziane w niniejszej decyzji są zgodne z opinią Komitetu ds. Programu Działań Wspólnoty w dziedzinie Zdrowia Publicznego (2003–2008).

(6) Zgodnie z art. 6 decyzji 2004/858/WE Agencja Wykonawcza Programu Zdrowia Publicznego realizuje określone działania w celu wykonania programu zdrowia publicznego i powinna otrzymywać na ten cel odpowiednie środki,

STANOWI, CO NASTĘPUJE:

Artykuł 1

Niniejszym przyjmuje się plan prac na 2007 r. w celu wdrożenia programu działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008), określony w załączniku I.

Ogólne wdrożenie niniejszego programu zapewnia Dyrektor Generalny ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów.

Artykuł 2

Środki budżetowe konieczne dla zarządzania programem działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008) zostaną przekazane Agencji Wykonawczej Programu Zdrowia Publicznego.

▼B

ZAŁĄCZNIK I

DZIAŁANIE WSPÓLNOTY W DZIEDZINIE ZDROWIA PUBLICZNEGO
PLAN PRAC NA 2007 r.

Uwaga: Akty prawne wymienione w niniejszym sprawozdaniu odnoszą się, tam gdzie stosowne, do ostatniej zmienionej wersji.

1. KONTEKST OGÓLNY

1.1. Kontekst polityczny i prawny

Decyzją nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (dalej zwaną „decyzją programową") ustanowiono program działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008). Program wdrażany jest poprzez roczny plan prac określający priorytety i działania, które należy podjąć, w tym również przydział środków.

W ciągu pierwszych czterech lat wykonywania programu stworzono fundamenty kompleksowego i spójnego podejścia, koncentrującego się na trzech priorytetach (aspektach): informacje dotyczące zdrowia, zagrożenia dla zdrowia i uwarunkowania zdrowia. Powyższe aspekty przyczyniają się łącznie do tego, że poziom ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego, a także dobrego samopoczucia jest wysoki w całej UE. W ujęciu szczegółowym wybrano już do finansowania 267 projektów ([1]) zgłoszonych w ramach dotychczasowych zaproszeń do składania wniosków.

W maju 2006 r. Komisja przyjęła zmieniony wniosek ([2]) dotyczący nowego programu w dziedzinie zdrowia, który według planów ma zostać zatwierdzony w 2007 r. W związku z tym rok 2007 powinien być ostatnim rokiem realizacji „decyzji programowej".

W wyniku przeprowadzonej analizy wdrożenia planów prac na lata 2003–2006 usprawniono działania w 2007 r. tak, by zagwarantować objęcie nimi obszarów nieuwzględnionych uprzednio, a przez to postarać się w jak największym stopniu zrealizować bieżący program.

W 2007 r. Agencja Wykonawcza Programu Zdrowia Publicznego będzie miała pełną zdolność do działania i będzie odgrywać główną rolę w realizacji planu działania.

1.2. Środki

▼M1

Budżet korygujący nr 1/2007 wynosi 38 800 000 EUR na środki operacyjne w ramach pozycji budżetowej 17 03 01 01 i 1 200 000 EUR na środki administracyjne w ramach pozycji budżetowej 17 01 04 02.

Pozycją w budżecie, w ramach której przyznawane będą środki administracyjne związane z Agencją Wykonawczą Programu Zdrowia Publicznego, jest pozycja 17 01 04 30.

Budżet zatwierdzony na 2007 r. (Zobowiązania) wynosi 40 000 000 EUR.

Budżet na środki operacyjne wynosi 38 800 000 EUR. Budżet na środki administracyjne wynosi 1 200 000 EUR.

Do tego budżetu należy dodać:

— wkład państw EOG/EFTA w wysokości 884 640 EUR,

— wkład jednego kraju ubiegającego się o członkostwo (Turcji) szacowany na 957 697 EUR,

— wkład następujących byłych krajów kandydujących: Bułgarii, Estonii, Litwy, Republiki Czeskiej, Rumunii, Słowenii i Węgier, w wysokości 5 906 986,28 EUR.

([1]) Patrz: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/project_en.htm
([2]) COM(2006) 234 wersja ostateczna z 24.5.2006 r.

▼M1

Całkowity budżet na 2007 r. wynosi zatem 47 749 323,28 EUR. Obejmuje on zarówno środki przeznaczone na budżet operacyjny, jak i zasoby na pomoc techniczną i administracyjną:

— kwotę całkowitą budżetu operacyjnego szacuje się na 46 416 963,28 EUR,

— kwotę całkowitą budżetu administracyjnego szacuje się na 1 332 360 EUR.

Proponuje się, aby 5 324 000 EUR z budżetu operacyjnego przeznaczyć na zaproszenia do składania ofert, a 2 550 000 EUR na dotacje bezpośrednie dla organizacji międzynarodowych.

Orientacyjną łączną kwotę w ramach zaproszenia do składania wniosków szacuje się na 37 888 963 EUR.

Przydział dotacji w ramach zaproszenia do składania wniosków będzie odbywał się z dążeniem do zachowania równowagi pomiędzy różnymi aspektami programu z uwzględnieniem jakości i ilości otrzymanych wniosków, chyba że dojdzie do sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego (np. pandemia grypy), która uzasadniałaby zmianę przydziału środków. W wypadku gdyby środki z budżetu operacyjnego pozostały dostępne na koniec 2007 r., będą one przeznaczone na finansowanie dotacji wybranych na podstawie zaproszenia do składania wniosków 2007.

▼B

2. INSTRUMENTY FINANSOWE

2.1. Zaproszenie do składania wniosków

W planie prac na 2007 r. określono nowe obszary działań i kluczowe priorytety. Ich podstawą są działania i środki wspierające, o których mowa w „decyzji programowej”, a także obszary, które nie były objęte wnioskami złożonymi w ramach dotychczasowych zaproszeń do składania wniosków.

W związku z tym priorytety w ramach zaproszenia do składania wniosków na 2007 r. przewidują przeformułowanie akcentów w ramach określonych kluczowych działań, które zostały już rozpoczęte, a także obejmą nowe działania, szczegółowo opisane poniżej.

Dotacje powinny być finansowane w ramach pozycji budżetowej 17 03 01 01.

▼M1

Orientacyjną łączną kwotę w ramach zaproszenia do składania wniosków szacuje się na 37 888 963 EUR.

▼B

W lutym 2007 r. (data orientacyjna) w Dzienniku Urzędowym opublikowane zostanie jedno zaproszenie do składania wniosków „Zdrowie publiczne – 2007”; postępowanie będzie prowadzone pod kierownictwem Agencji Wykonawczej Programu Zdrowia Publicznego ([1]).

Projekty przedstawiane do współfinansowania powinny mieć charakter innowacyjny, a okres ich trwania nie powinien przekraczać trzech lat.

Uwzględniając komplementarny i motywacyjny charakter dotacji wspólnotowych, co najmniej 40 % kosztów projektu należy sfinansować z innych źródeł. W związku z tym zwykły wkład finansowy może wynosić do 60 % kwalifikowalnych kosztów danego projektu na beneficjenta. Maksymalna kwota procentowa, jaka ma zostać przyznana, będzie określana w każdym poszczególnym przypadku.

W przypadku gdy projekt ma znaczną wartość dodaną dla UE, możliwe jest maksymalne współfinansowanie na jednego beneficjenta (tzn. na głównego beneficjenta i współbeneficjenta) w wysokości 80 % kwalifikowalnych kosztów. Współfinansowanie w wysokości przekraczającej 60 % kwalifikowalnych kosztów może otrzymać nie więcej niż 10 % finansowanych projektów (pod względem liczby).

([1]) Decyzja Komisji 2004/858/WE (Dz.U. L 369 z 16.12.2004, str. 73).

▼M1

Należy pamiętać, że orientacyjna kwota udziału finansowego Wspólnoty w przyjętych projektach w momencie rozpoczęcia negocjacji może zmienić się w ich wyniku w granicach od – 20 % do + 10 %.

▼B

Ogólne zasady i kryteria selekcji i finansowania działań w ramach programu „Zdrowie publiczne" są przedstawione w oddzielnym dokumencie.

Szczegóły dotyczące kwalifikowalności wydatków na podróż i utrzymanie są przedstawione w załączniku do niniejszego planu prac.

Priorytety na rok 2007

Dla zachowania jasności działania przedstawione są w grupach odpowiadających aspektom, o których mowa w sekcji 1.1: informacje dotyczące zdrowia, zagrożenia dla zdrowia i uwarunkowania zdrowia. Każde działanie odnosi się do odpowiedniego artykułu lub punktu w załączniku do „decyzji programowej".

O ile ma to zastosowanie, wszelkie wnioski powinny zawierać informację o tym, w jaki sposób uwzględniana będzie perspektywa płci, a także należy w nich wykazać zdolność do osiągnięcia synergii z odpowiednimi działaniami badawczymi finansowanymi w ramach działań wsparcia naukowego dla polityk, będących częścią szóstego programu ramowego Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie badań ([1]) oraz programu, który będzie jego kontynuacją ([2]).

2.1.1. *Informacje dotyczące zdrowia – art. 2 ust. 2 lit. a) i art. 3 ust. 2 lit. a)*

Celem działań w ramach tej sekcji jest:

— stworzenie i eksploatacja trwałego systemu monitorowania zdrowia,

— poprawa systemu przekazywania i wymiany informacji i danych dotyczących zdrowia, w tym zapewnianie społeczeństwu dostępu do nich,

— opracowanie i wykorzystanie mechanizmów analizowania i sprawozdawczości na potrzeby informowania i prowadzenia konsultacji z państwami członkowskimi i zainteresowanymi stronami o zagadnieniach zdrowotnych na poziomie wspólnotowym,

— poprawa analizy i wiedzy dotyczącej wpływu zmian polityki zdrowotnej i innych polityk i działań Wspólnoty na zdrowie,

— wspieranie wymiany informacji dotyczących oceny technologii zdrowotnych, w tym nowych technologii informacyjnych, oraz doświadczeń w zakresie dobrych praktyk.

Wnioski dotyczące projektów powinny dotyczyć głównie następujących zagadnień:

2.1.1.1. Rozwój i koordynacja systemu informacji i wiedzy na temat zdrowia (załącznik – pkt 1.1)

— Opracowanie i wdrożenie wskaźników oraz gromadzenie danych na temat społeczno-ekonomicznych uwarunkowań zdrowia, nierówności w dziedzinie zdrowia, kwestii zdrowotnych specyficznych dla płci oraz zdrowia określonych grup ludności (z uwzględnieniem wykonalności i kosztów). Podział wskaźnika lat życia w zdrowiu na kategorie społeczno-ekonomiczne z zastosowaniem standardowej metodyki UE ([3]). Dla uniknięcia dublowania wysiłków, działanie to powinno być przeprowadzone w ścisłej koordynacji z działaniami Eurostatu, szczególnie jego grupy zadaniowej ds. średniego trwania życia w zależności od grupy społeczno-ekonomicznej,

([1]) Decyzja Rady 2002/834/WE (Dz.U. L 294 z 29.10.2002, str. 1). FP6 projekty związane ze zdrowiem publicznym w ramach naukowego wsparcia polityk – strona internetowa CORDIS: http://www.cordis.lu/lifescihealth/ssp.htm

([2]) Należy pamiętać, że zaproszenia do składania wniosków, które będą opublikowane na początku 2007 r. w ramach planowanego wkrótce siódmego programu ramowego Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie badań, będą obejmować zagadnienia o szczególnym znaczeniu dla zdrowia publicznego w sekcji „Optymalizacja świadczenia opieki zdrowotnej obywatelom Europy".

([3]) Szczegóły dostępne na http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/lifeyears_calcul_en.htm

▼B

— opracowanie wskaźników i gromadzenie danych dotyczących polityki państw członkowskich w zakresie zdrowia publicznego, profilaktyki i promocji zdrowia, a także opracowanie wskaźników na potrzeby polityki i prawodawstwa UE o znaczeniu dla zdrowia (z uwzględnieniem wykonalności i kosztów),

— promocja systemów i sprawozdawczości w zakresie wskaźników dotyczących zdrowia w państwach członkowskich z wykorzystaniem listy wskaźników zdrowia Wspólnoty Europejskiej oraz wskaźnika lat życia w zdrowiu, ze szczególnym uwzględnieniem wprowadzania ich do użycia w państwach członkowskich, które przystąpiły do UE po 1 maja 2004 r., oraz w krajach kandydujących.

2.1.1.2. Eksploatacja systemu informacji i wiedzy na temat zdrowia (załącznik – pkt 1.1)

— Badania pilotażowe nad sondażami dotyczącymi badań zdrowotnych w ramach analizy wykonalności ([1]). Stworzenie lub udoskonalenie (z uwzględnieniem wykonalności i kosztów) rejestrów zachorowalności obejmujących wszystkie państwa członkowskie, dotyczących głównych i chronicznych chorób, dla których istnieje solidna basa wskaźników ([2]), a także chorób nieobjętych dotychczasowymi projektami ([3]),

— określenie i ocena, na podstawie istniejących lub opracowanych niedawno instrumentów badania zdrowia za pomocą wywiadu, zestawów pytań doraźnych na potrzeby części dotyczącej zdrowia w ramach europejskiego systemu modułów badań w dziedzinie statystyki społecznej.

— dalszy rozwój i wdrożenie systemu niezależnego od języka na potrzeby automatycznego kodowania przyczyn zgonów (IRIS),

— wdrożenie bazy danych dotyczącej urazów (IDB) ([4]) we wszystkich państwach członkowskich, w szczególności gromadzenie i przetwarzanie danych dotyczących wszystkich urazów (w tym wypadków w domu i w czasie wolnym), zgodnie z nowym zharmonizowanym systemem kodowania.

2.1.1.3. Opracowanie mechanizmów sprawozdawczości i analizy kwestii zdrowotnych i przygotowywania sprawozdań w zakresie zdrowia publicznego (załącznik – pkt 1.4)

— Przedstawienie dowodów i sprawozdań na temat wpływu polityki Wspólnoty na zdrowie oraz na interakcję zdrowia ze wzrostem gospodarczym i zrównoważonym rozwojem,

— opracowanie sprawozdań dotyczących wybranych grup ludności (m. in. kobiet i dzieci), czynników wpływu i ryzyka w zakresie niepełnosprawności (np. upośledzenia wzroku), ochrony ludności przed niebezpieczeństwami wynikającymi z narażenia na pola elektromagnetyczne (EMF), wyboru odpowiednich wskaźników i wytycznych dotyczących EMF oraz zależności między czynnikami środowiskowymi a wynikami zdrowotnymi,

— wsparcie dla dogłębnych analiz statystyk dotyczących przyczyn zgonów w celu uzyskania nowej wiedzy na temat prawidłowości

([1]) http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/action1_2005_full_en.htm#20

([2]) Dotyczy to cukrzycy, chorób psychicznych, zdrowia jamy ustnej, astmy i chronicznych obturacyjnych chorób układu oddechowego, chorób układu mięśniowo-szkieletowego (ze szczególnym uwzględnieniem osteoporozy oraz schorzeń związanych z zapaleniem stawów i reumatyzmem) oraz chorób układu krążenia.

([3]) Dotyczy to choroby Parkinsona, stwardnienia rozsianego, epilepsji, stwardnienia zanikowego bocznego, zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, opóźnienia rozwoju umysłowego i zaburzenia funkcji ruchowych, percepcyjnych, językowych oraz społeczno-emocjonalnych, chorób hematologicznych (w tym hemofilii), zaburzeń immunologicznych, alergii z wyjątkiem astmy, chorób układu moczowo-płciowego, chorób gastroenterologicznych, chorób endokrynologicznych, zaburzeń dotyczących uszu, nosa i gardła, chorób oczu i chorób skórnych, jak również chorób związanych z czynnikami środowiskowymi. Obejmuje to również udary, zaburzenia związane z bólami głowy i bólem chronicznym (np. syndrom chronicznego zmęczenia i fibromyalgia).

([4]) https://webgate.cec.eu.int/idb/

▼B

w zakresie śmiertelności oraz w celu monitorowania zmian w całej UE, a także dla analiz możliwych do uniknięcia przyczyn zgonów (w tym działania w kierunku akceptowalnej definicji możliwych do uniknięcia przyczyn zgonów).

2.1.1.4. Opracowanie strategii na potrzeby wymiany informacji i reagowania na zagrożenia chorobami niezaraźliwymi (załącznik – pkt 1.2)

— Wspieranie projektów dotyczących wiedzy o chorobach w zakresie ich występowania, leczenia, czynników ryzyka, strategii ograniczania ryzyka, kosztów zachorowań oraz wsparcia społecznego w celu stworzenia praktycznych zaleceń,

— rozwój strategii i mechanizmów wymiany informacji wśród ludzi dotkniętych rzadkimi chorobami oraz promocja lepszych badań epidemiologicznych, kodyfikacji, klasyfikacji i definiowania,

— wsparcie dla europejskich sieci referencyjnych dotyczących rzadkich chorób jako działanie na rzecz ustalenia praktycznych wskazówek w zakresie leczenia oraz na rzecz rozpowszechniania wiedzy o tych chorobach, przy jednoczesnej ocenie wyników,

— analizy wykonalności w celu opracowania mechanizmów kompleksowego gromadzenia danych na temat zasięgu i wpływu transgranicznej opieki zdrowotnej, włączonych w istniejące w państwach członkowskich systemy gromadzenia danych, bez niepotrzebnego zwiększania obciążeń administracyjnych.

2.1.1.5. e-zdrowie (załącznik – pkt 1.6, 1.8)

— Poprawa połączeń między internetowymi stronami krajowymi, regionalnymi, organizacji pozarządowych i portalem zdrowia UE [1]; poprawa pozycjonowania stron UE oraz dostępu do odpowiednich źródeł informacji medycznych,

— promocja projektów sprzyjających poprawie przepływu informacji wewnątrz instytucji zdrowotnych i pomiędzy nimi (poprawa sprawozdawczości w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i zdrowia publicznego, przyczynianie się do efektywnego tworzenia sieci i/lub ilustrowania scenariuszy stosunku kosztu do jakości),

— rozwój sprawozdawczości w zakresie zmian zachowań i opinii pacjentów i pracowników ochrony zdrowia w wyniku wprowadzenia rozwiązań e-zdrowia, modelowanie wpływu zmian związanych z technologiami informacyjno-komunikacyjnymi na kwestie bezpieczeństwa i zagrożeń.

We współpracy z innymi obszarami polityki UE:

— promowanie i rozpowszechnianie projektów pilotażowych prowadzonych w ramach wspólnotowego programu na rzecz innowacji oraz innych odpowiednich instrumentów Wspólnoty [2] dotyczących kartotek pacjentów, identyfikatorów pacjentów, personelu i obiektów, e-recept, zestawów danych awaryjnych oraz rozwijania interoperacyjności semantycznej,

— analiza zagadnień prawnych, medycznych i etycznych związanych z poufnością oraz własnością i dostępem do danych będących rezultatem stosowania narzędzi e-zdrowia oraz elektronicznego monitorowania zdrowia, szczególnie w odniesieniu do wymiany elektronicznych rejestrów zdrowotnych w kontekście transgranicznym, systemów nadzoru i sprawozdawczości, profilaktyki i promocji oraz opieki paliatywnej i domowej.

---

[1] http://ec.europa.eu/health-eu/

[2] http://cordis.europa.eu/innovation/en/policy/cip.htm#adoption oraz – komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów: e-zdrowie – lepsza opieka zdrowotna dla Europejczyków – „plan działań w zakresie e-zdrowia w Europie" (COM(2004) 356 wersja ostateczna z 30.4.2004).

▼B

2.1.1.6. Informacje o zależnościach środowiska i zdrowia (załącznik – pkt 1.1)

— Rozwój systemu informacji o zależnościach środowiska i zdrowia poprzez poprawę powiązania danych, badania pilotażowe w celu wspólnego nadzoru nad zmiennymi w dziedzinie zależności środowiska i zdrowia; lokalne badania interwencyjne w dziedzinie zależności środowiska i zdrowia, obejmujące charakterystykę społeczno-gospodarczą; badania nad ewentualnymi przyczynami środowiskowymi chorób (układu oddechowego i układu krążenia), badania nad skutkami zdrowotnymi długotrwałego i łączonego niskiego narażenia na środowiskowe czynniki napięcia; poprawa jakości danych na temat śmiertelności i zachorowalności związanej z chorobami układu oddechowego i układu krążenia; funkcje reakcji na narażenie, współzachorowalność i wczesne ostrzeganie w oparciu o wykrywanie prawidłowości,

— sporządzanie sprawozdań na temat wytycznych dotyczących urbanistyki, mających znaczenie dla zdrowia, szczególnie dla profilaktyki i promocji zdrowia,

— zapewnianie dalszych badań na temat pola elektromagnetycznego (EMF) w odniesieniu do braków stwierdzonych przez Komitety Naukowe UE, w ramach odpowiednich projektów oraz przez WHO (mianowicie w zakresie długoterminowych efektów narażenia na EMF o niskim natężeniu, w tym w związku z identyfikacją częstotliwości radiowej) oraz badań wykonalności dotyczących wskaźników alarmowych oraz potrzeb w zakresie monitorowania związanych z EMF; promowanie badań na temat najlepszych praktyk w zakresie wykrywania zagrożeń i informowania o nich, wsparcie dla opracowania wytycznych w zakresie dozymetrii EMF oraz instrukcji instalacji dla przedsiębiorstw energetycznych i telefonii komórkowej.

2.1.1.7. Wspieranie wymiany informacji i doświadczeń w dziedzinie dobrych praktyk (załącznik – pkt 1.7)

— Promowanie bezpieczeństwa pacjentów i jakości usług zdrowotnych poprzez pomoc w rozwoju współpracy na poziomie europejskim pomędzy właściwymi organami i zainteresowanymi stronami. Działania w tej dziedzinie obejmują wymianę praktycznych wzorców w zakresie poprawy bezpieczeństwa pacjentów, w tym angażowanie pracowników służby zdrowia oraz koordynację odpowiednich szkoleń i informacji; doprowadzenie do lepszego zrozumienia interwencji na rzecz bezpieczeństwa pacjentów oraz ekonomicznych konsekwencji usług niespełniających wymogów bezpieczeństwa oraz błędów medycznych; pomoc organom krajowym i regionalnym we wdrażaniu strategii zapobiegania urazom,

— tworzenie sieci organów doradczych w dziedzinie zdrowia publicznego w państwach członkowskich,

— wspieranie inicjatyw i partnerstwa na rzecz oceny i poprawy wiedzy w dziedzinie zdrowia.

2.1.1.8. Wpływ na zdrowie i ocena technologii w dziedzinie zdrowia (załącznik – pkt 1.5)

— Opracowanie narzędzi do monitorowania efektywności polityki zdrowotnej pod względem kosztów oraz jej wpływu na gospodarkę,

— rozwijanie działań w zakresie świadomości oraz tworzenia sieci i kontaktów w celu zwiększenia strategicznych inwestycji w dziedzinie zdrowia, wspieranych z funduszy strukturalnych UE,

— wsparcie dla sieci oceny technologii zdrowotnych Unii Europejskiej poprzez działania prowadzone w ramach istniejących projektów [1] oraz powiązanie z działaniami Forum Farmaceutycznego.

[1] http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/action1_2005_full_en.htm#13

▼B

2.1.1.9. Działania w kierunku poprawy informacji i wiedzy w dziedzinie zdrowia w celu rozwoju zdrowia publicznego (art. 3 ust. 2 lit. c) i d); załącznik – pkt. 1.7, 1.4, 1.5)

— Stworzenie sieci prawników pracujących nad ustawodawstwem dotyczącym kwestii zdrowia w państwach członkowskich UE („prawo zdrowotne UE"). Sieć powinna dostarczać informacji dotyczących tego, w jaki sposób można wykorzystać prawo do promowania zdrowia, oraz wnosić wkład do rozwoju polityki i ocen wpływu. Może ona również służyć jako platforma wymiany i przekazywania wiedzy o prawie zdrowotnym.

2.1.2. *Szybka i skoordynowana reakcja na zagrożenia dla zdrowia – art. 2 ust. 2 lit. b) i art. 3 ust. 2 lit. a)*

Celem działań podejmowanych w ramach tej sekcji jest poprawa gotowości i zapewnianie szybkiej reakcji na zagrożenia dla zdrowia publicznego i na sytuacje nagłe. Ma to szczególne znaczenie dla współpracy podejmowanej w ramach sieci wspólnotowej w dziedzinie chorób zaraźliwych ([1]) i innego prawodawstwa wspólnotowego w dziedzinie zdrowia publicznego i może stanowić uzupełnienie działań podejmowanych w ramach Europejskiego Programu Ramowego Badań.

Działania w zakresie oceny ryzyka, np. nadzór, należą do kompetencji Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ([2]), które rozpoczęło działalność w 2005 r. Działania zmierzające do promocji zarządzania ryzykiem i zagrożeniami na poziomie krajowym uruchomiono w porozumieniu z ECDC, co miało na celu zapewnienie współpracy w skali UE, a przez to uniknięcie dublowania działań lub nakładania się kompetencji.

Działania w celu zwalczania zagrożenia umyślnym uwalnianiem środków biologicznych będą podejmowane równocześnie z trwającymi działaniami dotyczącymi chorób zaraźliwych. Działania te oraz działania w sprawie umyślnego uwalniania środków chemicznych są opracowywane w związku z konkluzjami ministrów zdrowia z dnia 15 listopada 2001 r. oraz powstałego w ich wyniku „Programu współpracy w sprawie gotowości i reakcji na ataki biologiczne i chemiczne" (bezpieczeństwo zdrowotne) ([3]).

2.1.2.1. Zdolność do skutecznego działania w przypadku pandemii grypy i do rozwiązywania szczególnych zagrożeń dla zdrowia (załącznik – pkt. 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.8)

Celem tego działania jest rozwijanie zdolności i strategii mających na celu pomoc państwom członkowskim, krajom kandydującym i krajom EOG/EFTA oraz Wspólnocie jako całości w radzeniu sobie z zagrożeniami dla zdrowia. Priorytet nadaje się działaniom związanym z zagrożeniem pandemią grypy oraz z profilaktyką i zarządzaniem w odniesieniu do grypy, wspólnym strategiom powiadamiania o sytuacjach awaryjnych i gotowości w przypadku wystąpienia takich sytuacji oraz kwestii wysokiej jakości narzędzi i informacji na temat zdrowia i społeczno-gospodarczych skutków środków zaradczych przeciwko pandemii i innych związanych z tym środków, przy jednoczesnej koordynacji z działaniami podejmowanymi w ramach Europejskiego Programu Ramowego Badań ([4]).

Inne działania priorytetowe dotyczą:

— zagrożeń chorobami niezaraźliwymi, m.in. związanych z kwestiami chemicznymi i środowiskowymi, które wymagają szybkiej interwencji,

([1]) Decyzja nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. L 268 z 3.10.1998, str. 1).
Decyzja Komisji 2000/57/WE (Dz.U. L 21 z 26.1.2000, str. 32).
Decyzja Komisji 2000/96/WE (Dz.U. L 28 z 3.2.2000, str. 50).
Decyzja Komisji 2002/253/WE (Dz.U. L 86 z 3.4.2002, str. 44).

([2]) Rozporządzenie (WE) nr 851/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. L 142 z 30.4.2004, str. 1).

([3]) Patrz: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/Bioterrorisme/bioterrorism01_en.pdf

([4]) Patrz również: FP6 Naukowe wsparcie polityk, piąte zaproszenie do składania wniosków, SSP-5B INFLUENZA.

▼B

— dalszego opracowywania systemu wczesnego ostrzegania w odniesieniu do środków chemicznych oraz śledzenia w trakcie transportu przez granice substancji niebezpiecznych dla zdrowia publicznego,

— zagadnień transgranicznych i aspektów zdrowia migrantów, które wiążą się z opanowywaniem chorób zaraźliwych, w tym kwestii badań przesiewowych i śledzenia kontaktów,

— pomocy w zakresie priorytetów logistycznych (np. zaopatrzenie w leki oraz ich przechowywanie i dystrybucja) oraz interwencji niemedycznych (np. środków w celu zwiększania dystansu społecznego, badań na wejściu i na wyjściu, środków dezynfekcji itp.) w sytuacjach nagłych.

2.1.2.2. Ogólna gotowość i reagowanie (załącznik – pkt 2.1, 2.2, 2.3, 2.4)

Celem tych działań powinna być poprawa gotowości sektora zdrowia na sytuacje kryzysowe i wzmocnienie współpracy międzysektorowej (np. między sektorami ochrony cywilnej, żywności i hodowli) w celu zapewnienia spójnej reakcji na sytuację kryzysową. Działania powinny koncentrować się na wspieraniu zarządzania ryzykiem i sytuacjami kryzysowymi i na aspektach powiadamiania o ryzyku.

Przedmiotem szczególnego zainteresowania są:

— działania wspierające wdrażanie planowania ogólnej gotowości, np. łączność różnych instytucji ochrony zdrowia (np. szpitali i ośrodków kryzysowych na poziomie krajowym lub regionalnym) w celu przygotowania do masowych zgromadzeń oraz uzyskania zdolności do opanowywania wpływu masowych sytuacji kryzysowych (np. ofiary, fale migracji, grupy szczególnie narażone, osoby przesiedlone i uchodźcy). Konieczne są również działania wspierające ciągłość działalności w sytuacjach awaryjnych (np. świadczenie usług opieki zdrowotnej w czasie wydarzenia o znacznych konsekwencjach),

— działania zwiększające zastosowanie dotychczasowych lub nowych narzędzi i instrumentów, w tym prawnych, umożliwiających śledzenie pasażerów na trasach międzynarodowych (np. odtwarzanie tras przelotu pasażerów lotniczych w przypadku potencjalnego skażenia mikroorganizmami chorobotwórczymi) oraz śledzenie kontaktów,

— działania wspierające budowanie zdolności do przeprowadzania wspólnych operacji przez organy egzekwowania prawa i organy odpowiedzialne za sprawy zdrowia,

— działania wspierające budowanie zdolności i wykonanie przepisów koniecznych do osiągnięcia zgodności z Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi, przyjętymi przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia [1] (np. mechanizmy uruchamiające i wdrażające w razie potrzeby śledzenie tras osób w podróżach międzynarodowych),

— stosowanie do analizy zagrożeń dla zdrowia innowacyjnych narzędzi informatycznych, takich jak systemy informacji geograficznej (GIS), analiza przestrzenno-czasowa, nowe systemy wczesnego ostrzegania i przewidywania, zautomatyzowana analiza i wymiana danych diagnostycznych,

— sposoby uregulowania kwestii dotyczących transportu (np. ćwiczenia z przesyłania próbek) oraz stosowanie nowych metod diagnostycznych (np. próby pierścieniowe na nowych lub pojawiających się patogenach).

2.1.2.3. Bezpieczeństwo zdrowotne i strategie istotne z punktu widzenia zwalczania chorób zaraźliwych (załącznik – pkt 2.2, 2.4, 2.5, 2.9)

Nadal istnieją luki w zakresie informacji i wiedzy dotyczącej przeglądu, rozwoju i oceny polityk i planów reakcji na zagrożenia pojawiające się w rozmaitych placówkach ochrony zdrowia, od gabinetu lekarza ogólnego, poprzez izby przyjęć, po najbardziej rozwinięte specjalistyczne

[1] Patrz: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-en.pdf

▼B

szpitale, w tym również przystosowane do przyjmowania pacjentów wysokiego ryzyka.

Wspieranie poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości ochrony zdrowia może odbywać się w państwach członkowskich poprzez tworzenie sieci na szczeblu europejskim oraz przyjmowanie odpowiednich strategii i struktur reagowania na sytuacje zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego i potrzebę kontroli chorób zaraźliwych. Niniejsze działanie ma na celu promowanie działań odnoszących się do gotowości (takich jak szczepienia profilaktyczne lub gromadzenie zapasów), kontroli i zwalczania chorób zakaźnych, a także bezpieczeństwa pacjentów. Wspierane będą działania promujące porozumiewanie się pomiędzy przedstawicielami różnych dyscyplin (np. lekarzami medycyny ogólnej, farmaceutami, lekarzami weterynarii i przedstawicielami odpowiednich dyscyplin niemedycznych) oraz ułatwiające współpracę poprzez platformy i tworzenie sieci kontaktów.

Priorytetowe znaczenie ma również wsparcie:

— programów zwalczania i profilaktyki dziecięcych chorób zakaźnych (w tym działania sprzyjające wymianie praktycznych wzorców w zakresie strategii szczepienia i uodparniania, np. w zakresie chorób, którym zapobiega szczepienie, zgodnie z decyzją 2119/98/WE [1]); działań w celu kontrolowania niekorzystnych skutków (szczepień, chemikaliów, leków przeciwwirusowych, innych leków i wyrobów medycznych), we współpracy z Europejską Agencją Leków (EMEA),

— tworzenia sieci i wymiany informacji pomiędzy państwami członkowskimi w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki, szczególnie w zakresie opanowywania i kontroli zakażeń nabytych w czasie pobytu w zakładach opieki zdrowotnej i w kwestii odporności na antybiotyki, co obejmuje również narażenie na innego rodzaju czynniki związane ze środowiskiem szpitali lub placówek ochrony zdrowia (czynniki chemiczne, leki, środki dezynfekujące, jakość powietrza w pomieszczeniach itp.); działań w takich kwestiach, jak wymiana najlepszych praktyk w dziedzinie bezpieczeństwa pacjenta (systemy sprawozdawczości i uczenia się, szkolenia i kształcenie); rozwijania mechanizmów i narzędzi w celu poprawy informowania pacjentów oraz obywateli i pracowników ochrony zdrowia o prawach pacjentów oraz w celu osiągnięcia lepszego zrozumienia interwencji w kwestiach bezpieczeństwa pacjentów oraz ekonomicznych konsekwencji świadczenia usług niespełniających wymogów bezpieczeństwa i błędów lekarskich, a także w celu wsparcia polityki i programów krajowych.

2.1.2.4. Bezpieczeństwo krwi, tkanek, komórek i organów (załącznik – pkt 2.6, 2.7)

Działanie to ma na celu promowanie jakości, bezpieczeństwa i dostępności substancji pochodzenia ludzkiego (narządów, tkanek, komórek, krwi i jej składników) do celów terapeutycznych w związku z ich pobieraniem, przetwarzaniem, przekazywaniem i wykorzystywaniem. Działania te powinny sprzyjać wdrażaniu obowiązującego prawodawstwa UE.

Priorytet nadaje się działaniom, w ramach których:

— opracowywane są narzędzia prowadzące do sformułowania praktycznych wskazówek dotyczących oceny ryzyka i metod zatwierdzania przy pozyskiwaniu, przetwarzaniu, przechowywaniu i przenoszeniu substancji pochodzenia ludzkiego,

— prowadzi się szczegółową ocenę ryzyka różnych typów procedur, co ma na celu sformułowanie konkretnych wytycznych dla każdego rodzaju procesu i substancji. Powinny one uwzględniać rodzaj przetwarzania oraz sposób stosowania substancji w ciele ludzkim,

— zmierza sie do promowania dobrowolnego, nieodpłatnego oddawania substancji pochodzenia ludzkiego. Działania powinny zmierzać do wymiany danych o rutynowych praktykach oferowania rekompensat dawcom substancji pochodzenia ludzkiego w szpitalach lub instytucjach zajmujących się pozyskiwaniem takich substancji.

[1] Patrz: przypis 11.

▼B

2.1.3. *Uwarunkowania zdrowia – art. 2 ust. 1 lit. c) i art. 3 ust. 2 lit. b)*

Celem działań w ramach tej sekcji jest:

— stworzenie podstawy dla polityki i działań UE w zakresie uwarunkowań zdrowia,

— wsparcie działań na rzecz prezentacji i wymiany praktycznych wzorców,

— promowanie przekrojowych podejść, integrujących kilka uwarunkowań zdrowia, oraz maksymalizacja wysiłków poszczególnych krajów.

W 2007 r. pierwszeństwo będzie przyznane projektom związanym z polityką i strategiami UE w dziedzinie uwarunkowań zdrowia i wspierającym je, szczególnie w odniesieniu do zdrowia psychicznego, żywienia i aktywności fizycznej, tytoniu, alkoholu, narkotyków oraz zależności środowiska i zdrowia. Szczególny akcent zostanie położony na projekty koncentrujące się na dobrych praktycznych wzorcach upowszechniania umiejętności życiowych związanych ze zdrowiem, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, co obejmuje zarówno czynniki ryzyka, jak i czynniki ochrony, i ma wpływ na styl życia i zachowania. Projekty powinny również charakteryzować się świadomością szerszych względów społeczno-ekonomicznych i przyczyniać się do zmniejszania nierówności w dziedzinie zdrowia.

Priorytety ustalone na 2007 r. są następujące:

2.1.3.1. Wspieranie kluczowych strategii Wspólnoty w sprawie substancji uzależniających (załącznik – pkt 3.1)

Działania wspierające ograniczenia w zakresie palenia tytoniu

Wnioski dotyczące projektów powinny dotyczyć głównie następujących zagadnień:

— opracowanie innowacyjnych strategii i praktycznych wzorców w zakresie metod profilaktyki i zaprzestawania palenia, koncentrujących się na młodzieży i ludności pracującej,

— bierne palenie: ocena wpływu polityki ograniczania palenia w miejscach publicznych w państwach członkowskich na stopień biernego narażenia na dym oraz konsumpcję tytoniu,

— kontrola produktów tytoniowych: działania na rzecz efektywności, egzekwowania i rozwoju środków kontroli wyrobów tytoniowych, wprowadzanych przez UE i państwa członkowskie, w szczególności w odniesieniu do składników tytoniu, kontroli emisji oraz informacji publicznej w związku z wdrożeniem Ramowej konwencji antytytoniowej na poziomie UE.

Działania w odniesieniu do alkoholu będą powiązane z ogólnym podejściem strategicznym do ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu, zgodnie z komunikatem Komisji o strategii UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu ([1]).

Wnioski dotyczące projektów powinny dotyczyć głównie następujących zagadnień:

— opracowanie standardowej metodyki analizy kosztów i korzyści polityk antyalkoholowych w celu oceny skutków ekonomicznych obecnie obowiązujących polityk w UE,

— opracowanie znormalizowanych badań porównawczych na temat nadużywania alkoholu, jednorazowego (sporadycznego) nadmiernego picia alkoholu, pijaństwa, okoliczności picia, uzależnienia od alkoholu i nierejestrowanej konsumpcji,

— gromadzenie najlepszych przykładów strategii stosowanych w miejscach pracy w celu ograniczenia szkodliwego i niebezpiecznego wpływu spożycia alkoholu na gospodarkę (np. ograniczenia takich zjawisk, jak nieobecności w pracy, picie

([1]) COM(2006) 625 z 24.10.2006 r.

▼B

w godzinach pracy, praca „dzień po" nadużyciu alkoholu oraz bezrobocie),

— tworzenie sieci, ocena i gromadzenie przykładów projektów opierających się na dobrze przygotowanych pod względem zasobów mobilizacjach i interwencjach społecznych, z udziałem różnych sektorów i partnerów, w celu stworzenia bezpieczniejszych warunków spożywania alkoholu,

— wspieranie rozwoju dobrych wzorców praktycznych w zakresie reklamy, samoregulacji i monitorowania.

Działania dotyczące narkotyków

Zgodnie ze strategią antynarkotykową UE oraz planem działań w zakresie narkotyków, jak również zaleceniem Rady w sprawie narkotyków ([1]), wnioski dotyczące projektów powinny dotyczyć przede wszystkim następujących działań:

— opracowywanie i udoskonalanie programów profilaktycznych, uwzględniających różnice płci oraz koncentrujących sie na określonych kontekstach (np. miejsca pracy),

— wdrażanie i zapewnianie trwałości programów ograniczania szkodliwych skutków zażywania narkotyków w grupach narażonych w celu zapobiegania przenoszeniu chorób zakaźnych (np. gruźlicy, zapalenia wątroby, HIV/AIDS) wśród więźniów, osób przyjmujących narkotyki przez zastrzyk i ich partnerów seksualnych oraz z matek na dzieci,

— opracowanie praktycznych wzorców poprawy dostępności usług socjalnych, psychologicznych i medycznych dla osób zażywających narkotyki, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży,

— rozwój i udoskonalanie szkoleń dla profesjonalistów pracujących bezpośrednio z osobami zażywającymi narkotyki (np. w służbach ratunkowych).

2.1.3.2. Zintegrowane podejścia do stylu życia (art. 2 ust. 1 lit. c) i art. 3 ust. 2 lit. b); załącznik, pkt 3.1)

W zakresie żywienia i aktywności fizycznej w ramach przygotowania i wsparcia mającej się wkrótce ukazać „Białej księgi w sprawie żywienia i aktywności fizycznej" oraz „Sprawozdania z wkładu do zielonej księgi" opublikowanego dnia 11 września 2006 r., wnioski dotyczące projektów powinny w głównej mierze dotyczyć następujących kwestii:

— wzorcowe przykłady programów edukacyjnych w zakresie żywienia i aktywności fizycznej, z uwzględnieniem szkół,

— pilotażowe programy wsparcia dla wielostronnych inicjatyw współpracy dotyczących zdrowych stylów życia w poszczególnych grupach społecznych, które koncentrowałyby się na konkretnych, najbardziej narażonych grupach, w szczególności na dzieciach,

— skuteczność działań zmierzających do zmiany nawyków konsumentów w zakresie doboru żywności i aktywności fizycznej,

— ocena polityk i środków (oceny wpływu na zdrowie oraz analizy kosztów i korzyści),

— dowody lub narzędzia wspierające tworzenie polityki w zakresie wprowadzania na rynek żywności dla dzieci,

— upowszechnianie aktywności fizycznej poprzez tworzenie zdrowych środowisk i angażowanie innych sektorów (np. urbanistyka, transport, architektura).

W zakresie działań dotyczących HIV/AIDS oraz zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, zgodnie z komunikatem Komisji w sprawie zwalczania HIV/AIDS ([2]), wnioski dotyczące projektów powinny poruszać głównie następujące kwestie:

([1]) Zalecenie Rady 2003/488/WE (Dz.U. L 165 z 3.7.2003, str. 31).
([2]) Komunikat Komisji do Rady i Parlamentu Europejskiego (COM(2005) 654 wersja ostateczna z 15.12.2005).

▼B

— przekazywanie HIV przez mężczyzn utrzymujących stosunki seksualne z mężczyznami w Europie – poprzez budowę, w ścisłej współpracy z ECDC i innymi odpowiednimi podmiotami europejskimi, sieci wsparcia strategii komunikacji na rzecz działań profilaktycznych, z wykorzystaniem specyficznych, innowacyjnych mechanizmów,

— sposoby wymiany i rozpowszechniania doświadczeń krajowych i międzynarodowych w zakresie zwiększania świadomości w kwestiach HIV/AIDS i zdrowia seksualnego,

— określanie dobrych wzorców i opracowywanie wytycznych dotyczących kwestii dobrowolnego korzystania z poradnictwa i poddawania się testom na HIV, z uwzględnieniem różnorodności szczególnie narażonych grup (młodzież, społeczności imigrantów, osoby zażywające narkotyki przez zastrzyk),

— określanie i rozpowszechnianie praktycznych wzorców w zakresie działań na rzecz ograniczania szkodliwych skutków zażywania narkotyków (profilaktyka, leczenie, opieka i wsparcie), koncentrujących się na grupach szczególnie narażonych, zwłaszcza osobach zażywających narkotyki przez zastrzyk,

— innowacyjne strategie promowania bezpieczniejszego seksu wśród młodzieży i grup wysokiego ryzyka, w tym dostęp do odpowiednio przygotowanych usług oraz poprawa świadomości na temat chorób przenoszonych drogą płciową i zapobiegania im.

W zakresie działań dotyczących zdrowia psychicznego, na podstawie wytycznych określonych w strategii UE dotyczącej zdrowia psychicznego ([1]), wnioski w sprawie projektów powinny zmierzać do:

— opracowania mechanizmu określania i przeglądu praktycznych wzorców, integrującego wiedzę z istniejących projektów i obejmującego środki sprzyjające wyraźnemu uznaniu roli liderów w promocji zdrowia psychicznego, a także uznaniu znaczenia profilaktyki zaburzeń psychicznych, przeciwdziałania stygmatyzacji, promocji integrowania osób z problemami zdrowia psychicznego oraz promocji ich praw,

— wspierania roli liderów i tworzenia sieci w celu szerokiego uwzględniania promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych w miejscu pracy oraz poprawy odpowiedniego zrównoważenia kwestii zdrowia psychicznego i życia zawodowego,

— ustalania przesłanek potwierdzających efektywność kosztową inwestycji w promocję zdrowia psychicznego i profilaktykę zaburzeń psychicznych.

2.1.3.3. Działania w zakresie zdrowia publicznego uwzględniające szersze uwarunkowania zdrowotne (załącznik – pkt 3.2 i 3.3)

Działania w zakresie społecznych uwarunkowań zdrowia koncentrować się będą na opracowywaniu polityk, innowacyjnych podejść i oceny, a głównymi tematami tych działań będą:

— rozpowszechnianie praktycznych wzorców zwiększania świadomości, w tym rozwój platform i sieci lub podobnych kompleksowych mechanizmów angażujących wiele zainteresowanych stron,

— dokumentowanie i ocena praktycznych sposobów regulowania zagadnień dostępu do opieki zdrowotnej oraz różnic w rezultatach opieki zdrowotnej w różnych grupach społecznych,

— innowacyjne podejścia do kwestii zdrowia w społecznościach migrantów,

— wymiana i opracowywanie praktycznych zaleceń w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy, przy zwróceniu szczególnej uwagi na pracowników starszych i na przedłużanie kariery zawodowej. Będzie się to odbywać w ścisłej koordynacji z polityką zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.

([1]) Zielona księga „Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej" (COM(2005) 484 wersja ostateczna z 14.10.2005).

▼B

Działania w zakresie środowiskowych uwarunkowań zdrowia, zgodnie z planem działania w sprawie zależności środowiska i zdrowia ([1]), będą koncentrować się na działaniach na rzecz zdrowia publicznego w zakresie tworzenia sieci na rzecz gromadzenia praktycznych wzorców, wytycznych i środków zaradczych na szczeblu krajowym i lokalnym w odniesieniu do kwestii jakości powietrza w pomieszczeniach, z uwzględnieniem analiz kosztów i korzyści. W szczególności będą się one odnosić do:

— środków profilaktycznych i zaradczych mających na celu zmniejszenie narażenia na działanie radonu,

— środków zaradczych w celu poprawy wentylacji, szczególnie w szkołach,

— eksploatacji i konserwacji urządzeń do spalania,

— wilgoci w budynkach.

2.1.3.4. Zapobieganie chorobom i urazom (art. 2 ust. 1 lit. c) i art. 3 ust. 2 lit. b))

Wnioski dotyczące projektów w zakresie zapobiegania chorobom powinny dotyczyć przede wszystkim opracowania wytycznych i praktycznych zaleceń w odniesieniu do głównych chorób zagrażających zdrowiu publicznemu, jak rak, cukrzyca i choroby układu oddechowego, na podstawie dotychczasowych prac.

W ramach projektów dotyczących zapobiegania urazom, priorytetowe znaczenie powinny mieć:

— opracowywanie i wdrażanie schematów regulowania kwestii bezpieczeństwa w aktywności sportowej wysokiego ryzyka, we współpracy z europejskimi związkami sportowymi,

— opracowywanie praktycznych narzędzi zapobiegania urazom wśród młodych pracowników, w ścisłej współpracy z Europejską Agencją ds. Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Miejscu Pracy ([2]),

— wspieranie działań wykonawczych zmierzających do opracowania krajowych planów działania w zakresie bezpieczeństwa dzieci, ze szczególnym podkreśleniem wsparcia i intensywnych działań informacyjnych,

— promowanie wymiany informacji i wiedzy poprzez dyskusje panelowe specjalistów, konsultacje oraz świadczenie stałych usług informacyjnych w zakresie dobrych praktyk.

2.1.3.5. Budowanie zdolności

Nadaje się priorytet następującym działaniom:

— promocja współpracy pomiędzy instytucjami edukacyjnymi w zakresie treści wspólnych europejskich kursów i modułów w kluczowych obszarach zdrowia publicznego; opracowywanie dostosowanych do potrzeb programów szkoleniowych dla personelu ochrony zdrowia i innych osób zaangażowanych zawodowo w usługi związane z ochroną zdrowia psychicznego,

— krótkoterminowe wsparcie dla rozwoju zdolności wybranych sieci europejskich mających istotne znaczenie dla zdrowia publicznego i znaczny zasięg w skali Europy, w celu przezwyciężenia konkretnych słabości geograficznych lub rozwojowych. Szczególna uwaga poświęcona zostanie budowaniu zdolności organizacji pozarządowych aktywnych na polu HIV/AIDS do wspierania integracji i uczestnictwa nosicieli wirusa HIV i osób chorych na AIDS w programach terapii antyretrowirusowej.

([1]) Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego oraz Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego – Europejski plan działania na rzecz środowiska i zdrowia na okres 2004–2010 (COM(2004) 416 wersja ostateczna z 9.6.2004).

([2]) Rozporządzenie Rady (WE) nr 2062/94 (Dz.U. L 216 z 20.8.1994, str. 1).

▼B

2.2. **Zaproszenia do składania ofert**

▼M1

Zamówienia usług powinny być finansowane w ramach pozycji budżetowej 17 03 01 01 oraz 17 01 04 02. Orientacyjna ogólna kwota na zaproszenia do składania ofert wynosiłaby do 5 324 000 EUR.

▼B

Dodatkowa decyzja dotycząca finansowania zamówień powinna zostać przyjęta do lutego 2007 r. (data orientacyjna).

Określono następujące obszary działań:

INFORMACJA O ZDROWIU

1) Rewizja i aktualizacja sprawozdania z wykonania zalecenia Rady 1999/519/WE z dnia 12 lipca 1999 r. o ograniczaniu narażenia ludności na pola elektromagnetyczne (od 0 Hz do 300 GHz) ([1])

2) Wsparcie doraźnych badań pilotażowych z wykorzystaniem badania Eurobarometru;

3) Sprawozdania z włączania wymogów ochrony zdrowia do różnych dziedzin polityki Wspólnoty, z uwzględnieniem metodyki oceny wpływu na zdrowie, opracowanej już na poziomie Wspólnoty;

4) Zarządzanie, edycja, aktualizacja i rozwój portalu zdrowia UE;

5) Informacja o programie zdrowia publicznego;

6) Wsparcie dla tworzenia sekretariatów naukowych;

7) Bezpieczeństwo pacjenta: stworzenie zintegrowanej sieci ochronnej dla poprawy współpracy w dziedzinie bezpieczeństwa pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem kultury, roli liderów i zarządzania klinicznego, mechanizmów sprawozdawczości i uczenia się oraz wymiany dobrych praktyk i zaangażowania zainteresowanych stron.

ZAGROŻENIA DLA ZDROWIA

1) Ustanowienie platform dla przygotowywania, przeprowadzania i oceny procedur; organizacja szkoleń dotyczących narzędzi decyzyjnych i tworzenia zespołów; opracowywanie narzędzi informatycznych w dziedzinie gotowości oraz organizacja specjalistycznych warsztatów;

2) Odwzorowywanie i charakteryzowanie obecnej sytuacji w zakresie laboratoriów referencyjnych, w tym analizy wykonalności, w celu zwiększenia możliwości rzetelnej i terminowej identyfikacji szczepów wirusów grypy, a także norm UE w odniesieniu do szczególnie istotnych czynników chorobotwórczych, w tym przepisów o koniecznych zasobach technicznych i diagnostycznych;

3) Opracowanie praktycznego przewodnika dla placówek zajmujących się jakością w dziedzinie substancji pochodzenia ludzkiego.

UWARUNKOWANIA ZDROWIA

1) Ocena skuteczności tekstowych i obrazowych ostrzeżeń zdrowotnych stosowanych w państwach członkowskich oraz opracowanie dalszych zestawów ostrzeżeń;

2) Wsparcie dla służb w celu stworzenia i wdrożenia procesów tworzenia sieci i konsultacji pomiedzy zainteresowanymi stronami w dziedzinie uwarunkowań zdrowia, szczególnie w odniesieniu do żywienia i aktywności fizycznej, alkoholu, zdrowia psychicznego i HIV/AIDS;

3) Zdrowie psychiczne: badanie „Przesłanki potwierdzające efektywność kosztową inwestycji w promocję zdrowia psychicznego i profilaktykę zaburzeń psychicznych”;

4) Określanie i ocena strategii dotyczących uwarunkowań zdrowia na poziomie krajowym i niższym (szczególnie w odniesieniu do HIV/AIDS oraz żywienia i aktywności fizycznej);

5) Zależność środowiska i zdrowia: opracowanie sieciowego narzędzia informacyjnego dotyczącego jakości powietrza w pomieszczeniach.

([1]) Dz.U. L 199 z 30.7.1999, str. 59.

▼B

Poza wymienionymi poniżej priorytetami stwierdzono istnienie ogólnej potrzeby koordynacji wkładu organizacji pozarządowych w inicjatywy zdrowotne na poziomie UE, zarówno w ramach istniejących już platform, jak i innych inicjatyw, w dziedzinach takich, jak żywienie i aktywność fizyczna, alkohol, usługi zdrowotne, zdrowie psychiczne, wpływ środków farmaceutycznych na zdrowie itp.

2.3. **Współpraca z organizacjami międzynarodowymi**

2.3.1. *Obszary współpracy w 2007 r.*

▼M1

Zgodnie z art. 11 „decyzji programowej" współpraca z organizacjami międzynarodowymi posiadającymi kompetencje w sferze zdrowia publicznego oraz z państwami Europejskiego Obszaru Gospodarczego w toku programu będzie koordynowana w ramach służb Komisji zajmujących się tymi samymi zagadnieniami.

Współpraca ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO)

Współpraca z WHO będzie realizowana zgodnie z:

— Umową między Organizacją Narodów Zjednoczonych a Wspólnotą Europejską w sprawie przepisów stosujących się do finansowania lub współfinansowania przez Wspólnotę programów i projektów zarządzanych przez Organizacją Narodów Zjednoczonych, która weszła w życie w dniu 9 sierpnia 1999 r., oraz Umową Klauzuli Weryfikacyjnej pomiędzy Wspólnotą Europejską a Organizacją Narodów Zjednoczonych, która weszła w życie w dniu 1 stycznia 1995 r., ze zmianami,

— wymianą listów pomiędzy WHO a Komisją Europejską dotyczącą konsolidacji i intensyfikacji współpracy (włączając w to memorandum dotyczące struktury oraz ustaleń na temat współpracy pomiędzy WHO a Komisją Europejską stanowiące część wymiany listów),

— pomoc finansowa Komisji Europejskiej dla działań podejmowanych przez WHO jest, chyba że w wyjątkowych przypadkach ustalono inaczej, dostarczana w zgodzie z Finansową i administracyjną umową ramową pomiędzy Wspólnotą Europejską a Organizacją Narodów Zjednoczonych, która weszła w życie dnia 29 kwietnia 2003 r. (przyjęta przez WHO dnia 11 grudnia 2003 r.).

Po przeprowadzeniu dyskusji z WHO określono priorytetowe obszary działań: zmiany klimatyczne/środowisko, nadzorowanie odżywiania i aktywności fizycznej oraz zdrowie psychiczne.

— Informacje dotyczące zmian klimatycznych, środowiska i zdrowia w celu wdrożenia „Narzędzia wspomagającego podejmowanie decyzji na wypadek upałów w Europie w oparciu o informacje klimatyczne" jako „Systemu ostrzegania zdrowotnego w UE na wypadek upałów", aby przewidywać fale upałów w Europie.

— Nadzorowanie odżywiania i aktywności fizycznej w celu połączenia baz danych, aktualizacji ich zawartości i zapewnienia wsparcia technicznego dla państw członkowskich w standaryzacji i kontroli jakości informacji zebranych przez Komisję i WHO.

— Zdrowie psychiczne: przedstawienie bogactwa doświadczeń i inicjatyw dotyczących promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki zaburzeń psychicznych i integracji społecznej osób cierpiących na zaburzenia psychiczne w poszczególnych państwach na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym. Znalezienie i wspieranie wiarygodnych liderów w sektorze zdrowia i określenie, w jakich dziedzinach występuje brak danych uzasadniający dalsze badania naukowe.

W podjętych działaniach należy unikać nakładania się lub powielania z innymi działaniami finansowanymi przez Wspólnotę, w szczególności działaniami finansowanymi w ramach programu zdrowia publicznego.

Współpraca z Międzynarodową Agencją Badań nad Rakiem (IARC), stowarzyszoną z WHO

Przewiduje się podjęcie oddzielnych negocjacji z IARC w sprawie projektu dotyczącego kontynuacji „Europejskiego badania prospektywnego: nowotwory a żywienie" (EPIC) i Europejską Siecią Rejestrów

▼M1

Nowotworów (ENCR) dotyczących aktualizacji Europejskiego kodeksu walki z rakiem i przygotowania Atlasu śmiertelności spowodowanej rakiem w Unii Europejskiej przy wykorzystaniu najświeższych danych dotyczących śmiertelności. ([1])

▼B

2.3.2. *Finansowanie*

▼M1

Finansowanie współdziałania z wyżej wymienionymi organizacjami międzynarodowymi może być przydzielane tylko w formie bezpośrednich umów o dotacje. Umowy w sprawie przyznania bezpośrednich dotacji poprawią synergię i zdolność reagowania Komisji Europejskiej i międzynarodowych organizacji w dziedzinach objętych wspólnymi działaniami. Organizacje te posiadają pewne zdolności związane z ich szczególnymi misjami i zadaniami, które sprawiają, że są one szczególnie właściwe do przeprowadzania pewnych działań przedstawionych w niniejszym programie prac i w odniesieniu do których umowy w sprawie przyznania bezpośrednich dotacji uznawane są za najbardziej właściwą procedurę.

Wysokość wkładu finansowego może wynosić do 60 % kwalifikowanych kosztów danego projektu na organizację. Komisja określi w każdym poszczególnym przypadku maksymalną kwotę procentową, jaka ma zostać przyznana.

Umowy w sprawie przyznania bezpośrednich dotacji powinny być finansowane w ramach pozycji budżetowej 17 03 01 01; szacunkowa kwota na dotacje bezpośrednie wynosi 2 550 000 EUR. Kwota ta może ulec zwiększeniu w zależności od niewykorzystanych środków dostępnych w ramach budżetu operacyjnego.

▼B

2.4. **Komitety naukowe**

Komitety naukowe związane z programem zdrowia publicznego powinny być finansowane w ramach pozycji budżetowej 17 03 01 01.

Ogólna kwota w wysokości 254 000 EUR będzie przeznaczona na wypłaty diet uczestnikom i sprawozdawcom posiedzeń związanych z pracami komitetów naukowych w celu przygotowania opinii w ramach Komitetów Naukowych ([2]). Diety te będą obejmować uczestnictwo w spotkaniach dotyczących wszystkich dziedzin związanych z programem zdrowia publicznego, mianowicie 100 % kosztów w odniesieniu do Komitetu Naukowego ds. Zagrożenia dla Zdrowia i Środowiska (SCHER) oraz 50 % kosztów (orientacyjna wartość procentowa) w odniesieniu do Komitetu Naukowego ds. Pojawiających się i Nowo Rozpoznanych Zagrożeń dla Zdrowia (SCENIHR), jak również kwestie związane z koordynacją.

2.5. **Subdelegacja dla Dyrekcji Generalnej Eurostat**

Subdelegacja w maksymalnej wysokości 400 000 EUR w ramach pozycji budżetowej 17 03 01 01 będzie przekazana Dyrekcji Generalnej Eurostat (Eurostat) w celu wspierania:

— krajowych organów statystycznych – we wdrażaniu w okresie 2007–2008 modułów podstawowych europejskich badań ankietowych dotyczących zdrowia (określonych w Programie Statystycznym 2007),

— krajowych organów statystycznych – we wdrażaniu i dalszej rozbudowie systemu rachunków zdrowia w UE (we współpracy z OECD i WHO).

([1]) http://ec.europa.eu/health/ph_international/int_organisations/who_en.htm
([2]) Decyzja Komisji 2004/210/WE (Dz.U. L 66 z 4.3.2004, str. 45).

▼B

Załącznik II

Kwalifikowalność kosztów podróży i utrzymania

Poniższe wytyczne mają zastosowanie do zwrotu kosztów podróży i utrzymania:

— personelu zatrudnionego przez beneficjenta dotacji (głównego beneficjenta i współbeneficjentów) i ekspertów zaproszonych przez beneficjenta do uczestnictwa w grupach roboczych;

— gdy zwrot taki jest jednoznacznie przewidziany w zamówieniach na usługi.

1) Zryczałtowane diety obejmują wszystkie koszty utrzymania w czasie misji, włącznie z hotelami, restauracjami i transportem lokalnym (taksówki i/lub transport publiczny). Stosują się one do każdego dnia misji przeprowadzanej w odległości minimum 100 km od normalnego miejsca pracy. Wysokość diety jest różna w zależności od kraju, w którym przeprowadzana jest misja. Dzienne stawki odpowiadają sumie dziennej diety i maksymalnego pułapu ceny hotelu przewidzianych w decyzji Komisji C(2004) 1313 ([1]), z późniejszymi zmianami.

2) Misje przeprowadzane w krajach innych niż kraje UE-27, kraje przystępujące i ubiegające się o członkostwo oraz kraje EFTA-EOG są przedstawiane Komisji w celach uzyskania ich wstępnej zgody. Zgoda ta jest związana z celami misji, jej kosztami i ich umotywowaniem.

3) Koszty podróży kwalifikują się do zwrotu pod następującymi warunkami:

— podróż najbardziej bezpośrednią i ekonomiczną drogą,

— odległość między miejscem spotkania a normalnym miejscem pracy wynosząca co najmniej 100 km,

— podróż koleją: pierwsza klasa,

— podróż samolotem: klasa ekonomiczna, chyba że możliwe jest skorzystanie z tańszej taryfy (np. Apex); podróż samolotem jest dozwolona jedynie w przypadku podróży w obie strony na odległość ponad 800 km,

— podróż samochodem: koszty są zwracane na podstawie równoważnej taryfy kolejowej w pierwszej klasie.

([1]) Decyzja Komisji z dnia 7 kwietnia 2004 r. dotycząca ogólnych przepisów wykonawczych przyjmujących Przewodnik w sprawie misji dla urzędników i innych pracowników Komisji Europejskiej.