Dokument ten służy wyłącznie do celów informacyjnych i nie ma mocy prawnej. Unijne instytucje nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za jego treść. Autentyczne wersje odpowiednich aktów prawnych, włącznie z ich preambułami, zostały opublikowane w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej i są dostępne na stronie EUR-Lex. Bezpośredni dostęp do tekstów urzędowych można uzyskać za pośrednictwem linków zawartych w dokumencie

►B

DECYZJA KOMISJI

z dnia 18 grudnia 2009 r.

dotycząca przyjęcia planu prac na 2010 r. w celu wdrożenia drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013) oraz kryteriów wyboru i przyznawania finansowania oraz innych kryteriów wkładów finansowych do działań w ramach tego programu, a także płatności wspólnotowych na rzecz ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu

(notyfikowana jako dokument nr C(2009) 10183)

(2009/964/UE)

(Dz.U. L 340 z 22.12.2009, s. 1)

zmieniona przez:

		Dziennik Urzędowy		
		nr	strona	data
►M1	Decyzja Komisji 2010/C 358/04 z dnia 22 grudnia 2010 r.	C 358	23	31.12.2010

▼B

DECYZJA KOMISJI

z dnia 18 grudnia 2009 r.

dotycząca przyjęcia planu prac na 2010 r. w celu wdrożenia drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013) oraz kryteriów wyboru i przyznawania finansowania oraz innych kryteriów wkładów finansowych do działań w ramach tego programu, a także płatności wspólnotowych na rzecz ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu

(notyfikowana jako dokument nr C(2009) 10183)

(2009/964/UE)

Artykuł 1

1. Niniejszym przyjmuje się plan prac na 2010 r., określony w załączniku I, w celu wdrożenia drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013) oraz kryteria wyboru i przyznawania finansowania oraz inne kryteria w odniesieniu do wkładów finansowych do działań w ramach drugiego wspólnotowego programu w dziedzinie zdrowia (2008–2013), określone w załącznikach II, IV, V i VI oraz płatność Wspólnoty na rzecz ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu.

Będą one stanowić decyzję w sprawie finansowania dotacji i zamówień, których przyznanie lub udzielenie nie wymaga decyzji Komisji.

Wdrożenie planu prac jest uwarunkowane przyjęciem przez władze budżetowe przydzielonych środków budżetowych zaproponowanych przez Komisję we wstępnym projekcie budżetu na 2010 r.

2. W ramach maksymalnego orientacyjnego budżetu dla każdego konkretnego działania zmiany, które łącznie nie przekraczają 20 %, nie są uważane za znaczące, o ile tylko nie wpływają w istotnym stopniu na charakter i cele planu prac. Urzędnik zatwierdzający, o którym mowa w art. 59 rozporządzenia finansowego, może przyjąć takie zmiany zgodnie z zasadami należytego zarządzania finansami.

3. Ogólne wykonanie niniejszego planu prac zapewnia Dyrektor Generalny ds. Zdrowia i Konsumentów.

Artykuł 2

Dotacje wskazane w niniejszym planie prac dla organów, które mają monopol *de jure* lub *de facto*, są przyznawane po spełnieniu warunków określonych w art. 168 ust. 1 lit. c) i f) przepisów wykonawczych rozporządzenia finansowego.

Artykuł 3

Przydzielone środki budżetowe konieczne dla zarządzania wspólnotowym programem działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013) zostaną przekazane „Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów” po spełnieniu warunków i w granicach kwot ustalonych w planie prac w załączniku I.

▼B

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

Artykuł 4

Środki objęte planem prac w załączniku I mogą zostać wykorzystane do wypłaty odsetek za zwłokę zgodnie z art. 83 rozporządzenia finansowego.

Artykuł 5

Niniejsza decyzja skierowana jest do Dyrektora Generalnego ds. Zdrowia i Konsumentów.

▼B

ZAŁĄCZNIK I

Roczny plan prac na 2010 r. obejmujący wpływ na budżet i kryteria finansowania dotacji

1. KONTEKST OGÓLNY

1.1. **Kontekst polityczny i prawny**

Decyzją 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady [1] (zwaną dalej „decyzją programową") ustanowiono drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013, zwany dalej „drugim programem w dziedzinie zdrowia".

Drugi program w dziedzinie zdrowia ma na celu uzupełnienie i wsparcie polityki państw członkowskich oraz dodanie jej wartości. Ma się on przyczynić do zwiększenia solidarności i dobrobytu w Unii Europejskiej. Celami programu są: poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, promowanie zdrowia, w tym zmniejszenie nierówności w dziedzinie zdrowia, oraz opracowywanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia.

W art. 8 ust. 1 decyzji programowej ustanowiono, 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 Wspólnoty, w tym kryteria oceny dotyczące zastosowania zasady wyjątkowej użyteczności;

   (iii) uzgodnienia dotyczące wdrażania wspólnych strategii i działań określonych w art. 9;

b) kryteria wyboru i przyznawania finansowania oraz inne kryteria w odniesieniu do wkładów finansowych do działań w ramach programu, zgodnie z art. 4.

Zgodnie z art. 75 rozporządzenia finansowego (RF) mającego zastosowanie do budżetu ogólnego Wspólnot Europejskich zaciągnięcie zobowiązań powinno być poprzedzone decyzją w sprawie finansowania przyjętą przez instytucję lub organ, któremu instytucja ta przekaże uprawnienia. Zgodnie z art. 90 szczegółowych przepisów wykonawczych rozporządzenia finansowego (przepisów wykonawczych), decyzja przyjmująca roczny program prac, o którym mowa w art. 110 RF, może zostać uznana za decyzję w sprawie finansowania, o ile tylko zapewnia wystarczająco szczegółowe ramy. Niniejszy dokument ma na celu wypełnienie wskazanych zobowiązań i przedstawia różne działania zaplanowane na 2010 r., będący trzecim rokiem realizacji drugiego programu w dziedzinie zdrowia.

Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów (Executive Agency for Health and Consumers – EAHC) pomaga Komisji w realizacji planu prac na 2010 r. zgodnie z przepisami niniejszego planu prac i decyzji Komisji C(2008) 4943 z dnia 9 września 2008 r., na mocy której przekazano tej Agencji uprawnienia.

[1] Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3.

▼B

1.2. **Środki**

Decyzja programowa przewiduje budżet całkowity w wysokości 321 500 000 EUR na okres od dnia 1 stycznia 2008 r. do dnia 31 grudnia 2013 r.

Władze budżetowe zatwierdziły budżet całkowity w wysokości 47 100 000 EUR ([2]) na 2010 r., na pozycje w budżecie 17 03 06 i 17 01 04 02.

Pozycja w budżecie	
17 03 06 – Działanie wspólnotowe w dziedzinie zdrowia	45 700 000 EUR
17 01 04 02 – Wydatki na zarządzanie administracyjne	1 400 000 EUR
Ogółem	47 100 000 EUR

Pozycja w budżecie „17 01 04 02 – Wydatki na zarządzanie administracyjne programem" zostanie wykorzystana na organizację warsztatów i spotkań ekspertów, publikacje, różne działania komunikacyjne i inne bieżące wydatki wspierające osiągnięcie celów drugiego programu w dziedzinie zdrowia. Komisja będzie odpowiedzialna za realizację tej pozycji w budżecie.

Dodatkowe wkłady ze strony krajów EFTA należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (Islandia, Liechtenstein i Norwegia) i krajów kandydujących uczestniczących w programie są szacowane na 1 186 920 EUR z krajów EFTA/EOG i 138 000 EUR z Chorwacji ([3]).

Całkowity budżet na 2010 r. szacuje się zatem na 48 424 920 EUR:

— kwotę całkowitą budżetu operacyjnego szacuje się na 46 984 640 EUR,

— kwotę całkowitą budżetu administracyjnego szacuje się na 1 440 280 EUR.

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

1.2.1. *Kwoty orientacyjne*

Kwoty określone w poniższych rozdziałach są orientacyjne. Zgodnie z art. 90 ust. 4 przepisów wykonawczych, w przypadku każdego mechanizmu finansowego możliwe są nieznaczne zmiany rzędu +/– 20 % dla każdej pozycji.

2. MECHANIZMY FINANSOWANIA

W 2010 r. zostanie wprowadzony pełen zakres mechanizmów finansowania oferowanych w ramach drugiego programu w dziedzinie zdrowia. Budżet na zaproszenia do składania wniosków dotyczące projektów został zmniejszony i położono większy nacisk na zaproszenia do składania ofert oraz na inne mechanizmy finansowania, takie jak wspólne działania i dotacje operacyjne. Mają one na celu maksymalizację skuteczności i wartości dodanej finansowanych działań oraz zapewnienie kierowania środków finansowych bardziej bezpośrednio na osiąganie celów programu. Jeżeli jednak zasoby z budżetu operacyjnego będą jeszcze dostępne pod koniec 2010 r., zostaną one przesunięte do finansowania dotacji wybranych jako priorytetowe na podstawie zaproszenia do składania wniosków dotyczących projektów w 2010 r.

([2]) Kwota orientacyjna podlegająca zatwierdzeniu przez władzę budżetową.

([3]) Kwota orientacyjna: kwota ta jest wartością maksymalną i zależy od rzeczywistej kwoty składki płaconej przez kraje EFTA/EOG i kraje kandydujące.

▼B

Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów będzie odpowiedzialna za wdrożenie wszystkich mechanizmów finansowania, oprócz pkt 2.7, 2.8 i 2.9, za które bezpośrednio odpowiada Komisja oraz oprócz niektórych zaproszeń do składani ofert (pkt 2.2), które będą realizowane przez Komisję. Odpowiednie zaproszenia i informacje będą publikowane na stronie internetowej Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów ([4]).

Wyłącznie mechanizm finansowania wskazany w odniesieniu do przedmiotowego tematu będzie miał zastosowanie do tematów opisanych w sekcji 3.2 *Tematy, których dotyczy pierwszy cel „Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli”, 3.3 Tematy, których dotyczy drugi cel „Promocja zdrowia” i 3.4 Tematy, których dotyczy trzeci cel „Tworzenie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia”.*

Zgodnie z motywem 33 decyzji programowej należy ułatwić współpracę z krajami trzecimi nieuczestniczącymi w programie. Nie powinno to jednak wiązać się z żadnym wkładem finansowym na rzecz tych krajów w ramach programu. Koszty podróży i utrzymania ekspertów zaproszonych z tych krajów lub do tych krajów można jednak uznać za koszty kwalifikowalne w wyjątkowych, właściwie uzasadnionych przypadkach, jeżeli przyczynia się to bezpośrednio do realizacji celów programu.

2.1. **Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów**

Dotacje powinny być finansowane w ramach pozycji w budżecie 17 03 06 – Działanie wspólnotowe w dziedzinie zdrowia. ►M1 Orientacyjną łączną kwotę w ramach zaproszenia do składania wniosków dotyczących projektów szacuje się na 16 300 000 EUR (około 34,7 % budżetu operacyjnego). ◄

W ostatnim kwartale 2009 r. (przybliżony termin) w Dzienniku Urzędowym zostanie opublikowane zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów. Zaproszenie będzie zawierało opis obszarów finansowania, kryteria wyboru i przyznawania finansowania oraz procedury składania i zatwierdzania wniosków.

Wszystkie projekty powinny wnosić znaczną wartość dodaną dla UE i mieć charakter innowacyjny. Ich czas trwania nie powinien przekraczać trzech lat. Oczekiwany wpływ projektu powinien być mierzony odpowiednimi wskaźnikami, najlepiej wskaźnikiem lat zdrowego życia (ang. *Healthy Life Years*). W stosownych przypadkach należy zamieścić informacje o tym, w jaki sposób zostanie uwzględniona perspektywa płci i nierówności w dziedzinie zdrowia.

Rozpatrywane będzie finansowanie tylko tych wniosków dotyczących projektów, które są bezpośrednio powiązane z tematami opisanymi w sekcjach 3.2, 3.3 i 3.4 i w przypadku których „zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektu” jest określone jako mechanizm finansowania. Nie będzie rozpatrywane finansowanie wniosków dotyczących szerszego zakresu tematycznego nieodpowiadającego konkretnemu opisowi określonego tematu.

We wszystkich wnioskach należy wykazać, w stosownych przypadkach, zdolność do osiągnięcia synergii z prowadzonymi obecnie działaniami badawczymi finansowanymi w ramach tematu „Zdrowie” i tematów powiązanych będących częścią siódmego programu ramowego w zakresie badań ([5]).

Jeżeli chodzi o przydział środków na zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów, czynione będą starania zmierzające do zachowania równowagi pomiędzy poszczególnymi celami programu, z uwzględnieniem jakości i ilości otrzymanych wniosków, chyba że dojdzie do sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego (np. pandemia grypy), która uzasadniałaby zmianę przydziału środków.

([4]) http://ec.europa.eu/eahc/
([5]) Dz.U. L 412 z 30.12.2006, s. 1.

▼B

Uwzględniając komplementarny i motywacyjny charakter dotacji wspólnotowych, co najmniej 40 % kosztów projektu należy sfinansować z innych źródeł. W związku z tym zwykły wkład finansowy nie może przekroczyć 60 % kwalifikowalnych kosztów danego projektu. Maksymalny procentowy udział przyznawanego wkładu będzie określany indywidualnie dla każdego przypadku.

Można ewentualnie przewidzieć maksymalny wkład Wspólnoty na jednego beneficjenta (tj. na głównego beneficjenta i współbeneficjenta) w wysokości 80 % kwalifikowalnych kosztów, w przypadku gdy wniosek charakteryzuje się wyjątkową użytecznością, zgodnie z pkt 3.1. Wkład Wspólnoty w wysokości przekraczającej 60 % kwalifikowalnych kosztów powinien być przyznany nie więcej niż 10 % finansowanych projektów.

Należy pamiętać, że orientacyjna kwota udziału finansowego Wspólnoty w wybranych projektach może być zwiększona o wartość nie przekraczającą 10 % kwoty wnioskowanej przez beneficjenta. Zawsze będzie ona ograniczona do kwoty uznanej za niezbędną do realizacji projektu.

Kryteria wyboru i przyznawania finansowania oraz inne kryteria dotyczące wkładów finansowych na rzecz działań programu, zgodnie z art. 4 decyzji programowej, przedstawiono szczegółowo w załączniku II.

Szczegóły dotyczące kwalifikowalności wydatków na podróż i pobyt przedstawiono w załączniku III.

2.2. **Zaproszenia do składania ofert**

Zamówienia na usługi powinny być finansowane w ramach pozycji 17 03 06 – Działanie wspólnotowe w dziedzinie zdrowia. Orientacyjną liczbę zamówień określono w pkt 3.2, 3.3 i 3.4 niniejszego planu prac. Wszystkie zamówienia są zamówieniami na usługi.

►**M1** Orientacyjną łączną kwotę w ramach zaproszeń do składania ofert szacuje się na 7 864 640 EUR (około 16,7 % budżetu operacyjnego). ◄ Zaproszenia do składania ofert zostaną ogłoszone w Dzienniku Urzędowym w pierwszej połowie 2010 r. (przybliżony termin).

2.3. **Wspólne działania**

Wspólne działania powinny być finansowane w ramach pozycji w budżecie 17 03 06 – Działanie wspólnotowe w dziedzinie zdrowia. ►**M1** Orientacyjną łączną kwotę w ramach zaproszenia do składania wniosków dotyczących wspólnych działań szacuje się na 16 000 000 EUR (około 34,1 % budżetu operacyjnego). ◄ W ostatnim kwartale 2009 r. (przybliżony termin) w Dzienniku Urzędowym zostaną opublikowane zaproszenia do składania wniosków dotyczących wspólnych działań.

Niektóre działania będą kwalifikowalne jako wspólne działania do finansowania przez Wspólnotę i co najmniej jedno państwo członkowskie lub przez Wspólnotę i właściwe organy innych krajów uczestniczących w programie. Kraje uczestniczące otrzymają możliwość złożenia wniosków w drodze zaproszenia do składania wniosków dotyczących wspólnych działań wyraźnie określonych jako takie w pkt 3.2, 3.3 i 3.4.

Wkłady Wspólnoty mogą zostać przyznane wyłącznie organom publicznym lub organizacjom typu non-profit, wyznaczonym przez państwo członkowskie lub przez przedmiotowy właściwy organ. Udział we wspólnych działaniach jest otwarty dla wszystkich państw członkowskich i innych krajów uczestniczących w programie.

▼B

Wkład Wspólnoty na wspólne działania nie może przekroczyć 50 %, z wyjątkiem przypadków wyjątkowej użyteczności, w których nie może przekroczyć 70 %. Wyjątkową użytecznością charakteryzują się wspólne działania:

— spełniające kryteria określone w pkt 3.1, oraz

— obejmujące uczestnictwo organów z co najmniej 10 krajów uczestniczących lub uczestnictwo organów z trzech krajów uczestniczących, jeżeli działanie jest proponowane przez organ państwa członkowskiego, które przystąpiło do Unii Europejskiej nie wcześniej niż 1 maja 2004 r., lub przez kraj kandydujący.

Kryteria wyboru i przyznawania finansowania dotyczące wspólnych działań są przedstawione w załączniku IV.

Szczegółowe informacje dotyczące kwalifikowalności wydatków na podróż i pobyt podano w załączniku III.

2.4. **Dotacje operacyjne**

Dotacje operacyjne powinny być finansowane w ramach pozycji w budżecie 17 03 06 – Działanie wspólnotowe w dziedzinie zdrowia. Orientacyjną łączną kwotę w ramach zaproszenia do składania wniosków dotyczących dotacji operacyjnych szacuje się na 2 000 000 EUR (około 4,3 % budżetu operacyjnego). W ramach tej kwoty 800 000 EUR jest zarezerwowane na nowe dotacje operacyjne wyraźnie wspomniane w sekcjach 3.2, 3.3 i 3.4, w których „dotacja operacyjna" jest określona jako mechanizm finansowania. Zarezerwowano 1 200 000 EUR na wznowienie dotacji operacyjnych przyznanych w ramach planu prac na 2009 r. Zaproszenie do składania wniosków zostanie opublikowane w Dzienniku Urzędowym w ostatnim kwartale 2009 r. (przybliżony termin).

Wsparcie finansowe działań może być przyznane organizacjom europejskim spełniającym kryteria przedstawione w załączniku V.

Wsparcie finansowe nie przekracza 60 % wydatków ponoszonych na realizację kwalifikowalnych działań. W przypadkach wyjątkowej użyteczności wkład Wspólnoty nie przekracza 80 %. Kryteria dotyczące wyjątkowej użyteczności są określone w pkt 3.1.

Jak określono w art. 4 ust. 2 decyzji programowej, wznowienie wkładów finansowych określonych w ust. 1 lit. b) na rzecz organizacji pozarządowych i sieci specjalistycznych może być wyłączone z zasady stopniowego zmniejszania. Zasadniczo wyłączenie takie będzie miało zastosowanie do organizacji wnioskodawców nieotrzymujących żadnych środków finansowych z sektora prywatnego [6] lub niezależnych od innego rodzaju sprzecznych interesów związanych z ich funkcjonowaniem (podstawowe finansowanie). W przypadku pozostałych wznowionych dotacji operacyjnych zastosuje się zmniejszenie o 5 punktów procentowych w porównaniu z procentowym udziałem współfinansowania przez Wspólnotę uzgodnionego w umowie w sprawie przyznania dotacji zawartej w wyniku zaproszenia do składania wniosków na 2009 r.

2.5. **Konferencje w dziedzinie zdrowia publicznego i oceny ryzyka**

Wkłady finansowe na rzecz konferencji organizowanych w dziedzinie zdrowia publicznego i oceny ryzyka powinny być finansowane z pozycji w budżecie 17 03 06 – Działanie wspólnotowe w dziedzinie zdrowia. ►M1 Orientacyjną łączną kwotę w ramach zaproszenia do składania wniosków dotyczących konferencji szacuje się na 850 000 EUR (około 1,8 % budżetu operacyjnego): 200 000 EUR na konferencje organizowane przez prezydencję Unii Europejskiej i 650 000 EUR na inne konferencje. ◄ Zaproszenie do składania wniosków dotyczących konferencji zostanie ogłoszone w ostatnim kwartale 2009 r. (przybliżony termin).

[6] Termin „sektor prywatny" obejmuje 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) lub wielkości (duże lub małe), nastawione na zysk, o ile nie są one kontrolowane publicznie.

▼B

Ze względów administracyjnych wszystkie konferencje kwalifikujące się do współfinansowania, z wyjątkiem konferencji organizowanych przez prezydencję, muszą odbyć się w 2011 r.

2.5.1. *Konferencje organizowane przez prezydencję Unii Europejskiej*

▼M1

Dwie konferencje zorganizowane przez prezydencję Unii Europejskiej, jedna organizowana przez Prezydencję w drugiej połowie 2010 r. i jedna organizowana przez Prezydencję w pierwszej połowie 2011 r., kwalifikują się do współfinansowania przez Unię Europejską do kwoty 100 000 EUR dla każdej z nich, przy maksymalnym poziomie współfinansowania Unii Europejskiej wynoszącym 50 % całkowitych kosztów kwalifikowalnych.

▼B

Wydarzenia te mają charakter wysoce polityczny oraz wiążą się z reprezentacją na najwyższym szczeblu krajowym i europejskim i mogą być organizowane wyłącznie przez państwo członkowskie sprawujące prezydencję. Zważywszy na wyjątkową rolę prezydencji w ramach działań Wspólnoty, państwo członkowskie odpowiedzialne za organizację takiego wydarzenia jest uważane za mające monopol *de jure*.

Zgodnie z art. 168 ust. 1 lit. c) przepisów wykonawczych, dotacje można przydzielić bez zaproszenia do składania wniosków organizacjom mającym monopol *de jure* lub *de facto*, właściwie umotywowany w decyzji dotyczącej przyznania.

Prezydencja przedkłada wniosek o dotację na konferencję do służb Komisji za pośrednictwem stałego przedstawicielstwa przynajmniej cztery miesiące przed danym wydarzeniem. Wniosek o dotację określa temat konferencji, proponowany program, projekt budżetu oraz skład komitetów naukowych i organizacyjnych.

▼M1

Konferencje organizowane przez prezydencje, które mają być współfinansowane w ramach planu prac na 2010 r., to: konferencja prezydencji poświęcona chorobom przewlekłym, zaplanowana na październik 2010 r. podczas prezydencji belgijskiej oraz konferencja prezydencji poświęcona działaniom w zakresie profilaktyki, zaplanowana na maj 2011 r. podczas prezydencji węgierskiej.

▼B

2.5.2. *Inne konferencje*

Zgodnie z art. 2 ust. 2 oraz pkt 3 załącznika do decyzji programowej wkłady finansowe Wspólnoty mogą zostać przyznane na organizację konferencji, które:

— są bezpośrednio związane z jednym z tematów opisanych w sekcjach 3.2, 3.3 i 3.4, nawet jeżeli wskazany jest inny mechanizm finansowania,

— obejmują swym zakresem całą Unię Europejską i odbywają się z udziałem przedstawicieli z co najmniej 10 krajów uczestniczących w drugim programie w dziedzinie zdrowia,

— są organizowane przez organ publiczny lub organizację typu non-profit, mające siedzibę w kraju uczestniczącym w drugim programie w dziedzinie zdrowia i posiadające odnośne doświadczenie w zakresie współpracy na poziomie europejskim.

▼B

Kryteria udzielania organizacjom europejskim wsparcia finansowego na organizowanie konferencji są określone w załączniku VI. Każda z wybranych konferencji kwalifikuje się do finansowania przez Wspólnotę do kwoty 100 000 EUR (maksimum 50 % łącznego budżetu). Każda przyznana dotacja zapewnia środki na sfinansowanie maksymalnie dwóch konferencji. Konferencje poświęcone wielu różnym kwestiom związanym ze zdrowiem, mające bardzo duże znaczenie polityczne, skupiające wiele organizacji i znaczną liczbę słuchaczy mogą w wyjątkowych sytuacjach uzyskać od Wspólnoty finansowanie w wysokości do 200 000 EUR.

2.6. **Współpraca z organizacjami międzynarodowymi**

Finansowanie współpracy z organizacjami międzynarodowymi powinno być zapewniane w ramach pozycji w budżecie 17 03 06 – Działanie wspólnotowe w dziedzinie zdrowia. ►**M1** Orientacyjną łączną kwotę szacuje się na 2 600 000 EUR (około 5,5 % budżetu operacyjnego). ◄

Zgodnie z art. 12 decyzji programowej, należy zachęcać do nawiązywania kontaktów i współpracy z odpowiednimi organizacjami międzynarodowymi. Będą one nawiązywane z tymi organizacjami międzynarodowymi, które mają zdolności niezbędne do zajęcia się priorytetami zdrowotnymi w Unii Europejskiej określonymi w rocznym planie prac. Będzie się to odbywać w ramach skutecznej współpracy z Komisją.

Wymienione poniżej organizacje międzynarodowe mają specyficzne zdolności powiązane z ich kompetencjami. Zdolności te sprawiają, że organizacje są szczególnie właściwe do przeprowadzania niektórych działań przedstawionych w niniejszym planie prac. Dlatego też w odniesieniu do tych działań dotacje bezpośrednie uznawane są za najbardziej odpowiedni i najskuteczniejszy mechanizm. Ponadto dotacje bezpośrednie przyczynią się do poprawy synergii i zdolności reagowania w odniesieniu do właściwych organizacji międzynarodowych.

Dla celów niniejszego planu prac organizacja międzynarodowa jest definiowana jako forma współpracy międzyrządowej nawiązana przez państwa w drodze podpisania porozumienia międzynarodowego, zarejestrowana lub zgłoszona do rejestracji w Sekretariacie Organizacji Narodów Zjednoczonych, mająca stałą strukturę organizacyjną i posiadająca status prawny wynikający z odpowiedniego porozumienia międzynarodowego umożliwiającego realizację jej funkcji i celu.

Zgodnie z art. 168 ust. 1 lit. f) przepisów wykonawczych środki na finansowanie działań organizacji międzynarodowych będą przydzielane na podstawie umów w sprawie przyznawania dotacji bez zaproszenia do składania wniosków na tematy wyraźnie określone w niniejszym planie prac. Organizacje międzynarodowe i ich biura krajowe lub regionalne nie kwalifikują się do finansowania jako beneficjenci główni lub współbeneficjenci w ramach zaproszeń do składania wniosków.

Kwota wkładu finansowego może wynosić najwyżej 60 % kwalifikowalnych kosztów takich działań na organizację. Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów określi w każdym przypadku wysokość wkładu Wspólnoty i zapewniony maksymalny procentowy udział wkładu.

Zgodnie z motywem 33 decyzji programowej działania, w których udział biorą kraje trzecie nieuczestniczące w drugim programie w dziedzinie zdrowia, nie są uznawane za koszty kwalifikowalne. Zasada ta ma także zastosowanie do umów w sprawie przyznawania dotacji zawieranych z organizacjami międzynarodowymi. Koszty podróży i utrzymania ekspertów zaproszonych z tych krajów lub do tych krajów można jednak uznać za koszty kwalifikowalne w wyjątkowych, właściwie uzasadnionych przypadkach, jeżeli przyczynia się to bezpośrednio do realizacji celów drugiego programu w dziedzinie zdrowia.

▼B

W 2010 r. wkład finansowy może być przydzielony wyłącznie następującym organizacjom międzynarodowym:

— Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD),

— Światowa Organizacja Zdrowia (WHO),

— Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej,

— Rada Europy (CoE),

— Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC).

2.7. **Komitety naukowe**

Działalność komitetów naukowych związana z programem zdrowia publicznego powinna być finansowana w ramach pozycji w budżecie 17 03 06 – Działanie wspólnotowe w dziedzinie zdrowia.

Celem komitetów naukowych jest udzielanie Komisji niezależnych porad wysokiej jakości dotyczących zagrożeń dla zdrowia. Finansowanie ma zapewnić funkcjonowanie komitetów naukowych zgodnie z decyzją Komisji 2008/721/WE ([7]): wynagrodzenia specjalne. Wynagrodzenia specjalne są wypłacane ekspertom za udział w spotkaniach i za opracowywanie opinii naukowych.

Ogólna kwota w wysokości 270 000 EUR (około 0,6 % budżetu operacyjnego) będzie przeznaczona na wypłaty diet uczestnikom posiedzeń związanych z pracami komitetów naukowych i sprawozdawców w celu przygotowania opinii w ramach komitetów naukowych. ([8]) Diety te będą obejmować udział w spotkaniach dotyczących wszystkich dziedzin związanych z drugim programem w dziedzinie zdrowia, tj. 100 % kosztów w odniesieniu do SCHER (Komitet Naukowy ds. Zagrożeń dla Zdrowia i Środowiska) i 50 % kosztów (orientacyjna wartość procentowa) w odniesieniu do SCENIHR (Komitet Naukowy ds. Pojawiających się i Nowo Rozpoznanych Zagrożeń dla Zdrowia) oraz kosztów związanych z koordynacją.

2.8. **Inne działania**

Inne działania dotyczące m.in.:

— organizowania warsztatów i spotkań ekspertów, włącznie z seminariami organizowanymi na poziomie krajowym z udziałem grup ekspertów w celu wymiany najlepszych praktyk w obszarach rocznego planu prac,

— publikowania i różnych inicjatyw komunikacyjnych w celu promowania drugiego programu w dziedzinie zdrowia,

będą finansowane głównie w ramach pozycji w budżecie „17 01 04 02 – Wydatki na zarządzanie administracyjne programem” poprzez zaproszenia do składania ofert.

W odniesieniu do konkretnych kwestii technicznych opisanych w rozdziale 3 przewiduje się zawarcie umów administracyjnych w sprawie udzielania zamówień ze Wspólnym Centrum Badawczym. Będą one finansowane w ramach pozycji w budżecie 17 03 06 – Działanie wspólnotowe w dziedzinie zdrowia. Wspólne Centrum Badawcze nie jest uprawnione do otrzymywania środków finansowych jako beneficjent dotacji. ►M1 Na ten cel przeznaczona zostanie ogólna orientacyjna kwota w wysokości 1 100 000 EUR (około 2,3 % budżetu operacyjnego). ◄

([7]) Dz.U. L 241 z 10.9.2008, s. 21.
([8]) Zob. przypis 11.

▼B

2.9. **Płatności wspólnotowe na rzecz ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu**

Wspólnota Europejska jest pełnoprawną stroną ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu. Płatności wkładów Wspólnoty za lata 2010-2011 w ramach ramowej konwencji WHO będą dokonywane w ramach pozycji w budżecie 17 03 05 – „Porozumienia międzynarodowe i członkostwo organizacji międzynarodowych w dziedzinie zdrowia publicznego i ograniczania użycia tytoniu". Wkład Wspólnoty nie jest więc finansowany w ramach programu „Zdrowie". Płatności wspólnotowe są dokonywane na podstawie decyzji w sprawie planu pracy i budżetu na okres finansowy 2010-2011 przyjętej na trzeciej konferencji stron konwencji w listopadzie 2008 r. (FCTC/COP/3/19).

Wkład Wspólnoty Europejskiej na dwuletni okres (2010-2011) jest ustalony na poziomie 283 374 USD. Plan prac obejmuje m.in. takie kwestie, jak organizacja czwartej sesji konferencji stron, opracowanie protokołu dotyczącego nielegalnego handlu tytoniem, utworzenie instrumentu sprawozdawczego w ramach konwencji i zarządzanie nim oraz przygotowanie wytycznych służących wdrożeniu tego instrumentu. W celu wdrożenia postanowień art. 9 i 10 wytyczne będą regulowały takie kwestie, jak zawartość wyrobów tytoniowych i jej ujawnianie, a w celu wdrożenia art. 12 będą regulowały kwestie edukacji, komunikacji, szkolenia i świadomości publicznej. Sekretariat ramowej konwencji WHO będzie zarządzał środkami finansowymi zgodnie z przepisami finansowymi WHO.

3. OBSZARY PRIORYTETOWE NA 2010 R.

Tematy na 2010 r. wybrano zgodnie z decyzją programową i strategią w zakresie zdrowia określoną w białej księdze „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013" ([9]), w których zidentyfikowano trzy główne aspekty działania dotyczące promowania zdrowego starzenia się w ramach cyklu życia, zwalczania zagrożeń dla zdrowia i wspierania dynamicznych i innowacyjnych systemów opieki zdrowotnej. Te ogólne cele są regulowane w niniejszym planie prac za pośrednictwem działań horyzontalnych w takich dziedzinach, jak uwarunkowania zdrowotne, oraz szczególnych działań dotyczących określonych chorób i warunków. Uwzględnione są w nich także tematy z przyjętego w maju 2009 r. wieloletniego programu prac grupy roboczej wysokiego szczebla ds. zdrowia publicznego w ramach Rady. Do tematów tych należą następujące zagadnienia: zdrowie to skarb – związki między zdrowiem społeczeństwa a wydajnością gospodarczą i dobrobytem; jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjentów; równowaga systemów opieki zdrowotnej w obliczu wyzwań, takich jak starzenie się społeczeństwa; nierówności w dziedzinie zdrowia w państwach członkowskich i między nimi; bezpieczeństwo zdrowotne – nadzór i reagowanie na zagrożenia dla zdrowia; ochrona zdrowia na świecie; zmiany klimatu; informacje dotyczące zdrowia na poziomie UE oraz technologie informacyjno-komunikacyjne. W stosownych przypadkach należy uwzględnić aspekt płci i grupy narażone.

Działania, dla których wnioskowane ma być finansowanie w ramach danych tematów, należy rozpatrywać w kontekście tematów już finansowanych w ramach wcześniejszego ([10]) i aktualnego programu. W kolejnych latach realizacji programu można dodawać inne tematy.

Celem drugiego programu w dziedzinie zdrowia jest promowanie synergii z innymi programami wspólnotowymi realizowanymi w dziedzinie zdrowia, a mianowicie z siódmym programem ramowym w zakresie badań w ramach tematu „Zdrowie". Wnioski złożone w ramach drugiego programu w dziedzinie zdrowia nie powinny zawierać elementów, które w istotny sposób odnoszą się do badań. Podjęte zostaną starania, by uniknąć nakładania się lub powielania między drugim programem w dziedzinie zdrowia, siódmym programem ramowym i innymi programami wspólnotowymi.

([9]) http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/health_strategy_en.htm
([10]) http://ec.europa.eu/health/ph_projects/project_en.htm

▼B

3.1. **Kryteria dotyczące wyjątkowej użyteczności**

Zgodnie z działaniami, o których mowa w art. 2 ust. 2 decyzji programowej, i ze zobowiązaniami w strategii UE w zakresie zdrowia do pracy nad poprawą zdrowia we wszystkich sektorach, status wyjątkowej użyteczności zostanie przyznany wnioskom charakteryzującym się znaczącą 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,

  — ograniczenie nierówności w dziedzinie zdrowia w państwach członkowskich i regionach UE oraz pomiędzy nimi,

  — rozwijanie zdolności do tworzenia i wdrażania skutecznej polityki zdrowia publicznego, szczególnie 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 strony zainteresowane w szerzej rozumianym społeczeństwie obywatelskim, których podstawowe cele nie ograniczają się do zdrowia publicznego (na przykład wśród młodzieży, grup etnicznych i w innych obszarach interesu publicznego, takich jak środowisko i sport).

Wnioski spełniające wyżej wymienione 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 następujących sekcjach.

3.1.1. *Wyjątkowa użyteczność projektów*

Wnioski dotyczące projektów wymagających współfinansowania w wysokości przekraczającej 60 % będą musiały spełniać następujące kryteria:

— co najmniej 60 % całkowitego budżetu przeznaczonego 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 kwartylu wszystkich państw członkowskich UE. Kryterium to ma przyczynić się do zmniejszenia nierówności w dziedzinie 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 promowanie 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 programu „Zdrowie” Wspólnoty Europejskiej. Kryterium to ma na celu promowanie zaangażowania nowych podmiotów prowadzących działania na rzecz zdrowia.

▼B

3.1.2. *Wyjątkowa użyteczność wspólnych działań*

Wnioski dotyczące wspólnych działań wymagających współfinansowania w wysokości przekraczającej 50 % będą musiały spełniać następujące kryteria:

— co najmniej 60 % całkowitego budżetu przeznaczonego 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 kwartylu wszystkich państw członkowskich UE. Kryterium to ma na celu przyczynienie się do zmniejszenia nierówności w dziedzinie 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 promowanie 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 programu „Zdrowie" Wspólnoty Europejskiej. 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 trzech krajów uczestniczących, jeżeli działanie jest proponowane przez organ państwa członkowskiego, które przystąpiło do Unii Europejskiej nie wcześniej niż 1 maja 2004 r. lub przez kraj kandydujący.

3.1.3. *Wyjątkowa użyteczność dotacji operacyjnych*

Nowe wnioski dotyczące dotacji operacyjnych wymagających współfinansowania w wysokości przekraczającej 60 % będą musiały spełniać następujące kryteria:

— co najmniej 25 % liczby członków lub członków kandydatów organów 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 kwartylu wszystkich państw członkowskich UE,

— zmniejszenie nierówności w dziedzinie zdrowia na poziomie UE, krajowym lub regionalnym przejawia się w misji oraz w rocznym programie pracy organizacji wnioskodawców/wyspecjalizowanej sieci.

W przypadku wznowionych dotacji operacyjnych status wyjątkowej użyteczności pozostanie taki sam, jak w ramach zaproszenia do składania wniosków z 2009 r.

3.2. **Tematy, których dotyczy pierwszy cel „Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli"**

Celem działań opisanych w niniejszej sekcji jest ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia.

Zdolność skutecznego szybkiego reagowania jest niezbędna, aby zapobiegać występowaniu zagrożeń dla zdrowia publicznego, na przykład chorobom zaraźliwym lub atakom chemicznym lub biologicznym oraz chorobom środowiskowym. Zajęcie się takimi zagrożeniami wymaga skutecznej koordynacji na

▼B

poziomie UE. Zasada swobodnego przepływu zwiększa potrzebę zachowania czujności umożliwiającej szybką reakcję na główne transgraniczne zagrożenia dla zdrowia, takie jak pandemie, bioterroryzm lub uwarunkowane środowiskowo zagrożenia dla zdrowia, np. zanieczyszczenie środowiska zagrażające więcej niż jednemu państwu członkowskiemu lub zagrożenia rozprzestrzeniające się poprzez zakażone wektory. Zagrożenia te pociągają za sobą działania leżące w kompetencjach międzysektorowych, takie jak ochrona ludności i ochrona środowiska.

Działania prowadzone w ramach drugiego programu w dziedzinie zdrowia przyczyniają się do wdrażania strategii i mechanizmów umożliwiających reagowanie na zagrożenia dla zdrowia, w tym nowo powstające zagrożenia, poprzez wspieranie:

— zarządzania zagrożeniami związanymi z chorobami zaraźliwymi w oparciu o ocenę ryzyka prowadzoną przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) ([11]),

— działań prowadzonych przez Komitet ds. Bezpieczeństwa Zdrowia (HSC) ([12]) w sprawie gotowości w dziedzinie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz zdolność do reagowania i planowania ze strony państw członkowskich w sytuacji ataków środkami biologicznymi, chemicznymi i radiologicznymi.

3.2.1. *Ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia (załącznik – pkt 1.1.1, 1.1.2 i 1.2.3)*

W celu podniesienia poziomu ochrony obywateli europejskich przed zagrożeniami dla zdrowia określono trzy obszary priorytetowe:

— profilaktyka i kontrola istniejących lub nowo powstających chorób zaraźliwych,

— gotowość w zakresie zagrożenia zdrowia,

— zdolność reagowania na ataki chemiczne, biologiczne, radiologiczne i jądrowe.

3.2.1.1. Profilaktyka i kontrola istniejących lub nowo powstających chorób zaraźliwych (załącznik – pkt 1.1.1, 1.1.2 i 1.2.3)

▼M1

_____

▼B

Zapobieganie chorobom jest ściśle związane z wiedzą specjalistyczną i gotowością ludzi do udziału w programach profilaktyki chorób zaraźliwych. Jak wykazuje literatura oparta na faktach ([13]), zapobieganie chorobom polega na stosowaniu różnych strategii: kampanii komunikacyjnych, programów szczepień i szkoleń specjalistów. Uwzględnia ono specyficzne cechy trudnodostępnych grup ludności (niezależnie od prawa pobytu), ludności narażonej obejmującej migrantów, grupy mniejszościowe/zmarginalizowane oraz grupy wysokiego ryzyka (np. ze względu na uzależnienia lub zachowania seksualne).

([11]) Wnioski otrzymane w ramach drugiego programu w dziedzinie zdrowia nie powinny powielać wniosków należących do kompetencji Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Strategiczny wieloletni program Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób na lata 2007–2013 znajduje się na stronie internetowej http://www.ecdc.europa.eu/en/About_us/Key_documents/Documents/ECDC_MAS_.pdf

([12]) http://ec.europa.eu/health/ph_threats/Bioterrorisme/docs/keydo_bio_05_en.pdf

([13]) http://ec.europa.eu/health-eu/doc/vaccination_workshop.pdf; http://ec.europa.eu/phea/technical_meetings/technical_meetings_en.html

▼B

— Działania zapobiegawcze, w tym kampanie komunikacyjne dotyczące określonych chorób (gruźlicy, zapalenia wątroby, grypy sezonowej, grypy typu A/H1N1) i szczepień, skierowane do opinii publicznej i specjalistów. Ich celem jest pogłębienie wiedzy ogólnej i specjalistycznej w zakresie podstawowych kwestii związanych z profilaktyką chorób zaraźliwych, w tym chorób, którym zapobiega szczepienie, oraz identyfikacja najlepszych praktyk w zakresie zarządzania tymi kwestiami i ich kontroli na szczeblu państwa członkowskiego, takich jak poprawa usług i ulepszony przydział środków. Powinno to pomóc w podjęciu odpowiednich działań w zakresie profilaktyki i przez to przyczynić się do lepszego wdrożenia krajowych planów dotyczących gruźlicy, zapalenia wątroby i szczepień. Ocena tych działań przyczyni się do udoskonalenia metod profilaktyki skierowanych w szczególności do trudnodostępnych grup ludności i do grup mniejszościowych/zmarginalizowanych.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Szkolenia dotyczące określonych chorób (gruźlicy, zapalenia wątroby, grypy sezonowej, grypy typu A/H1N1) i szczepień organizowane dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i dla osób niebędących „pracownikami służby zdrowia”, takich jak osoby pracujące w obszarach edukacyjnym i społecznym. Celem szkoleń jest poszerzenie umiejętności w zakresie uwzględniania specyficznych cech trudnodostępnych grup ludności, ludności narażonej, grup wysokiego ryzyka oraz grup mniejszościowych/zmarginalizowanych w odniesieniu do chorób zaraźliwych i szczepień, co przyczyniłoby się do sprawniejszego wdrażania krajowych planów dotyczących gruźlicy, zapalenia wątroby i szczepień. Zatwierdzone narzędzia i metody szkolenia utworzone w ramach działania zostaną rozpowszechnione i dostosowane do warunków krajowych.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

Skuteczniejsza kontrola chorób zaraźliwych

Kontrola chorób zaraźliwych wymaga zastosowania skutecznych narzędzi pozwalających na monitorowanie i ocenę skuteczności programów dotyczących chorób zaraźliwych. Wymienione poniżej działania mają na celu zapewnienie lepszej oceny istniejących modeli integracji i zarządzania oraz umożliwienie dodatkowego wglądu w przydział środków i w zobowiązania państw członkowskich w odniesieniu do gruźlicy.

▼M1

_____

▼B

Kontrola chorób zaraźliwych, którym zapobiega szczepienie, wymaga wyraźnego określenia zasięgu szczepień. Wspieranie tworzenia rejestrów szczepień (zawierających dane dotyczące poszczególnych przypadków, w tym wykonanych szczepień, numerów serii, dat szczepienia) stanowi istotny element rozwoju wymagający bliskiej współpracy między organami państw członkowskich. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób współpracowało już z państwami członkowskimi w tym zakresie.

— Utworzenie zestawu narzędzi wykorzystywanego na potrzeby rejestrów szczepień, wskazanie sposobów współpracy z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób oraz badanie warunków przeniesienia, dostosowania i wykorzystania tych narzędzi w państwach członkowskich. Ich celem jest poprawa krajowych, regionalnych i lokalnych systemów zgłaszania w kwestiach związanych ze szczepieniami przy wykorzystaniu wspólnych narzędzi, co ułatwi porównywanie zasięgu szczepień w państwach członkowskich.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

▼B

3.2.1.2. Zwiększenie gotowości i przyspieszenie reagowania na sytuacje zagrożenia zdrowia, w tym na zmiany klimatu oraz kwestie związane z pandemią grypy i współpracą międzyregionalną (załącznik – pkt 1.1.1, 1.1.3 i 1.1.5)

Wspieranie gotowości w sytuacjach kryzysowych

Strategia wspierania gotowości w sytuacjach kryzysowych opiera się na synergii między kilkoma różnymi rodzajami działań.

▼M1

_____

▼B

— Organizacja szkolenia pracowników i przeprowadzanie ćwiczeń na szczeblu europejskim jako podstawowy element zasady gotowości.

[Zaproszenie do składania ofert]

Opracowanie narzędzi informacyjnych, wymiana informacji i mechanizmy gromadzenia danych

— Monitorowanie mechanizmów wymiany informacji w zakresie zarządzania kryzysowego oraz komunikacja i powiązania z międzynarodowymi narzędziami wymiany informacji.

[Umowa administracyjna ze Wspólnym Centrum Badawczym]

— Opracowanie lub ulepszanie istniejących innowacyjnych narzędzi technologii informacyjnej i sieci służących do wykrywania i analizy zagrożeń dla zdrowia, takich jak system informacji geograficznej, nowy system wczesnego ostrzegania i przewidywania, narzędzia modelowania, świadomości sytuacyjnej i zarządzania kryzysowego.

[Umowa administracyjna ze Wspólnym Centrum Badawczym]

▼M1

_____

▼B

Zacieśnienie współpracy między sektorami

Współpraca międzysektorowa jest jedną z głównych kwestii związanych z planami gotowości i reagowania na zagrożenia dla zdrowia. Współpracę tę należy nawiązać na różnych polach, takich jak systemy nadzoru i ostrzegania ([14]) (np. numer 112).

— Opracowywanie strategii opierającej się na ocenie wyciągniętych wniosków w odniesieniu do zacieśniania współpracy międzysektorowej w reakcji na zagrożenia dla zdrowia w zakresie nadzoru, gotowości i reagowania oraz w odniesieniu do systemów ostrzegania we wszystkich istotnych sektorach. Szczególne znaczenie przypisuje się m.in. transgranicznej koordynacji interoperacyjności i wzmocnieniu wspólnych reakcji na nagłe pojawianie się zagrożeń dla zdrowia. Celem tej strategii jest poprawa gotowości i reagowania na zagrożenia dla zdrowia poprzez prowadzenie współpracy z odpowiednim sektorem (odpowiednimi sektorami), na przykład z sektorami transportu, sił ochrony ludności i sił bezpieczeństwa zaangażowanymi w ciągłość działań. Celem jest także określenie sposobów poprawy. Szczególne zainteresowanie budzi wykorzystywanie wyników w ramach międzysektorowego zarządzania kryzysowego.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

([14]) Rozdział 5, początek strony 31 wskazówek technicznych dotyczących ogólnego planowania gotowości na wypadek zagrożenia zdrowia publicznego: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/Bioterrorisme/keydo_bio_01_en.pdf

▼B

Wspieranie dostosowywania sektora zdrowia do konsekwencji zmian klimatu

W Europie podejmuje się środki mające zapobiegać globalnemu ociepleniu i ewentualnym katastrofalnym zmianom klimatu, o których mowa w białej księdze WE „Adaptacja do zmian klimatu” ([15]).

— Wdrożenie działań zaproponowanych w dokumencie uzupełniającym białą księgę WE dotyczącym wpływu zmian klimatu na zdrowie ([16]) w odniesieniu do ekstremalnych warunków pogodowych, opracowywania modeli wpływu na zdrowie, szkoleń, uwzględnienia wpływu zmian klimatu na grupy narażone oraz współpracy z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, WHO i sąsiednimi krajami.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

3.2.1.3. Doskonalenie istniejącej zdolności do reagowania na zagrożenia ze strony środków biologicznych, chemicznych i radiologicznych oraz na pojawiające się obciążenie środowiska chorobami (załącznik – pkt 1.1.1 i 1.1.4)

Komitet ds. Bezpieczeństwa Zdrowia (HSC) opracowuje działania mające na celu koordynowanie i wspieranie gotowości państw członkowskich w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i ich zdolności do reagowania na ataki środkami biologicznymi, chemicznymi i radiologicznymi oraz do planowania obrony przed tymi atakami.

Drugi program w dziedzinie zdrowia identyfikuje dodatkowe zagrożenia dla zdrowia i odnosi się do kwestii interoperacyjności mechanizmów, systemów opieki zdrowotnej, planów i strategii, ze szczególnym uwzględnieniem działań międzysektorowych.

Wspieranie laboratoriów referencyjnych i poprawa oceny toksyczności chemikaliów przemysłowych i zagrożeń radioaktywnych

Przewidziane działania mają na celu wspieranie laboratoriów referencyjnych państw członkowskich w zakresie chemikaliów i substancji radioaktywnych oraz oceny toksyczności chemikaliów przemysłowych i zagrożeń radioaktywnych.

▼M1

———————

▼B

— Tworzenie sieci oceny ryzyka toksyczności chemikaliów przemysłowych i zagrożeń radioaktywnych. Celem jest wykształcenie umiejętności oceny ryzyka w odniesieniu do chemikaliów i zagrożeń radioaktywnych.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Opracowanie naukowo zatwierdzonych, opartych na dowodach środków zaradczych związanych ze zdrowiem publicznym. Celem jest opracowanie protokołów szybkiej analizy zagrożeń i ryzyka w odniesieniu do chemikaliów i zagrożeń radioaktywnych.

[Zaproszenie do składania ofert]

([15]) http://ec.europa.eu/environment/climat/adaptation/index_en.htm http://ec.europa.eu/health/ph_threats/climate/docs/com_2009_147_en.pdf

([16]) Dokument roboczy Służb zatytułowany „Wpływ zmian klimatu na zdrowie ludzi, zwierząt i roślin”: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/climate/climate_en.htm http://ec.europa.eu/health/ph_threats/climate/docs/com_2009-147_en.pdf

▼B

Zwiększenie zdolności w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego na świecie

Współczesne wyzwania dla bezpieczeństwa zdrowotnego nie ograniczają się tylko do samych kwestii zdrowotnych, takich jak choroby zaraźliwe lub do zagrożeń związanych z umyślnym lub przypadkowym uwolnieniem środków biologicznych, chemicznych, radiologicznych i jądrowych. Bezpieczeństwo zdrowotne powinno być wspólnym przedmiotem zainteresowania wszystkich sektorów polityki.

▼M1

_____

▼B

— Porównanie podejść, w tym benchmarkingu, wskazówek, wymiany najlepszych praktyk i modeli organizacyjnych w odniesieniu do pomocy w sytuacjach kryzysowych i analizy warunków przeniesienia i dostosowania do innych kontekstów ([17]). Celem tego porównania jest ograniczenie wpływu sytuacji kryzysowych na masową skalę i przedstawienie wytycznych umożliwiających dostosowanie środków zdrowia publicznego do zagrożeń, które mogą osiągnąć zasięg międzynarodowy rozprzestrzeniając się np. w portach morskich lub portach lotniczych. Koordynacja europejskiego systemu reagowania ma istotne znaczenie dla skuteczności każdej strategii powstrzymywania lub opóźniania. Konstrukcja ta jest także powiązana z powszechnym stosowaniem międzynarodowych przepisów zdrowotnych WHO (ang. *International Health Regulations – IHR*).

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Lepsze budowanie zdolności do przeprowadzania wspólnych operacji egzekwowania prawa przez organy bezpieczeństwa i organy odpowiedzialne za zdrowie na podstawie dokumentu roboczego KE w sprawie łączenia bezpieczeństwa i zdrowia ([18]). Dokument ten koncentruje się na współpracy organów odpowiedzialnych za zdrowie obywateli z organami ścigania na szczeblu krajowym, współpracy między państwami członkowskimi i na szczeblu UE oraz zawiera zestawienie dobrych praktyk mających na celu wspieranie państw członkowskich w ulepszaniu ich struktur krajowych, w podnoszeniu świadomości i zacieśnianiu europejskiej współpracy i koordynacji.

[Wspólne działania]

— Międzynarodowa konferencja na temat globalnego bezpieczeństwa zdrowotnego ([19]). Jej celem jest lepsze zdefiniowanie współzależności między bezpieczeństwem zdrowotnym i innymi sektorami, umocnienie światowych powiązań na drodze wymiany wiedzy i dobrych praktyk dotyczących kwestii bezpieczeństwa zdrowotnego oraz określenie kilku kluczowych obszarów bezpieczeństwa zdrowotnego. W konferencji wezmą udział europejskie podmioty działające w dziedzinie zdrowia publicznego i w innych istotnych obszarach polityki, podmioty międzynarodowe, takie jak Ogólnoświatowa Inicjatywa na rzecz Bezpieczeństwa Zdrowotnego, kraje grupy G8, WHO, organizacje obronne, takie jak NATO, oraz organizacje humanitarne i organizacje społeczeństwa obywatelskiego. Umożliwi ona także rozwój komunikacji w sprawie wewnętrznych i zewnętrznych aspektów bezpieczeństwa zdrowotnego.

[Zaproszenie do składania ofert]

([17]) „Wskazówki techniczne dotyczące ogólnego planowania gotowości na wypadek sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego” http://ec.europa.eu/health/ph_threats/Bioterrorisme/keydo_bio_01_en.pdf

([18]) http://s-sanco-europa/health/ph_threats/com/preparedness/prephome/cbrn_en.htm.

([19]) Komunikat Komisji: Ogólnoświatowe bezpieczeństwo zdrowotne zaplanowane na jesień 2009 r.

▼B

3.2.2. *Poprawa bezpieczeństwa obywateli (załącznik – pkt 1.2 i 1.2.3)*

W ramach poprawy bezpieczeństwa obywateli należy się skupić na dwóch obszarach priorytetowych: działaniach profilaktycznych w obszarze bezpieczeństwa pacjentów oraz opiniach naukowych i ocenie ryzyka.

3.2.2.1. Opracowanie działań profilaktycznych w obszarze bezpieczeństwa pacjentów

Pracownicy opieki zdrowotnej przywiązują szczególną uwagę do kwestii oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe i kwestii zakażeń związanych z opieką zdrowotną ([20]). Wymiana informacji i szkolenia odgrywają istotną role w ulepszaniu praktyki zawodowej.

▼M1

_____

▼B

— Szkolenia pracowników opieki zdrowotnej i pedagogów do spraw zdrowia. Ich celem jest zastosowanie narzędzi opracowanych w ramach działań finansowanych w ramach planu prac na 2009 r. drugiego programu w dziedzinie zdrowia będącego wspólną podstawą. Szczególna uwaga będzie poświęcona specyficznym cechom profilaktyki, w szczególności właściwemu stosowaniu antybiotyków w trudnodostępnych grupach ludności (np. niezależnie od prawa pobytu, wśród migrantów, w grupach mniejszościowych/zmarginalizowanych).

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

3.2.2.2. Opinie naukowe i ocena ryzyka (załącznik – pkt 1.2.1)

— Udostępnianie Komisji niezależnych opinii wysokiej jakości dotyczących zagrożeń dla zdrowia. Zapewnienie funkcjonowania komitetów naukowych zgodnie z decyzją 2008/716/WE: wynagrodzenia specjalne. Wynagrodzenia specjalne są wypłacane ekspertom za opracowywanie opinii naukowych.

[Komitety naukowe]

— Dialog w sprawie oceny ryzyka prowadzony za pośrednictwem warsztatu – konferencji Nano. Celem jest zebranie w jednym miejscu naukowców, osób dokonujących oceny ryzyka, organów władzy publicznej, przedstawicieli przemysłu, konsumentów i organizacji pozarządowych zajmujących się ochroną środowiska, aby przeanalizowali i przedyskutowali aktualną sytuację naukową, przepisy, osiągnięcia międzynarodowe, zarządzanie ryzykiem i komunikację oraz, aby określili właściwe środki ulepszenia wskazówek wspierających bezpieczny, zintegrowany i odpowiedzialny rozwój nanotechnologii.

[Zaproszenie do składania ofert]

▼M1

_____

([20]) Zalecenie Rady 2002/77/WE z dnia 15 listopada 2001 r. w sprawie racjonalnego stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych w leczeniu ludzi
http://eur-lex.europa.eu/pri/en/oj/dat/2002/l_034/l_03420020205en00130016.pdf
Sprawozdanie Komisji do Rady na podstawie sprawozdań państw członkowskich w sprawie wdrożenia zalecenia Rady 2002/77/WE z dnia 15 listopada 2001 r. w sprawie racjonalnego stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych w leczeniu ludzi (z dnia 22 grudnia 2005 r.)
http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/mic_res/com684_en.pdf

▼B

— Dialog w sprawie oceny ryzyka prowadzony w ramach II konferencji międzynarodowej. Jego celem jest ułatwienie prowadzenia globalnego dialogu w zakresie oceny ryzyka przez specjalistów ds. oceny ryzyka z udziałem organów zajmujących się tą kwestią w UE i ich głównych partnerów międzynarodowych. Dialog ten jest związany z transatlantyckim dialogiem na temat oceny ryzyka prowadzonym przez Komisję Europejską z USA i Kanadą i rozwija go. Jest to druga, organizowana dwa razy w roku, międzynarodowa konferencja w sprawie oceny ryzyka. Pierwsza konferencja odbyła się w dniach 13-14 listopada 2008 r.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Informowanie o ryzyku za pośrednictwem podsumowań opinii naukowych napisanych niefachowym językiem. Jej celem jest opracowanie tekstów internetowych zawierających informacje z wybranych opinii komitetów naukowych ds. produktów nieżywnościowych, których forma i język pozwolą laikom na zrozumienie przedmiotowych zagadnień.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Pomoc techniczna udzielana komitetom naukowym. Jej celem jest wyszukiwanie i odzyskiwanie naukowej masy krytycznej oraz wsparcie przy redagowaniu opinii naukowych i przy kontroli ich jakości. Pozwoli to komitetom naukowym skupić się wyłącznie na kwestiach naukowych i na ocenie danych naukowych.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Wspólne sprawozdania doradców w sprawie aspektów metodologicznych oceny ryzyka i w sprawie nowo powstających zagrożeń dla zdrowia, wspierające lub uzupełniające działania komitetów i paneli naukowych UE, przygotowane wspólnie przez kilka organów doradczych ds. nauki działających w państwach członkowskich.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

▼M1

_____

▼B

— Informowanie o ryzyku poprzez publikację wyników i informacji o działalności prowadzonej przez komitety naukowe ds. produktów nieżywnościowych w czasopismach naukowych i innych mediach. Celem publikacji jest lepsze uwidocznienie tego rodzaju działalności i zwiększenie jej rozpoznawalności, zarówno w kręgach akademickich, jak i wśród opinii publicznej.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Informowanie o ryzyku przez poprawianie i uaktualnienie stron internetowych komitetów naukowych i powiązanych stron internetowych (np. poświęconych nanotechnologii, polom elektromagnetycznym). Celem tego rodzaju działań jest zwiększenie widoczności i poprawa komunikacji z dziennikarzami, zainteresowanymi stronami i opinią publiczną.

[Zaproszenie do składania ofert]

▼M1

_____

_____

▼B

3.2.2.3. Bezpieczeństwo krwi, tkanek, komórek i narządów (załącznik – pkt 1.2.2)

— Organizacja szkoleń poświęconych kwestii tkanek i komórek dla określonej liczby inspektorów. Celem tych szkoleń jest ujednolicenie wiedzy na temat inspekcji i sposobu ich przeprowadzania w UE oraz zwiększenie liczby przeszkolonych specjalistów. Takie ujednolicenie praktyki dotyczącej inspekcji zwiększy wzajemne zaufanie, a tym samym pobudzi współpracę państw członkowskich.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Współpraca *ad hoc* z Radą Europy w zakresie szczególnych zagadnień związanych z substancjami pochodzenia ludzkiego (krwią, tkankami, komórkami, narządami) mająca na celu dalsze rozwijanie i wzmacnianie działań UE w tej dziedzinie.

Aby promować i chronić ludzkie zdrowie Komisja współpracuje z Radą Europy w zakresie norm jakości związanych z gromadzeniem/zamówieniami, badaniami, przetwarzaniem, przechowywaniem, składowaniem i dystrybucją składników krwi, narządów, tkanek i komórek. Taka współpraca *ad hoc* przyczynia się do wdrażania przepisów wspólnotowych i polityki w tej dziedzinie.

[Umowa w sprawie przyznania dotacji bezpośredniej zawarta z Radą Europy]

Mając na celu wspieranie wdrożenia 10 konkretnych działań priorytetowych określonych w komunikacie Komisji „Plan działania dotyczący dawstwa i przeszczepiania narządów (2009–2015): zacieśnianie współpracy między państwami członkowskimi" (COM(2008) 819 wersja ostateczna) ([21]):

(1) Szkolenie pracowników służby zdrowia. Działania priorytetowe 1 i 3 zwracają szczególną uwagę na rolę koordynatorów ds. transplantacji. Celem szkoleń jest dopilnowanie, aby w państwach członkowskich powołano takich kluczowych pracowników służby zdrowia i zapewniono im ciągłe szkolenia. Powinno to doprowadzić do zwiększenia liczby dobrze wyszkolonych koordynatorów ds. transplantacji. Wykazano już, że kluczowi pracownicy służby zdrowia odgrywają istotną rolę w zwiększaniu wskaźników dawstwa narządów.

[Zaproszenie do składania ofert]

(2) Promowanie działań (działanie priorytetowe 6) i współpraca regionalna. Zadaniem planu działań jest zacieśnienie współpracy i zwiększenie koordynacji działań państw członkowskich w zakresie dawstwa i przeszczepiania narządów. Ma to na celu ułatwienie takiej współpracy między państwami członkowskimi, w których istnieje dobrze rozwinięty system działań związanych z transplantacją, a państwami członkowskimi, w których system ten jest usprawniany lub rozwijany. Taki proces uczenia się od siebie nawzajem doprowadzi do zwiększenia skuteczności i dostępności systemów działań związanych z transplantacją.

[Wspólne działania i dotacje operacyjne]

([21]) http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/oc_organs/docs/organs_action_en.pdf

▼B

(3) Finansowanie warsztatów z uwzględnieniem sposobu usprawnienia informowania opinii publicznej i pracowników służby zdrowia o nowych osiągnięciach w przedmiotowej dziedzinie (działanie priorytetowe 4 + 5). Jednym z celów jest poprawa jakości informacji dotyczących dawstwa i przeszczepiania narządów przekazywanych opinii publicznej. W trakcie warsztatów mogłyby zostać poruszone takie tematy, jak rozwijanie umiejętności komunikacyjnych pracowników służby zdrowia i grup wsparcia, a w jego ramach mogłyby być przeprowadzone seminaria dotyczące sposobów reagowania na negatywne informacje w mediach. Powinno to doprowadzić do podniesienia świadomości i pogłębienia wiedzy na temat dawstwa i przeszczepiania narządów.

[Zaproszenie do składania ofert]

3.3. **Tematy, których dotyczy drugi cel „Promocja zdrowia”**

Działania opisane w niniejszej sekcji mają na celu promowanie zdrowia i zapobieganie poważnym chorobom oraz realizację ogólnego priorytetu, czyli zmniejszanie nierówności w dziedzinie zdrowia w całej UE poprzez działanie w odniesieniu do podstawowych czynników wpływających na zdrowie, takich jak odżywianie i aktywność fizyczna, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu i używanie narkotyków, a także w zakresie szerszych uwarunkowań społecznych i środowiskowych. Działanie to powinno uwzględniać aspekt płci.

W 2010 r. działania w ramach tego celu będą zmierzać do zmniejszenia nierówności w dziedzinie zdrowia w państwach członkowskich i regionach UE oraz pomiędzy nimi, do promowania podejścia uwzględniającego kwestie zdrowotne we wszystkich sektorach polityki, oraz do oceny i promowania zrównoważonych inwestycji w dziedzinie zdrowia na poziomie krajowym i regionalnym, a przez to wspierania strategicznych tematów zarysowanych w strategii UE w zakresie zdrowia. Gorąco zachęca się regiony UE i organy lokalne do współpracy przewidującej istnienie partnerstw promujących zdrowie.

3.3.1. *Promowanie zdrowszego stylu życia oraz zmniejszanie nierówności w dziedzinie zdrowia (załącznik – pkt 2.1)*

▼M1

_____

▼B

3.3.1.2. Rozwijanie zdolności w zakresie zdrowia publicznego (załącznik – pkt 2.1.1)

— Tworzenie planów działań i strategii na poziomie krajowym, regionalnym lub lokalnym związanych z rozwijaniem zdolności w zakresie ochrony zdrowia publicznego. Celem jest zwiększenie zdolności europejskich publicznych systemów opieki zdrowotnej i organizacji, w tym publicznych systemów opieki zdrowotnej, organizacji społeczeństwa obywatelskiego, organizacji pozarządowych i uniwersytetów. Plany powinny regulować kwestie rozwoju specjalistów ds. ochrony zdrowia publicznego oraz rozwoju umiejętności i pogłębiania wiedzy z tej dziedziny u osób, które nie są specjalistami ds. ochrony zdrowia publicznego zatrudnionymi w pełnym wymiarze czasu, ale których jakość pracy wzrosłaby dzięki pogłębieniu wiedzy w zakresie ochrony zdrowia publicznego (w tym u innych pracowników służby zdrowia, menadżerów i administratorów). Plany te powinny także dotyczyć tworzenia narzędzi, wiedzy i systemów wspierających praktykę z zakresu zdrowia publicznego, w tym poprawę umiejętności komunikacyjnych. Zadania mogą obejmować tworzenie sieci kontaktów i wymianę dobrych praktyk, opracowywanie programów szkoleń, systemy informacji i aspekty administracji publicznej związane ze zdrowiem publicznym.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

▼B

— Opracowywanie narzędzi, procedury, dobrych praktyk i działań pilotażowych w celu poprawy interakcji pomiędzy podmiotami prowadzącymi badania w zakresie zdrowia publicznego a opracowywaniem polityki na poziomie UE. Należy się w szczególności skupić na kwestiach przywództwa, infrastruktury i zdolności w perspektywie średnioterminowej i krótkoterminowej oraz na opracowaniu kryteriów i kluczowych elementów. Celem jest wspieranie określania wniosków dotyczących polityki zdrowotnej i rozwój prowadzący do wzmocnienia społeczeństwa obywatelskiego oraz organizacji pozarządowych w dziedzinie zdrowia, w szczególności w nowych państwach członkowskich i w krajach Europy Środkowej i Wschodniej.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Dotacje operacyjne udzielane europejskim sieciom i organizacjom pozarządowym zajmującym się wieloma horyzontalnymi kwestiami zdrowia publicznego, które mają znaczenie dla rozwoju prac w dziedzinie zdrowia UE i są interesujące z punktu widzenia rozwoju ogólnej polityki w zakresie zdrowia publicznego. Ich głównym celem jest wzmocnienie istotnych sieci i organizacji, aby zwiększyć i promować udział społeczeństwa obywatelskiego i organizacji pozarządowych na szczeblu europejskim, krajowym, regionalnym i lokalnym podczas wdrażania strategii w zakresie zdrowia.

[Dotacje operacyjne]

3.3.1.3. Zmniejszanie nierówności w dziedzinie zdrowia (załącznik – pkt 2.1.2)

— Techniczne i naukowe wsparcie grupy ekspertów UE i powiązanych grup, w tym grup naukowych, grup zainteresowanych stron i regionalnej sieci do spraw nierówności w dziedzinie ochrony zdrowia oraz prace techniczne obejmujące rozwijanie metodologii i wdrażanie programu prac dotyczącego oceny wpływu nierówności w dziedzinie ochrony zdrowia prowadzonej przez 3 lata. Ma to na celu wdrożenie działań określonych w komunikacie Komisji w sprawie nierówności w dziedzinie zdrowia ([22]).

[Wspólne działania]

— Pomoc techniczna przy opracowywaniu sprawozdania dotyczącego nierówności w dziedzinie zdrowia w UE. Ma to na celu wdrożenie działań określonych w komunikacie Komisji w sprawie nierówności w dziedzinie zdrowia.

[Zaproszenie do składania ofert]

3.3.2. *Propagowanie zdrowszego stylu życia oraz ograniczanie występowania poważnych chorób i urazów przez oddziaływanie na uwarunkowania zdrowotne (załącznik – pkt 2.2)*

3.3.2.1. Dzieci i młodzież (załącznik – pkt 2.2.1)

— Określanie i ocena skuteczności najlepszych praktyk mających na celu:

a) promowanie zdrowia i dobrego samopoczucia dzieci i młodzieży za pośrednictwem nieformalnego uczenia się i edukacji „pozaformalnej” oraz pracy społecznej/pracy z młodzieżą, korzystania z doświadczeń i przykładów organizacji młodzieżowych i organizacji opieki społecznej;

b) zapobieganie ryzykownym zachowaniom młodzieży;

([22]) Publikację przewidziano na październik 2009 r.

▼B

c) zapewnianie zdrowego środowiska w szkołach i innych ośrodkach edukacyjnych oraz promowanie w nich zdrowia m.in. przez wdrażanie kwestii związanych ze zdrowiem w programach nauczania i wdrażanie ich także przez inicjatywę na rzecz zdrowia młodzieży.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Analizowanie najlepszych praktyk związanych ze świadczeniem usług lub z inwestowaniem w działania promujące zdrowie skierowane do młodzieży na poziomie lokalnym, szczególnie na dużych obszarach miejskich. Komisja zamierza wykorzystać wyniki sfinansowanego działania do rozwoju swojej inicjatywy na rzecz zdrowia młodzieży, integrującej wyniki konferencji w sprawie zdrowia młodzieży, która odbyła się w lipcu 2009 r. w Brukseli.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

3.3.2.2. Zdrowie i praca (załącznik – pkt 2.2.1)

— Rozwój i wspieranie dobrych praktyk umożliwiających utrzymanie pracy lub powrót na rynek pracy osobom cierpiącym na przewlekłe choroby. Obejmuje to programy rehabilitacji i inne działania, w szczególności te uwzględniające współpracę sektora opieki zdrowotnej i sektora zatrudnienia. Celem jest wspieranie strategii w zakresie zdrowia i wspólnotowej strategii na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007-2012. ([23])

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

3.3.2.3. Odżywianie się i aktywność fizyczna (załącznik – pkt 2.2.1)

— Działania następcze dotyczące zmiany składu produkowanej żywności – wymiana dobrych praktyk w odniesieniu do zmniejszenia zawartości tłuszczów, tłuszczów nasyconych i trans, soli i cukru w produkowanej żywności, skupiające się na technicznych i ekonomicznych aspektach zmiany składu żywności w małych i średnich przedsiębiorstwach. Celem jest wspieranie działań następczych związanych z wdrażaniem białej księgi „Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością” ([24]).

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Tworzenie lub wdrażanie dobrych praktyk dotyczących sposobów promowania aktywności fizycznej na obszarach o słabszej pozycji społeczno-ekonomicznej poprzez planowanie przyszłej infrastruktury oraz za sprawą polityki rekreacyjnej i działań całej społeczności. Celem jest wspieranie działań następczych związanych z wdrażaniem białej księgi „Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością” i wytycznych UE w sprawie aktywności fizycznej ([25]).

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

([23]) Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Podniesienie wydajności i jakości w pracy: wspólnotowa strategia na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007-2012, COM(2007) 62.

([24]) http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do? uri = COM:2007:0279:FIN:EN:PDF

([25]) Biała księga na temat sportu http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do? uri = COM:2007:0391:FIN:EN:PDF

▼B

— Wymiana know-how dotyczącego inicjatyw wspólnotowych mających na celu zmniejszenie liczby przypadków nadwagi i otyłości. Celem jest wspieranie działań następczych związanych z wdrażaniem białej księgi „Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością” oraz wspieranie dalszego rozwoju polityki i działań..

[Zaproszenie do składania ofert]

3.3.2.4. Zdrowie seksualne oraz kwestie HIV i AIDS (załącznik – pkt 2.2.1)

Zgodnie z komunikatem Komisji w sprawie zwalczania HIV/AIDS ([26]) i zgodnie z inicjatywami dotyczącymi polityki zdrowotnej w sprawach młodzieży, priorytetowe znaczenie będzie przypisywane następującym działaniom:

Zdrowie seksualne młodzieży

▼M1

_____

▼B

— Określenie dobrych praktyk dotyczących metod i odpowiedniego środowiska informowania młodzieży o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym, ze szczególnym uwzględnieniem grup zmarginalizowanych i trudnodostępnych, co miałoby służyć zmniejszeniu liczby zakażeń przenoszonych drogą płciową i innych wymiernych skutków, takich jak zmniejszenie liczby niechcianych ciąż nastolatek i przypadków przemocy seksualnej. Ma to na celu przeniesienie na wyższy poziom dyskusji i wymiany informacji dotyczących zdrowia seksualnego na poziomie UE, aby dalej rozwijać politykę UE.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

▼M1

_____

▼B

HIV/AIDS

Zgodnie ze strategią w zakresie zdrowia na rzecz promocji dostępu do opieki wysokiej jakości, promocji równości i solidarności oraz wzmocnienia pozycji UE w zakresie ochrony zdrowia na świecie drugi komunikat Komisji w sprawie zwalczania HIV/AIDS przedstawia szczegółowe informacje na temat celów Unii Europejskiej związanych ze zmniejszeniem liczby nowych zakażeń wirusem HIV w perspektywie średnioterminowej i poprawą jakości życia osób żyjących z HIV/AIDS lub zakażonych HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich. Następujące działania będą stanowiły kluczowe elementy przyczyniające się do skutecznego reagowania na HIV/AIDS w UE i krajach sąsiednich:

— Opracowywanie strategii na rzecz dotarcia do najbardziej zagrożonych grup ludności i opracowania we współpracy z zainteresowanymi stronami odpowiednich środków komunikacji z poszanowaniem szczególnych kontekstów kulturowych i społeczno-ekonomicznych. Ma to na celu wsparcie wdrożenia komunikatu Komisji w sprawie HIV/AIDS.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Promowanie łączonej i celowej profilaktyki uzupełnianej ścisłym nadzorem, dostęp do najnowszych metod leczenia, badań na obecność HIV i skutecznej infrastruktury. Ma to na celu wsparcie wdrożenia komunikatu Komisji w sprawie HIV/AIDS.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

([26]) Komunikat Komisji do Rady i Parlamentu Europejskiego (COM(2005) 654 wersja ostateczna z 15.12.2005).

▼B

— Koordynacja i ułatwianie wymiany dobrych praktyk i przekazanie know-how dotyczącego zapobiegania zakażeniom wirusem HIV, badania, leczenia i opieki w państwach członkowskich i krajach sąsiednich Europy Wschodniej, ze szczególnym uwzględnieniem osób przyjmujących narkotyki dożylnie. Ma to na celu wsparcie wdrożenia komunikatu Komisji w sprawie zwalczania HIV/AIDS.

[Dotacje operacyjne]

3.3.2.5. Zdrowie psychiczne (załącznik – pkt 2.2.1)

Zgodnie z ogólnym podejściem strategicznym w dziedzinie zdrowia psychicznego ([27]) określonym w Europejskim Pakcie na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego ([28]) największą uwagę zwróci się na działania przyczyniające się do wdrażania wyników konferencji tematycznych zorganizowanych w 2009 r. i dotyczących „zdrowia psychicznego młodzieży oraz edukacji" ([29]) oraz „zapobiegania depresji i samobójstwom" ([30]).

— Angażowanie młodzieży w rozwój i wdrażanie podejść służących włączaniu promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych do środowiska edukacyjnego i inicjatyw młodzieżowych. Celem tego działania jest osiąganie lepszych wyników akademickich, społecznych i zdrowotnych. Umożliwi to Wspólnocie zachęcenie innych podmiotów do zaangażowania w realizację podobnych podejść.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Promowanie tworzenia sieci regionalnych i lokalnych oraz strategii wdrażania działań związanych z promocją zdrowia psychicznego, profilaktyką zaburzeń psychicznych i zapobieganiem samobójstwom, w które zaangażowane będą organy odpowiedzialne za zdrowie i inne organy władzy publicznej, zainteresowane strony nieprowadzące działalności związanej ze zdrowiem oraz społeczeństwo obywatelskie. Uwzględniony zostanie fakt, że decyzje i działania podjęte w regionach i ośrodkach miejskich wywierają kluczowy wpływ na zdrowie psychiczne ludności. Ma to na celu opracowanie przykładów działań w zakresie zdrowia psychicznego, które Wspólnota może określić jako dobre praktyki.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Promowanie międzydyscyplinarnej współpracy między pracownikami służby zdrowia, która będzie odnosiła się do powiązań między zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz opierała się na rosnącym zrozumieniu dla łączących je współzależności. Szczególną uwagę zwraca się na identyfikowanie możliwości zapobiegania depresji pojawiającej się w związku z chorobą somatyczną. Celem jest określenie, jakie korzyści dla zdrowia i jakości życia pacjentów oraz dla trwałości systemów opieki zdrowotnej przynoszą tego rodzaju działania. Umożliwi to Wspólnocie wspieranie państw członkowskich w podnoszeniu jakości opieki i w zapewnianiu trwałości systemów opieki zdrowotnej.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

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

([28]) http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_en.htm

([29]) Konferencja tematyczna „Zdrowie psychiczne młodzieży oraz edukacja" odbyła się w dniach 29–30 września w Sztokholmie w Szwecji i została zorganizowana przez Dyrekcję Generalną ds. Zdrowia i Konsumentów Komisji Europejskiej oraz szwedzki departament ds. zdrowia publicznego.

([30]) Konferencja tematyczna „Zapobiegania depresji i samobójstwom" odbyła się w dniach 10–11 grudnia 2009 r. w Budapeszcie na Węgrzech i została zorganizowana przez Dyrekcję Generalną ds. Zdrowia i Konsumentów Komisji Europejskiej oraz węgierskie ministerstwo zdrowia.

▼B

— Składające się z trzech części badanie służące ocenie systemów ochrony zdrowia psychicznego, sytuacji i wyników w państwach członkowskich. Celem tego badania jest wspieranie paktu na rzecz zdrowia psychicznego przez dostarczanie dodatkowych informacji. Pierwsza część zawiera opis systemów ochrony zdrowia psychicznego w państwach członkowskich, krajach kandydujących i krajach EFTA/EOG i wskazuje na ich różnice i podobieństwa. W drugiej części zgromadzono informacje na temat poziomów zdrowia psychicznego i chorób psychicznych we wskazanych krajach. W trzeciej części określono korzyści dla zdrowia, edukacji, zatrudnienia i społeczeństwa wynikające z inwestowania w zdrowie psychiczne oraz w jego promocję i w profilaktykę.

[Zaproszenie do składania ofert]

3.3.2.6. Zapobieganie uzależnieniom

Tytoń (załącznik – pkt 2.2.1)

Działania związane z tytoniem są opracowywane zgodnie z ogólnym podejściem UE do ograniczania użycia tytoniu oraz z ramową konwencją o ograniczeniu użycia tytoniu.

— Badanie dostępności, stosowania i otoczenia regulacyjnego w odniesieniu do nowych wyrobów tytoniowych i nikotynowych. Badanie to ma na celu identyfikację wszelkich braków w istniejących przepisach WE (np. określenie produktów nieobjętych przepisami dotyczącymi tytoniu, żywności lub produktów leczniczych).

[Zaproszenie do składania ofert]

— Wspieranie wdrożenia polityki UE dotyczącej ograniczania użycia tytoniu, w szczególności w odniesieniu do podnoszenia świadomości w zakresie zagrożeń dla zdrowia.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Neutralne wspieranie polityki naukowej. Celem tego działania jest otrzymywanie silnego poparcia dla wdrożenia ramowej konwencji o ograniczeniu użycia tytoniu. W wyniku tego projektu: SANCO otrzyma wsparcie w wypełnianiu funkcji najważniejszego podmiotu ułatwiającego opracowywanie wytycznych do ramowej konwencji o ograniczeniu użycia tytoniu, dotyczących badania i pomiaru wyrobów tytoniowych, a europejska sieć rządowych laboratoriów przemysłu tytoniowego będzie skutecznie funkcjonowała.

[Umowa administracyjna ze Wspólnym Centrum Badawczym]

Alkohol (załącznik – pkt 2.2.1)

Zgodnie z komunikatem Komisji o strategii UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu ([31]), w celu dalszego rozwoju polityki zmierzającej do ograniczenia szkodliwych skutków spożywania alkoholu, priorytetowe znaczenie będzie przypisywane następującym działaniom:

— Ogólnoeuropejski przegląd rynku i regulacji dotyczących rodzajów napojów alkoholowych szczególnie atrakcyjnych dla nieletnich (alkopopów, drinków gotowych do spożycia (RTD), piw smakowych, energetycznych napojów alkoholowych i innych produktów, takich jak żele i lody zawierające alkohol). Przedstawienie sytuacji na szczeblu UE przyczyni się do rozwoju i koordynacji działań państw członkowskich w ramach strategii UE dotyczącej alkoholu, ze zwróceniem szczególnej uwagi na ochronę dzieci i młodzieży.

[Zaproszenie do składania ofert]

([31]) COM(2006) 625 z dnia 24 października 2006 r.

▼B

— Kolejne badania przystępności cenowej napojów alkoholowych w UE opierające się na wnioskach dotyczących powiązań między przystępnością cenową, spożyciem i szkodliwością wykazaną w najnowszym badaniu zleconym przez SANCO ([32]).

[Zaproszenie do składania ofert]

— Współpraca WE i europejskiego biura regionalnego WHO w zakresie dalszego rozwoju wspólnego gromadzenia danych i pogłębienia wspólnego dorobku doświadczeń związanych z sytuacją i polityką dotyczącą alkoholu w państwach członkowskich. Współpraca ta będzie stanowiła działania następcze w stosunku do wcześniejszego projektu, w ramach którego w 2008 r. przeprowadzono wspólne badanie dotyczące spożycia alkoholu, szkodliwości i polityki m.in. w odniesieniu do monitorowania wdrożenia strategii UE dotyczącej alkoholu. Ciągła współpraca w zakresie rozwijania instrumentu badań i prezentacji danych jest istotna ze względu na wspieranie i ocenę wdrażania strategii UE dotyczącej alkoholu także w przyszłości.

Celem tego projektu jest usprawnienie monitorowania rozwoju polityki dotyczącej alkoholu i wskaźników związanych z tą polityką w państwach członkowskich, w celu wspierania wdrażania strategii UE dotyczącej alkoholu i unikania nakładania się na siebie obowiązków sprawozdawczych państw członkowskich. WHO zajmuje wyjątkową pozycję pozwalającą na zmianę i tworzenie wskaźników na poziomie europejskim. Umowa w sprawie przyznania dotacji bezpośredniej zawarta z WHO w celu utworzenia europejskiego systemu zapewni całkowitą spójność i zgodność podejścia europejskiego z podejściem globalnym. Ułatwi to analizę porównawczą między UE, państwami członkowskimi i innymi krajami.

[Umowa w sprawie przyznania dotacji bezpośredniej zawarta z WHO]

Narkotyki (załącznik – pkt 2.2.1)

Zgodnie ze Strategią Antynarkotykową UE ([33]) i planami działania ([34]) w tej dziedzinie, programem JLS profilaktyki narkotykowej i informacji o narkotykach ([35]) oraz zaleceniem Rady w sprawie profilaktyki i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków ([36]), szczególne znaczenie będzie przypisywane następującym działaniom zmierzającym do ograniczenia popytu na narkotyki:

— Tworzenie, wdrażanie i wymiana wytycznych/standardów jakości dotyczących dobrych praktyk odnoszących się do interwencji i usług ograniczających szkodliwość, uwzględniając określone potrzeby osób zażywających narkotyki (ze względu na płeć, kontekst kulturowy, wiek i rodzaj narkotyków), skupiając się na narkotykach syntetycznych. W UE, szczególnie wśród młodzieży, wzrasta zażywanie narkotyków syntetycznych (np. środków pobudzających typu amfetaminy (ATS)) (zob. roczne sprawozdanie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii). Celem jest zwiększenie jakości i skuteczności działań zmierzających do ograniczenia popytu na narkotyki zgodnie z działaniem 17 celu 8 w ramach planu działania UE ([37]), którego ostatecznym celem jest ograniczenie zażywania narkotyków. Wyniki zostaną także uwzględnione w wykazie przygotowywanym przez Komisję z pomocą Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii i przewidzianym w ramach działania 18 wskazanego powyżej planu działania UE. Pomoże to państwom członkowskim w przeprowadzeniu badań dostępności i skuteczności profilaktyki, leczenia, ograniczania szkód i rehabilitacji.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

([32]) Przystępność cenowa napojów alkoholowych w Unii Europejskiej według RAND Europe, 2009 r. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/news_rand_en.htm
([33]) http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/04/st15/st15074.en04.pdf
([34]) http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/action2012_en.pdf
([35]) http://ec.europa.eu/justice_home/funding/drugs/funding_drugs_en.htm
([36]) Dz.U. L 165 z 3.7.2003, s. 31.
([37]) Zob. przypis 10.

▼M1

———————

▼B

3.3.2.7. Profilaktyka poważnych i przewlekłych chorób oraz chorób rzadkich (załącznik – pkt 2.2.2)

Poważne i przewlekłe choroby

Rak

— Wdrażanie komunikatu „Walka z rakiem: Partnerstwo europejskie” ([38]). Ogólnym celem działania jest wsparcie państw członkowskich i innych zainteresowanych stron w bardziej skutecznej i wydajnej współpracy na szczeblu europejskim na rzecz zmniejszania obciążenia chorobami nowotworowymi, z wykorzystaniem innowacyjnych struktur współpracy i zarządzania. Dzięki zbliżeniu europejskich zainteresowanych stron w działaniach na rzecz wspólnego celu i zobowiązania, jakim jest zmniejszanie obciążenia chorobami nowotworowymi, partnerstwo zapewni państwom członkowskim i innym zainteresowanym stronom ramy do wymiany informacji, zasobów, najlepszych praktyk oraz wiedzy specjalistycznej w zakresie profilaktyki i kontroli nowotworów. Partnerstwo powinno również pomóc w zidentyfikowaniu obszarów, w których wspólne działanie na szczeblu unijnym może stanowić wartość dodaną dla krajowych wysiłków.

  [Wspólne działanie]

▼M1

———————

▼B

— W ogólnym kontekście europejskich działań na rzecz walki z rakiem – zapewnianie wysokiej jakości danych, informacji i wiedzy na temat raka, m.in. w obszarach rejestrowania zachorowań na raka, badań przesiewowych w kierunku raka, czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka oraz strategii zapobiegania nowotworom, opracowanie pilotażowego, dobrowolnego systemu akredytacji obejmującego całą UE pod kątem badań przesiewowych oraz monitorowania pacjentów w kierunku raka piersi, w oparciu o europejskie wytyczne w sprawie kontroli jakości badań przesiewowych w kierunku raka piersi oraz jego diagnozowania. Powszechnie akceptowany system akredytacji/certyfikacji, bazujący na europejskich wytycznych w sprawie kontroli jakości, powinien pomóc kobietom w ustaleniu, które ośrodki leczenia raka piersi spełniają europejskie normy kontroli jakości, oraz będzie stanowił cenne dodatkowe narzędzie dla państw członkowskich, umożliwiające zapewnienie przestrzegania norm jakości. Celem opracowania systemu pilotażowego jest zbadanie potencjału wykorzystania tego mechanizmu jako zachęty do ciągłego polepszania jakości opieki na chorymi na raka piersi w całej UE.

  Misją Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (ang. International Agency for Research on Cancer – IARC) jest koordynowanie i prowadzenie badań nad przyczynami zachorowań na raka wśród ludzi i mechanizmami powstawania nowotworu, a także opracowanie naukowych strategii profilaktyki i kontroli raka. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem jest jedyną organizacją tego rodzaju w dziedzinie chorób nowotworowych i zapewnia wysokiej jakości wsparcie naukowe i wiedzę techniczną w tej dziedzinie, na których opiera się DG SANCO.

  [Umowa w sprawie przyznania dotacji bezpośredniej zawarta z Międzynarodową Agencją Badań nad Rakiem]

Zdrowie układu sercowo-naczyniowego

— Wypracowanie europejskich podejść i wytycznych w celu zidentyfikowania strategicznych dobrych praktyk w całym społeczeństwie, które umożliwią rozwiązanie problemu chorób niezakaźnych, w szczególności chorób serca i układu krążenia, z naciskiem na nierówności i uwarunkowania społeczne;

([38]) http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/cancer_en.htm#1

▼B

powiązanie z szerszym strategicznym podejściem do rozwiązania problemu chorób niezakaźnych. Działanie powinno obejmować przygotowywanie sprawozdań i analiz na temat obecnej sytuacji w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego i układu krążenia w UE. Działanie ma na celu wykorzystanie wyników do opracowania inicjatyw wspólnotowych na temat zdrowia układu sercowo-naczyniowego, w oparciu o inicjatywy, które już zostały sfinansowane przez Wspólnotę.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

Choroba Alzheimera i pozostałe demencje

— Działanie techniczne służące doskonaleniu procesu zbierania danych epidemiologicznych na temat demencji w państwach członkowskich, analiza istniejących narzędzi wczesnego wykrywania zaburzeń procesów poznawczych na szczeblu europejskim i krajowym w celu opracowania zaleceń dotyczących najlepszych praktyk i utworzenia platformy do oceny istniejących praktyk w zakresie praw oraz zachowania samodzielności osób cierpiących na demencję, jak również promowanie kwestii związanych z demencją w działaniach warunkujących poziom ochrony zdrowia na szczeblu UE w celu zdefiniowania zestawu zaleceń odnośnie do prowadzenia takiego stylu życia, który pozwala zachować zdrowy mózg. Działanie ma na celu wdrażanie działań określonych w komunikacie Komisji w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji ([39]).

[Wspólne działanie]

Spektrum zaburzeń autystycznych (ASD)

— Wdrożenie pilotażowego etapu Europejskiego Protokołu Występowania Autyzmu, który określono w Europejskim Systemie Informacji o Autyzmie. Konieczne jest uzyskanie aktualnych informacji na temat występowania spektrum zaburzeń autystycznych w szeregu państw europejskich, jak również zdefiniowanie zharmonizowanych metod planowania badań nad występowaniem spektrum zaburzeń autystycznych w Europie na szerszą skalę. Protokół powinien dokonać próby określenia, w jaki sposób organy zdrowia publicznego zdefiniowały spektrum zaburzeń autystycznych jako chorobę, czy wcześniej istniały już protokoły wykrywania, w tym wczesnego rozpoznawania, oraz czy istnieją rejestry zachorowań i w jaki sposób są utrzymywane. Działanie ma na celu zebranie wstępnych informacji w celu zapewnienia porównywalnych europejskich informacji na temat spektrum zaburzeń autystycznych, w oparciu o potrzeby, które zostały już zidentyfikowane na szczeblu europejskim.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

Choroby neurodegeneracyjne

— Uruchomienie pierwszego etapu europejskiego rejestru przypadków stwardnienia rozsianego (SM) jako transnarodowego systemu gromadzenia danych na temat stwardnienia rozsianego w Europie na podstawie projektów pilotażowych testowanych w ramach poprzednich projektów UE w tym obszarze, koncentrujących się na opracowaniu minimalnego zbioru danych, podzielonego na część medyczną i społeczno-gospodarczą pod pewnymi warunkami (m.in. modułowa struktura rejestru, pozwalająca na wprowadzanie danych z istniejących i przyszłych rejestrów krajowych). Celem działania jest wsparcie opracowywania europejskich rejestrów przypadków stwardnienia rozsianego w celu uzyskania porównywalnych i wiarygodnych danych na szczeblu europejskim.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

([39]) http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/documents/com2009_380_en.pdf

▼B

— Wsparcie tworzenia sieci działań w zakresie chorób neurodegeneracyjnych lub neurorozwojowych nieobjętych istniejącymi działaniami unijnymi (np. choroba Parkinsona, epilepsja itp.). Sieci te powinny być kluczowymi instrumentami wzmacniania inicjatyw zainteresowanych stron w zakresie współpracy i osiągania konsensusu w odniesieniu do najlepszych praktyk oraz wiedzy epidemiologicznej na temat tych chorób oraz powinny się przyczyniać do rozwoju badań klinicznych. Działanie ma na celu uzyskanie bardziej porównywalnych informacji na szczeblu europejskim na temat chorób neurodegeneracyjnych lub neurorozwojowych na szczeblu europejskim, zgodnie z założeniami komunikatu w sprawie choroby Alzheimera i pozostałych demencji.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

Choroby rzadkie

— Działanie techniczne służące wspieraniu rozbudowy bazy danych Orphanet na temat rzadkich chorób i sierocych produktów leczniczych, którą prowadzi duże konsorcjum partnerów europejskich i która stanowi najważniejszą bazę danych o chorobach rzadkich na świecie. Konieczna będzie dalsza rozbudowa tej bazy danych dla utworzenia dynamicznego unijnego wykazu chorób rzadkich. Działanie ma na celu realizację działań przewidzianych w komunikacie Komisji oraz w zaleceniu Rady w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób ([40]) w drodze zapewnienia pojedynczego punktu odniesienia dodającego wartość na szczeblu europejskim poprzez gromadzenie wszelkich istotnych informacji na temat rzadkich chorób.

[Wspólne działanie]

— Działanie techniczne służące wspieraniu Europejskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych (ang. European Surveillance on Congenital Anomalies – EUROCAT), sieci prowadzonej przez duże konsorcjum partnerów europejskich, w celu utworzenia trwałego systemu danych dotyczących występowania 90 podgrup wrodzonych wad rozwojowych, które mają być corocznie aktualizowane. Działanie ma na celu realizację działań przewidzianych w komunikacie Komisji oraz w zaleceniu Rady w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób.

[Wspólne działanie]

— Utworzenie mechanizmu wymiany wiedzy pomiędzy państwami członkowskimi i organami europejskimi na temat oceny naukowej klinicznej wartości dodanej sierocych produktów leczniczych. Działanie ma na celu realizację działań przewidzianych w komunikacie Komisji oraz w zaleceniu Rady w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób poprzez jak najbardziej skuteczną wymianę informacji w tym obszarze pomiędzy państwami członkowskimi.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Udoskonalenie i dopracowanie definicji chorób rzadkich z uwzględnieniem kwestii zachorowalności, o których mowa w komunikacie Komisji oraz w zaleceniu Rady w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób. Działanie ma na celu realizację działań przewidzianych w komunikacie Komisji oraz w zaleceniu Rady w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób, w szczególności odzwierciedlających obawy związane z definicją chorób rzadkich wyrażone podczas dyskusji w Parlamencie Europejskim.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

([40]) http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/rare_10_en.htm

▼B

— Wsparcie dla tworzenia nowych rejestrów chorób rzadkich. Rejestry te powinny stanowić podstawowe narzędzie poszerzania wiedzy na temat chorób rzadkich i rozwoju badań klinicznych. Stanowią one jedyny sposób gromadzenia danych w celu uzyskania wystarczająco dużej próby do badań epidemiologicznych lub klinicznych. Rozważona zostanie współpraca w celu organizacji procesu gromadzenia i utrzymywania danych, o ile zasoby te będą otwarte i dostępne. Działanie ma na celu realizację działań przewidzianych w komunikacie Komisji, zaleceniu Rady w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób, a także w zaleceniach Forum Farmaceutycznego Wysokiego Szczebla. ([41])

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Wsparcie dla kontynuacji działania obecnie funkcjonujących sieci UE w zakresie informacji i rejestrów chorób rzadkich w kilku obszarach (np. ERCUSYN, REGISCAR, EuroMyasthenia). Działanie ma na celu realizację działań przewidzianych w komunikacie Komisji, zaleceniu Rady w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób, a także w zaleceniach Forum Farmaceutycznego Wysokiego Szczebla.

[Dotacje operacyjne]

3.3.2.8. Zdrowe środowisko (załącznik – pkt 2.2.3)

Zgodnie z Planem Działania na rzecz Środowiska i Zdrowia ([42]) szczególny nacisk będzie położony na następujące działania:

— Wymianę najlepszych praktyk w państwach członkowskich w zakresie profilaktyki i leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego, takich jak astma i przewlekła obstrukcyjna choroba płuc. Choroby układu oddechowego, np. astma, są jedną z najczęstszych przyczyn chorobowości wśród dzieci. Światowa Organizacja Zdrowia (biuro na Europę) wskazała na istotny wzrost zachorowalności na astmę wśród dzieci w Europie. Z Międzynarodowych Badań Astmy i Alergii w Dzieciństwie (ang. International Study of Asthma and Allergies in Childhood – ISAAC) wynika, że rocznie średnio 11,5 % dzieci w wieku 13-14 lat Europie obserwuje u siebie objawy astmy. Obecnie prowadzone działania mają na celu zmniejszenie narażenia osób na podstawowe, powszechnie znane czynniki ryzyka, np. tytoń i inne zanieczyszczenia powietrza. Istotne jest również wsparcie działań państw członkowskich na rzecz profilaktyki i leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego, a także określania i rozpowszechniania najlepszych praktyk. Pozwoli to na znaczącą poprawę jakości życia osób dotkniętych tymi chorobami poprzez zapewnienie im odpowiedniego leczenia. W efekcie liczba zachorowań zmniejszy się.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Projekt pilotażowy dotyczący pomiarów jakości powietrza w pomieszczeniach w różnych miejscach w państwach członkowskich UE w celu przetestowania nowo opracowanych protokołów monitorowania. Niektóre państwa członkowskie już prowadzą okresowe monitorowanie jakości powietrza w pomieszczeniach. Wspólne Centrum Badawcze opracowało standardowe protokoły monitorowania głównych zanieczyszczeń powietrza w pomieszczeniach. Protokoły te należy przetestować/zatwierdzić prowadząc kampanię w terenie. Celem działania jest zapewnienie państwom członkowskim wiarygodnych i zatwierdzonych narzędzi przeznaczonych do monitorowania oraz umożliwiających osiągnięcie pewnego poziomu harmonizacji. Wyniki otrzymywane w poszczególnych państwach członkowskich powinny być wiarygodne i porównywalne.

[Umowa administracyjna ze Wspólnym Centrum Badawczym]

([41]) http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/rare_10_en.htm

([42]) Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego i Komitetu Ekonomiczno-Społecznego – Plan Działania na rzecz Środowiska i Zdrowia na lata 2004-2010 (COM(2004) 416 wersja ostateczna z 9.6.2004 r.).

▼B

— Identyfikacja najlepszych praktyk w państwach członkowskich w celu poprawy jakości powietrza w pomieszczeniach w odniesieniu do systemów ogrzewania/gotowania oraz klimatyzacji (konserwacja, wentylacja itp.). Celem jest zapewnienie państwom członkowskim najlepszych praktyk w zakresie opłacalnych środków służących poprawie jakości powietrza w pomieszczeniach domowych.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

3.3.2.9. Zapobieganie urazom ([43]) (załącznik – pkt 2.2.4)

— Wdrożenie Planu działań na rzecz bezpieczeństwa dzieci (ang. Child Safety Action Plan – CSAP) w nowych państwach, aktualizacja posiadanych informacji oraz rozszerzenie zakresu istniejących Planów działania na rzecz bezpieczeństwa dzieci w celu stworzenia krajowych planów działania na rzecz wszystkich grup wiekowych. Celem jest podjęcie kwestii bezpieczeństwa dzieci, w szczególności w nowych państwach, oraz zebranie 27 podsumowań krajowych z działań państw członkowskich w odniesieniu do poziomu bezpieczeństwa zapewnianego dzieciom i nastolatkom, przygotowanych na podstawie ponad 100 skutecznych strategii i metod profilaktycznych realizowanych na szczeblu krajowym. Wyniki oceny tych sprawozdań mają na celu docelową poprawę stanu zdrowia wszystkich dzieci.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Przygotowanie sprawozdania z oceny po upływie czterech lat od przyjęcia zalecenia Rady z 2007 r. ([44]) Działanie ma na celu zapewnienie wsparcia technicznego w celu przygotowania sprawozdania z wdrażania tej polityki wspólnotowej, co umożliwi określenie skuteczności proponowanych środków oraz konieczności podjęcia dalszych działań. Pozyskane zostaną dane z bazy danych o urazach, zaś braki zostaną uzupełnione (np. poprzez przeprowadzenie oceny naukowej, zgromadzenie dodatkowych danych od państw członkowskich i zainteresowanych stron). Umożliwi to Wspólnocie rozważenie, wraz z państwami członkowskimi, czy konieczne są dalsze zalecenia.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Zapobieganie urazom i promowanie bezpieczeństwa poprzez organizowanie konferencji europejskiej. Działania te mają na celu wspieranie rządów państw członkowskich i innych zainteresowanych stron w identyfikacji priorytetów działań na szczeblu krajowym, jak również ułatwianie przygotowania planów krajowych, infrastruktury i możliwości promowania bezpieczeństwa na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym. Wśród uczestników działania znajdą się przedstawiciele ministerstw zdrowia, innych właściwych departamentów i agencji rządowych, pracowników służby zdrowia, praktyków zajmujących się zapobieganiem urazom i promowaniem bezpieczeństwa, pracowników naukowych oraz sektora prywatnego. Będzie to potwierdzenie zaangażowania Wspólnoty w zapobieganie urazom, w szczególności wśród narażonych grup. Działanie powinno przyczynić się do sformułowania zaleceń dotyczących dalszych działań, a tym samym pomóc państwom członkowskim we wdrażaniu zalecenia Rady z 2007 r.

[Dotacja na zorganizowanie konferencji]

— Wspólne działanie w zakresie gromadzenia danych o urazach i ich monitorowania na szczeblu europejskim. Porównywalne dane i informacje na temat wypadków i urazów w Unii Europejskiej są konieczne w celu wsparcia

([43]) Do zapobiegania urazom będą się również przyczyniać działania realizowane w celu ograniczenia szkodliwych skutków spożywania alkoholu (zob. powyżej), szczególnie działania służące ograniczeniu prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu.

([44]) http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do? uri = OJ:C:2007:164:0001:0002:EN:PDF

▼B

polityki i działań w tym zakresie oraz monitorowania procedur wdrażania zalecenia Rady. Działanie to ma na celu rozbudowanie obecnej bazy danych o urazach, aby rozszerzyć jej zakres o kolejne państwa, poprawić jakość, reprezentatywność i porównywalność danych oraz stworzyć podstawy do włączenia tej bazy do europejskiego systemu statystycznego.

[Wspólne działanie]

3.4. **Tematy poruszone w ramach trzeciego celu „Tworzenie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia"**

3.4.1. *Wymiana wiedzy i najlepszych praktyk (załącznik – pkt 3.1)*

— Ocena interwencji medycznych ma na celu zapewnienie efektywnego działania systemów opieki zdrowotnej. Wspólne działanie dotyczące oceny technologii medycznych (ang. Health Technologies Assessment – HTA, która obejmuje leki, urządzenia i zabiegi medyczne) z 2009 r. promuje współpracę na szczeblu unijnym w zakresie kwestii naukowych i metodologicznych związanych z HTA. Ważne jest, aby współpracy tej towarzyszyło rozwijanie zdolności do przeprowadzania oceny technologii medycznych w państwach członkowskich. Celem tego działania jest ustalenie potrzeb organizacyjnych niektórych państw członkowskich, które są związane z tworzeniem/rozwijaniem ich zdolności do przeprowadzania oceny technologii medycznych oraz wiedzy specjalistycznej na ten temat na szczeblu krajowym albo transgranicznym. Projekt powinien również wskazywać potencjalne źródła wsparcia ze strony Wspólnoty, w szczególności w ramach unijnej polityki spójności (wykorzystanie funduszy strukturalnych).

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

▼M1

_____

▼B

— Konferencja na temat stanu zdrowia na świecie. Czwarta zasada strategii w zakresie zdrowia ma na celu zwiększenie roli UE w ochronie zdrowia na świecie. W 2010 r. odbędzie się duża konferencja poświęcona temu zagadnieniu, która wzmocni znaczenie tej zasady. Celem działania jest ułatwienie dialogu między państwami członkowskimi i głównymi światowymi podmiotami i partnerami, zajmującymi się kwestią zdrowia na świecie, który ma doprowadzić do określenia priorytetowych obszarów współpracy i działań oraz wnieść wkład w proponowany komunikat Komisji na temat stanu zdrowia na świecie, który ma zostać przyjęty w 2010 r.

[Zaproszenia do składania ofert]

3.4.2. *Gromadzenie, analizowanie i rozpowszechnianie informacji na temat zdrowia (załącznik – pkt 3.2.1)*

— Utrzymanie i dalsze rozbudowywanie Europejskiego systemu informacji na temat zdrowia i średniego dalszego trwania życia w celu ulepszenia i zharmonizowania metod obliczania i rozwijania wskaźnika strukturalnego, czyli lat zdrowego życia (ang. Healthy Life Years – HLY). System ma zasadnicze znaczenie dla uzyskiwania zharmonizowanych i wiarygodnych danych wspierających proces tworzenia polityki w zakresie systemów zdrowotnych, jak również monitorowanie wdrażania i wpływu prowadzonej polityki. Działanie to ma na celu zapewnienie odpowiedniego wsparcia technicznego dla obliczania i dalszego rozwoju tego kluczowego wskaźnika w najbliższych latach.

[Wspólne działania]

▼B

— Włączenie wskaźników zdrowotnych odnoszących się do okresu okołoporodowego do publicznych systemów monitorowania zdrowia, takich jak monitorowanie wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej (ang. European Community Health Indicators Monitoring – ECHIM) oraz przygotowanie ich włączenia do prac europejskiego systemu statystycznego (EUROSTAT). Rozwijanie zdolności na szczeblu europejskim i na szczeblach krajowych w celu osiągnięcia wysokiego poziomu sprawozdawczości. Celem działania jest systematyczne gromadzenie danych i informacji na temat zdrowia w okresie okołoporodowym, które są niezbędne do przedstawienia pełnego zakresu wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej oraz które stanowią obszar szczególnej potencjalnej wartości dodanej dla działań na szczeblu europejskim, biorąc pod uwagę zmiany w stanie zdrowia w okresie okołoporodowym w całej UE.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Wpływ inwestycji w ramach funduszy strukturalnych na korzyści zdrowotne. Celem działania jest ocena, w odniesieniu do szeregu krajów pilotażowych, w jaki sposób względy i skutki zdrowotne były uwzględniane podczas projektowania i realizacji znaczących inwestycji w innych obszarach polityki, np. w sferze transportu, ochrony środowiska i technologii informacyjno-komunikacyjnych, w latach 2007-2013. Pomoże to wyciągnąć wnioski, które zostaną wykorzystane w trakcie przygotowywania kolejnego okresu programowania funduszy strukturalnych na lata 2014-2020.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Wdrażanie modułów DG ds. Zdrowia i Konsumentów (tytoń, rzadkie choroby, dobry wzrok, dobry słuch, zdrowie psychiczne, prawa pacjentów) w narzędziach badań statystycznych Komisji (Eurobarometr).

[Zaproszenie do składania ofert]

3.4.2.1. Europejski System Informacji Zdrowotnej (załącznik – pkt 3.2.1)

— Identyfikacja i wypracowanie narzędzi mających na celu ułatwianie uznawania recept z innego państwa członkowskiego. Działanie techniczne mające na celu usprawnienie gromadzenia, oceny i uznawania recept poza granicami państw członkowskich w celu promowania przepływu istotnych informacji medycznych, co poprawi jakość i komfort leczenia obywateli, którzy przemieszczają się w obrębie Unii Europejskiej. Działanie ma na celu opracowanie zaleceń dotyczących podstawowego zestawu danych, rozpoznawalnego układu informacji oraz praktyki pracowników służby zdrowia w celu wsparcia transgranicznego przepływu i uznawania recept.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Wdrożenie komunikatu w sprawie telemedycyny – platformy zapewniającej uczestnictwo zaangażowanych stron ([45]). Działanie techniczne wspomagające wdrażanie komunikatu w sprawie telemedycyny, w szczególności zapewniające udział pracowników służby zdrowia i pacjentów w projektowaniu, zatwierdzaniu i wdrażaniu narzędzi e-zdrowia, przede wszystkim telemedycyny. Działanie to będzie skoordynowane z powiązanym wsparciem ze strony DG ds. Społeczeństwa Informacyjnego i Mediów, z pracami istniejących struktur zarządzania e-zdrowiem w państwie członkowskim oraz z priorytetami prezydencji. Działanie ma na celu wsparcie prac technicznych struktury zarządzającej, w szczególności w zakresie opracowywania zaleceń dotyczących sposobów angażowania pracowników służby zdrowia i pacjentów w kwestie e-zdrowia oraz pokonywania barier dla wdrażania rozwiązań e-zdrowia w państwach członkowskich.

[Wspólne działania]

([45]) http://ec.europa.eu/health/ph_information/e_health/e_health_en.htm

▼B

— Aplikacje Web 2.0 dla celów informowania i wzmacniania pozycji pacjentów, zapewniania bezpieczeństwa pacjentów, przekazywania informacji o skutkach ubocznych, oceny jakości systemów zdrowotnych i koordynacji systemów zdrowotnych. Działanie techniczne mające na celu ocenę jakości i aktualności narzędzi internetowych służących do informowania i wzmacniania pozycji pacjentów, zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, przekazywania informacji o skutkach ubocznych, oceny jakości systemów zdrowotnych i koordynacji systemów zdrowotnych. Należy ocenić przydatność, reprezentatywność, sprawiedliwość i wartość predykcyjną przede wszystkim w odniesieniu do: seminariów dla pacjentów, narzędzi serwisów społecznościowych, które dostarczają informacji na temat doświadczeń pacjentów, jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjentów, internetowych zasobów informacji na temat zdrowia. Celem działania jest przygotowanie do oceny możliwego ogólnego wykorzystania tych narzędzi w systemach opieki zdrowotnej oraz rozpowszechniania powiązanych najlepszych praktyk.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Najlepsze praktyki związane z udziałem pracowników służby zdrowia i pacjentów w projektowaniu, aktualizowaniu i wdrażaniu narzędzi e-zdrowia. Działanie techniczne mające na celu wsparcie udziału pracowników służby zdrowia i pacjentów w projektowaniu, aktualizowaniu i wdrażaniu narzędzi e-zdrowia. Narzędzia te należy ocenić pod kątem ich potencjału do zwiększenia przepływu informacji, które mogą uratować życie, i zaoszczędzenia czasu pracownikom służby zdrowia, podniesienia jakości i zwiększenia koordynacji leczenia i bezpieczeństwa pacjentów oraz wspierania dynamicznych systemów zdrowotnych. Działanie ma na celu ocenę i wypracowanie odpowiednich i praktycznych sposobów angażowania pracowników służby zdrowia i pacjentów w e-zdrowie.

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

— Współpraca w następujących głównych obszarach działania Komitetu ds. Zdrowia OECD: kształtowanie oddziaływania rynku pracy na interwencje systemów ochrony zdrowia, mianowicie działania profilaktyczne, w szczególności profilaktyka otyłości; zbieranie informacji na temat personelu służby zdrowia, mianowicie na temat kapitału zakładowego dostępnego sektorowi opieki zdrowotnej; wspólna publikacja sztandarowego sprawozdania WE/OECD na temat danych i analiz dotyczących zdrowia; wypracowanie sposobów poprawy metod kodowania statystycznego (wspólne szkolenia, narzędzia wspomagające, badania walidacyjne); promowanie uczestnictwa państw członkowskich i krajów sąsiednich, które nie są członkami OECD w procesie gromadzenia danych przez OECD. Dane uzyskane w wyniku współpracy zostaną wykorzystane w procesie tworzenia polityki, w szczególności w obszarach opieki zdrowotnej, systemów ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów.

Bezpośrednia dotacja dla OECD jest konieczna, aby zapewnić współpracę i wiedzę specjalistyczną Komitetu ds. Zdrowia OECD w powyższych obszarach. OECD jest jedyną organizacją, która może to zapewnić, zaś działania bezpośrednio bazują na efektach dotychczasowej pracy.

[Umowa w sprawie przyznania dotacji bezpośredniej zawarta z OECD]

— Porównania systemów ochrony zdrowia. Członkostwo Komisji w Europejskim Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, służące wsparciu podstawowej działalności Obserwatorium oraz większej integracji wymiaru europejskiego i transgranicznego z pracami Obserwatorium w celu jak najlepszego wykorzystania szczególnej wiedzy specjalistycznej i potencjału Obserwatorium w procesie wdrażania europejskiej strategii w zakresie zdrowia.

▼B

Obserwatorium jest skarbnicą specjalistycznej wiedzy technicznej, niezależnych analiz i trafnych porad, zaś jego działalność stanowi uzupełnienie działalności służb Komisji. Z wyżej wymienionych przyczyn współpraca z Obserwatorium jest bardziej skuteczna i wydajna, przyczynia się bowiem do zachowania spójności pomiędzy wynikami pracy Obserwatorium i celami WE w dziedzinie zdrowia publicznego. Tego rodzaju działań nie jest w stanie zapewnić żadna inna instytucja, ponieważ stanowią one kontynuację i opierają się na wcześniejszej działalności.

[Umowa w sprawie przyznania dotacji bezpośredniej zawarta z Europejskim Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej]

— Powołanie mechanizmów gromadzenia najnowszych danych, informacji, dowodów i porad technicznych w zakresie konkretnych tematów dotyczących zdrowia w celu wsparcia europejskiego systemu wymiany informacji i wiedzy na temat zdrowia. Celem działania jest zapewnienie danych i informacji popartych dowodami unijnym obywatelom, politykom, zainteresowanym stronom i ekspertom.

[Zaproszenie do składania ofert]

3.4.2.2. Rozpowszechnianie i wykorzystywanie informacji na temat zdrowia (załącznik – pkt 3.2.2)

— Rozwój techniczny portalu zdrowia publicznego UE i innych narzędzi teleinformatycznych. Działanie ma na celu udoskonalenie zarządzania portalem poprzez zautomatyzowaną obsługę łączy i zawartości oraz opracowanie narzędzi informatycznych wspomagających gromadzenie i rozpowszechnianie informacji na temat zdrowia.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Promowanie wyników pierwszego programu zdrowia publicznego (2003-2008) poprzez konferencję tematyczną i publikacje. Celem działania jest rozpowszechnianie wyników programu wśród opinii publicznej i zainteresowanych stron, jak również prezentowanie najlepszych projektów jako wzoru dla przyszłych wnioskodawców.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Działania towarzyszące, których celem jest promowanie drugiego programu w zakresie zdrowia (2008-2013) oraz informowanie o jego wynikach w celu zwiększenia udziału w programie i rozpowszechnienia jego wyników; ocena śródokresowa programu.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Organizowanie działań komunikacyjnych, w tym kampanii i wydarzeń, takich jak nagroda dziennikarska UE w zakresie zdrowia. Celem działania jest rozpowszechnianie wyników programu oraz wdrażanie strategii w zakresie zdrowia wśród obywateli i zainteresowanych stron.

[Zaproszenie do składania ofert]

— Sieć europejskich ekspertów w dziedzinie prawa, ekonomii i zdrowia, zajmująca się niwelowaniem przeszkód i trudności występujących zarówno na szczeblu krajowym, jak i wspólnotowym, związanych z gromadzeniem, analizą i wykorzystywaniem informacji na temat zdrowia na szczeblu Wspólnoty w odpowiednich obszarach wspólnotowego dorobku prawnego. Działanie ma na celu zapewnienie pierwszej spójnej i kompleksowej oceny skutków prawnych, gospodarczych i zdrowotnych przyszłej polityki w zakresie informacji na temat zdrowia.

▼B

[Zaproszenie do składania wniosków dotyczących projektów]

3.4.3. *Analizy i sprawozdania (załącznik – pkt 3.2.3)*

— Dodatkowe sprawozdania dotyczące zdrowia w obszarach, które tego wymagają, w szczególności wyznaczonych przez nową Komisję. Działanie ma na celu umożliwienie szybkiego gromadzenia informacji i analiz dotyczących określonych tematów, w zależności od potrzeb, służących przede wszystkim wspieraniu opracowywania nowej polityki w ramach nowej Komisji, wspierającej strategię w zakresie zdrowia.

[Zaproszenie do składania ofert]

▼B

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 Parlamentu Europejskiego i Rady, art. 4 ust. 1 lit. a)

Niniejszy dokument dotyczy wyłącznie współfinansowania poszczególnych działań w ramach drugiego programu w dziedzinie zdrowia w postaci dotacji w następstwie zaproszeń do składania wniosków dotyczących projektów.

1. ZASADY OGÓLNE

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

2. Dotacje muszą być zgodne z następującymi zasadami:

— zasada współfinansowania: wymagane jest zewnętrzne współfinansowanie ze źródła innego niż fundusze wspólnotowe, 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),

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

— zasada braku mocy wstecznej: 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),

— zasada braku kumulacji: na prowadzenie danego działania poprzez danego beneficjenta w danym roku finansowym może być przyznana tylko jedna dotacja (art. 111 rozporządzenia finansowego) ([46]).

3. Wnioski dotyczące działań (projektów) 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 finansowania, w celu oceny jakości wniosku z uwzględnieniem jego kosztów.

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

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

▼B

4. W odniesieniu do drugiego programu w dziedzinie zdrowia pierwszeństwo otrzymają projekty, które:

— mają charakter innowacyjny w odniesieniu do istniejącej sytuacji i nie mają charakteru powtarzalnego,

— wnoszą wartość dodaną na szczeblu europejskim w zakresie zdrowia publicznego: projekty powinny prowadzić do osiągnięcia odpowiedniego efektu ekonomii skali, obejmować odpowiednią liczbę kwalifikujących się krajów w odniesieniu do zakresu projektu i dawać możliwość ich powielania w innych miejscach,

— przyczyniają się do rozwoju polityk wspólnotowych w zakresie zdrowia i ten rozwój wspierają,

— należycie uwzględniają skuteczną strukturę zarządzania, jasny proces oceny i dokładny opis spodziewanych rezultatów,

— obejmują plan wykorzystania i rozpowszechniania wyników na poziomie europejskim odpowiednim grupom docelowym.

2. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

1. Wnioskodawcy zostaną wykluczeni z uczestnictwa w procedurze przyznawania finansowania w ramach drugiego programu w dziedzinie zdrowia, jeśli:

a) ogłosili upadłość lub znajdują się w stanie likwidacji, ich sprawami zarządza sąd, zawarli ugodę z wierzycielami, zawiesili swoją działalność gospodarczą, są przedmiotem postępowania w tych sprawach albo znajdują się w którejkolwiek analogicznej sytuacji, wynikającej z podobnej procedury przewidzianej przez prawo lub przepisy danego kraju;

b) zostali skazani prawomocnym wyrokiem za przestępstwo dotyczące ich działalności zawodowej;

c) zostali uznani winnymi poważnego wykroczenia zawodowego na podstawie jakichkolwiek dowodów, które instytucja zamawiająca może uzasadnić;

d) nie dopełnili zobowiązań dotyczących zapłaty składek na ubezpieczenia społeczne lub zapłaty podatków zgodnie z przepisami prawnymi kraju, w którym mają swoją siedzibę, lub w kraju urzędnika zatwierdzającego lub kraju, w którym wykonywana będzie umowa;

e) podlegają prawomocnemu wyrokowi za nadużycie finansowe, korupcję, udział w organizacji przestępczej lub jakąkolwiek inną działalność niezgodną z prawem, naruszającą finansowe interesy Wspólnot;

f) podlegają aktualnie karze administracyjnej, o której mowa w art. 96 ust. 1 rozporządzenia finansowego;

g) otrzymali bezprawną pomoc, w odniesieniu do której Komisja przyjęła negatywną decyzję obejmującą nakaz odzyskania, przy czym pomoc ta nie została odzyskana zgodnie z art. 14 rozporządzenia Rady (WE) nr 659/1999.

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

▼B

2. Wszelkie 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.

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 wspólnotowego.

Dowody: treść wniosku.

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

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

3. KRYTERIA WYBORU

Jedynie wnioski spełniające wymogi kryteriów wykluczenia 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

Wnioskodawca musi dysponować profesjonalnymi zasobami oraz posiadać kompetencje i kwalifikacje niezbędne do zrealizowania proponowanego działania.

Dowody: wnioskodawcy muszą dostarczyć aktualne roczne sprawozdanie z działalności ich organizacji, zawierające szczegóły operacyjne, finansowe i techniczne, a także życiorysy wszystkich zaangażowanych pracowników organizacji uczestniczących w danym projekcie.

▼B

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 PRZYZNAWANIA FINANSOWANIA

Jedynie projekty spełniające wymogi kryteriów wykluczenia i wyboru będą kwalifikowały się do dalszej oceny na podstawie poniższych kryteriów przyznawania finansowania.

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

a) Wkład projektu w realizację celów i priorytetów drugiego programu w dziedzinie zdrowia, określonych w planie prac na 2010 r. (8 punktów)

b) Znaczenie strategiczne pod względem odniesienia do strategii UE w zakresie zdrowia ([47]) oraz oczekiwanego wkładu w aktualną wiedzę i skutki dla zdrowia (8 punktów)

c) Wartość dodana na poziomie europejskim 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 odpowiedni zasięg geograficzny projektu dla jego celów, wyjaśniając partnerską rolę kwalifikujących się krajów, a także adekwatność środków przeznaczonych na projekt lub grup docelowych, które reprezentują.

Wnioski o wymiarze krajowym lub regionalnym (tj. obejmujące tylko jedno kwalifikujące się państwo lub jeden jego region) zostaną odrzucone.

e) Adekwatność projektu w kontekście społecznym, kulturowym i politycznym (8 punktów)

Wnioskodawcy muszą dostosować projekt do sytuacji panującej w danych krajach lub na danych obszarach, zapewniając zgodność przewidywanych działań z kulturą i poglądami grup docelowych.

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

a) Podstawy merytoryczne (6 punktów)

Wnioskodawcy muszą załączyć analizę problemu i jasno opisać czynniki, skutki, skuteczność i zastosowanie proponowanego działania.

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

▼B

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 europejskim i międzynarodowym.

d) Strategia oceny (6 punktów)

Wnioskodawcy muszą jasno opisać rodzaj i adekwatność proponowanych metod i wybranych wskaźników.

e) Strategia rozpowszechniania (6 punktów)

Wnioskodawcy muszą jasno zilustrować adekwatność planowanej strategii i proponowanej metodyki w celu zapewnienia możliwości przenoszenia rezultatów i ich stałego rozpowszechniania.

3. Jakość zarządzania projektem i jego budżetem (30 punktów; próg: 15 punktów)

a) Planowanie i organizacja projektu (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 opisać strukturę zarządzania, kompetencje personelu, obowiązki, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji, monitoring i nadzór.

c) Jakość partnerstwa (5 punktów)

Wnioskodawcy muszą opisać przewidywane partnerstwa pod kątem ich zakresu, ról i obowiązków, relacji pomiędzy różnymi partnerami, synergii i komplementarności różnych partnerów projektu i struktury sieciowej.

d) Strategia komunikacyjna (5 punktów)

Wnioskodawcy muszą opisać strategię komunikacyjną w odniesieniu do planowania, grup docelowych, adekwatności wykorzystanych kanałów, widoczności współfinansowania UE.

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

▼B

Budżet projektu musi być sporządzony przez wnioskodawców w sposób adekwatny, stosowny, zrównoważony 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 opisać obieg środków finansowych, zakresy obowiązków oraz procedury sprawozdawcze i kontrolne.

Każdy projekt, który nie osiągnie progu punktów, będzie odrzucony.

Po dokonaniu oceny zostaje sporządzona lista wniosków rekomendowanych do przyznania wsparcia finansowego, ułożona według całkowitej liczby przyznanych punktów. W zależności od dostępnego budżetu, wnioski, które otrzymały najwyższą liczbę punktów, otrzymają współfinansowanie. Pozostałe wnioski rekomendowane do współfinansowania zostaną umieszczone na liście rezerwowej.

▼B

ZAŁĄCZNIK III

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 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 ([48]), z późniejszymi zmianami.

(2) Misje przeprowadzane w krajach innych niż kraje UE-27, kraje przystępujące i ubiegające się o członkostwo oraz kraje EFTA/EOG uczestniczące w drugim programie w dziedzinie zdrowia podlegają wcześniejszemu zatwierdzeniu przez Komisję. Zgoda ta jest związana z celami misji, jej kosztami i uzasadnieniem.

(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.

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

▼B

ZAŁĄCZNIK IV

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

Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, art. 4 ust. 3

1. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

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

— nie przynoszą zysków i nie są zależne od interesów przemysłowych, handlowych, gospodarczych ani innego rodzaju sprzecznych interesów,

— realizują jeden lub kilka celów programu jako podstawowy cel swojej działalności,

— nie realizują celów ogólnych pozostających w bezpośredniej lub pośredniej sprzeczności z polityką Unii Europejskiej lub związanych z niewłaściwym wizerunkiem,

— przekazały Komisji zadowalające informacje dotyczące ich członków, zasad wewnętrznych i źródeł finansowania,

— nie znajdują się w żadnej z sytuacji wykluczenia wymienionych w art. 93 i 94 rozporządzenia finansowego.

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

Niezależność prawna

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 ani 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 wyemitowanego kapitału zakładowego przedmiotowego podmiotu prawnego, lub 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 zakładowego organizacji wnioskodawcy, lub posiadaczem większości praw głosu akcjonariuszy lub wspólników przedmiotowych podmiotów prawnych jest ten sam organ publiczny;

d) właścicielem przedmiotowych podmiotów prawnych lub podmiotem sprawującym nadzór nad nimi jest ten sam organ publiczny.

▼B

Niezależność finansowa:

Z zasady organizacje wnioskodawcy otrzymujące ponad 20 % finansowania na swoją działalność (finansowania podstawowego) z sektora prywatnego ([49]) lub innych sprzecznych ze sobą interesów są uznawane za finansowo zależne.

Przejrzystość działalności i finansowania wnioskodawcy: Wszelka działalność wnioskodawcy powinna być publikowana w jego sprawozdaniu rocznym. ([50])

Wnioskodawcy pracujący z podmiotami sektora prywatnego uznanymi za niekwalifikujących się, np. z powodu charakteru ich działalności, który jest niezgodny z podstawowymi zasadami Unii Europejskiej, określonymi w art. 2 i 3 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, mogą nie zostać dopuszczeni.

a) Wszelkie informacje o finansowaniu należy udostępnić publicznie na stronie internetowej wnioskodawcy, w podziale według rodzaju (finansowanie podstawowe i finansowanie projektu, wkłady rzeczowe) oraz według podmiotu finansującego.

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

2. KRYTERIA WYBORU

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

Wnioskodawcy muszą dysponować profesjonalnymi zasobami i podsiadać 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 projekcie,

— kopię rocznego sprawozdania finansowego dotyczącego ostatniego roku obrotowego, w odniesieniu do którego sprawozdanie zamknięto przed złożeniem wniosku (dotyczy podmiotów typu non-profit, innych niż organy publiczne).

3. KRYTERIA PRZYZNAWANIA FINANSOWANIA

Jedynie wspólne działania spełniające wymogi kryteriów wykluczenia i wyboru będą kwalifikowały się do dalszej oceny na podstawie poniższych kryteriów przyznawania finansowania.

([49]) 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.

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

▼B

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

a) Wkład wspólnego działania w realizację celów i priorytetów drugiego programu w dziedzinie zdrowia, o których mowa w planie prac na 2010 r. (8 punktów)

b) Znaczenie strategiczne pod względem odniesienia do strategii UE w zakresie zdrowia ([51]) oraz oczekiwanego wkładu w aktualną wiedzę i skutki dla zdrowia (8 punktów)

c) Wartość dodana na poziomie europejskim 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 odpowiedni zasięg geograficzny działania dla jego celów, wyjaśniając partnerską rolę kwalifikujących się krajów, a także adekwatność środków przeznaczonych na działanie lub grup docelowych, które reprezentują.

Wnioski o wymiarze krajowym lub regionalnym (tj. obejmujące tylko jedno kwalifikujące się państwo lub jeden jego region) zostaną odrzucone.

e) Adekwatność wspólnego działania w kontekście społecznym, kulturowym i politycznym (8 punktów)

Wnioskodawcy muszą dostosować działanie do sytuacji panującej w danych krajach lub na danych obszarach, zapewniając zgodność przewidywanych działań z kulturą i poglądami grup docelowych.

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

a) Podstawy merytoryczne (6 punktów)

Wnioskodawcy muszą załączyć analizę problemu i jasno opisać czynniki, skutki, skuteczność i zastosowanie proponowanego działania.

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 do danej dziedziny w odniesieniu do istniejącego stanu wiedzy, oraz opracować działanie w taki sposób, aby nie powielało się ani nie pokrywało się niepotrzebnie, w całości lub w części, z innymi projektami i działaniami już prowadzonymi na poziomie europejskim i międzynarodowym.

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

▼B

d) Strategia oceny (6 punktów)

Wnioskodawcy muszą jasno opisać rodzaj i adekwatność proponowanych metod i wybranych wskaźników.

e) Strategia rozpowszechniania (6 punktów)

Wnioskodawcy muszą jasno zilustrować adekwatność planowanej strategii i proponowanej metodyki w celu zapewnienia możliwości przenoszenia rezultatów i ich stałego rozpowszechniania.

3. Jakość zarządzania wspólnym działaniem i jego budżetem (30 punktów; próg: 15 punktów)

a) Planowanie i organizacja wspólnego działania (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 opisać strukturę zarządzania, kompetencje personelu, obowiązki, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji, monitoring i nadzór.

c) Jakość partnerstwa (5 punktów)

Wnioskodawcy muszą opisać przewidywane partnerstwa pod kątem ich zakresu, ról i obowiązków, relacji pomiędzy różnymi partnerami, synergii i komplementarności różnych partnerów projektu i struktury sieciowej.

d) Strategia komunikacyjna (5 punktów)

Wnioskodawcy muszą opisać strategię komunikacyjną w odniesieniu do planowania, grup docelowych, adekwatności wykorzystanych kanałów oraz widoczności współfinansowania UE.

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

Budżet wspólnego działania 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 opisać obieg środków finansowych, zakresy obowiązków oraz procedury sprawozdawcze i kontrolne.

Każdy wniosek, który nie osiągnie progu punktów, będzie odrzucony.

▼B

ZAŁĄCZNIK V

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

Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, art. 4 ust. 1 lit. b)

1. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

Wkłady finansowe Wspólnoty mogą być przyznawane na funkcjonowanie organizacji pozarządowej lub na pokrycie kosztów związanych z koordynowaniem specjalistycznej sieci przez podmiot typu non-profit. Specjalistyczna sieć to europejska sieć reprezentująca podmioty typu non-profit prowadzące działalność w państwach członkowskich lub państwach uczestniczących w drugim programie w dziedzinie zdrowia, która promuje zasady i podejścia polityczne zgodne z celami programu oraz posiada odpowiednią historię wspólnych osiągnięć i ustalone zasady współpracy (np. standardowe procedury operacyjne lub protokół ustaleń). Organizacja lub specjalistyczna sieć może otrzymać finansowanie, jeśli:

— nie przynosi zysków i nie jest zależna od interesów przemysłowych, handlowych, gospodarczych ani innego rodzaju sprzecznych interesów,

— posiada członków co najmniej w połowie państw członkowskich,

— ma zrównoważony zasięg geograficzny,

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

— nie realizuje celów ogólnych pozostających w bezpośredniej lub pośredniej sprzeczności z polityką Unii Europejskiej lub związanych z niewłaściwym wizerunkiem,

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

— przedstawiła Komisji roczny plan prac na dany rok obrotowy, a także 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 i 94 rozporządzenia finansowego.

Wszelkie 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.

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

Niezależność prawna

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 ani pośrednią trzeciego podmiotu prawnego, jak wspomniany drugi podmiot.

▼B

Kontrola może przyjmować w szczególności jedną z następujących form:

a) bezpośrednie lub pośrednie posiadanie udziału przekraczającego 50 % wartości nominalnej wyemitowanego kapitału zakładowego przedmiotowego podmiotu prawnego, lub 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 zakładowego organizacji wnioskodawcy, lub posiadaczem większości praw głosu akcjonariuszy lub wspólników przedmiotowych podmiotów prawnych jest ten sam organ publiczny;

d) właścicielem przedmiotowych podmiotów prawnych lub podmiotem sprawującym nadzór nad nimi jest ten sam organ publiczny.

Niezależność finansowa

Z zasady organizacje wnioskodawcy otrzymujące ponad 20 % finansowania na swoją działalność (finansowania podstawowego) z sektora prywatnego ([52]) lub innych sprzecznych ze sobą interesów są uznawane za finansowo zależne.

Przejrzystość działalności i finansowania wnioskodawcy

e) Wszelka działalność wnioskodawcy powinna być publikowana w jego sprawozdaniu rocznym. ([53])

Wnioskodawcy pracujący z podmiotami sektora prywatnego uznanymi za niekwalifikujących się, np. z powodu charakteru ich działalności, który jest niezgodny z podstawowymi zasadami Unii Europejskiej, określonymi w art. 2 i 3 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, mogą nie zostać dopuszczeni.

f) Wszelkie informacje o finansowaniu należy udostępnić publicznie na stronie internetowej wnioskodawcy, w podziale według rodzaju (finansowanie podstawowe i finansowanie projektu, wkłady rzeczowe) oraz według podmiotu finansującego.

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

2. KRYTERIA WYBORU

Kryteria wyboru umożliwiają ocenę sytuacji finansowej organizacji wnioskodawcy i jej zdolności operacyjnej do realizacji proponowanego programu prac.

Jedynie organizacje posiadające zasoby niezbędne do zapewnienia swojego funkcjonowania mogą otrzymać dotację. Na dowód posiadania tych zasobów muszą one:

([52]) 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.

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

▼B

— załączyć kopię rocznego sprawozdania finansowego dotyczącego ostatniego roku obrotowego, w odniesieniu do którego sprawozdanie zamknięto przed złożeniem wniosku. Jeśli wniosek o dotację złożyła nowa organizacja europejska, wówczas wnioskodawca musi przedstawić roczne sprawozdanie finansowe (w tym bilans oraz rachunek zysków i strat) organizacji członkowskich nowego podmiotu za ostatni rok obrotowy, w odniesieniu do którego sprawozdanie zamknięto przed złożeniem wniosku,

— przedstawić szczegółowy przewidywany budżet dla organizacji, zrównoważony pod względem przychodów i wydatków,

— dołączyć sprawozdanie z audytu zewnętrznego opracowane przez zatwierdzonego audytora w przypadku wniosków o dotacje operacyjne na kwotę przekraczającą 100 000 EUR, poświadczające sprawozdania finansowe za ostatni dostępny rok obrotowy i przedstawiające ocenę sytuacji finansowej organizacji wnioskodawcy.

Jedynie organizacje posiadające niezbędne zasoby operacyjne, 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 zatrudnionych, a także roczne sprawozdania z działalności organizacji członkowskich nowego podmiotu,

— wszelkie informacje o udziale bądź wnioskach o udział w działaniach finansowanych przez Wspólnotę Europejską, zawarciu umów o dotacje i zawarciu umów finansowanych z budżetu Wspólnoty.

3. KRYTERIA PRZYZNAWANIA FINANSOWANIA

Kryteria przyznawania finansowania umożliwiają wybieranie programów prac, które mogą zagwarantować zgodność z celami i priorytetami Wspólnoty oraz mogą zagwarantować prawidłowe rozpowszechnianie i komunikację, łącznie z eksponowaniem finansowania wspólnotowego.

W tym celu roczny program prac przedstawiony w celu uzyskania finansowania wspólnotowego 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 drugiego programu w dziedzinie zdrowia i jego rocznego planu prac. (10 punktów)

b) Działalność organizacji ([54]) musi być opisana w odniesieniu do priorytetów wyszczególnionych w planie prac na 2010 r. (10 punktów)

c) Adekwatność zasięgu geograficznego organizacji pozarządowej lub specjalistycznej sieci. Roczny program prac wnioskodawcy powinien obejmować działania prowadzone w reprezentatywnej liczbie państw uczestniczących. (5 punktów)

([54]) Działalność lobbingowa koncentrująca się wyłącznie na instytucjach unijnych jest wyłączona z finansowania.

▼B

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 pożądanych rezultatów. Wnioskodawca musi wykazać, że przedstawiony program prac zawiera prawdziwe i rzetelne informacje na temat wszystkich działań organizacji/sieci specjalistycznej planowanych na 2010 r., w tym tych działań, które nie wpisują się w plan prac na 2010 r. w ramach drugiego programu w dziedzinie zdrowia. (10 punktów)

b) Ramy operacyjne: program prac wnioskodawcy musi zawierać jasny opis planowanych działań, zadań i obowiązków oraz harmonogramy tej części programu prac, która jest zgodna z planem pracy na 2010 r. w ramach drugiego programu w dziedzinie zdrowia, a także opis relacji tych działań z pozostałą działalnością wnioskodawcy. (10 punktów)

c) Strategia oceny: program prac wnioskodawcy musi zawierać opis wewnętrznej i zewnętrznej oceny działań i wskaźników, które mają być zastosowane. (10 punktów)

d) Strategia rozpowszechniania: beneficjent musi jasno przedstawić adekwatność działań i metod komunikacji i rozpowszechniania. (10 punktów)

3. Jakość zarządzania (35 punktów; próg – 18 punktów)

a) Planowanie rocznej pracy: wnioskodawca musi opisać działania, które zostaną podjęte, wraz z harmonogramem, a także sporządzić listę wyników, przedstawić charakter i podział zadań oraz analizę ryzyka. (10 punktów)

b) Zdolności organizacyjne: wnioskodawca musi opisać proces zarządzania, zasoby ludzkie i kompetencje personelu, obowiązki, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji, monitoring i nadzór. Wnioskodawca musi również określić robocze stosunki z odpowiednimi partnerami i zainteresowanymi stronami. (10 punktów)

c) Budżet ogólny i szczegółowy: budżet projektu musi być sporządzony przez wnioskodawcę w sposób adekwatny, stosowny, zrównoważony i spójny wewnętrznie oraz w odniesieniu do planowanych działań. (10 punktów)

d) Zarządzanie finansami: wnioskodawca musi opisać obieg środków finansowych, zakresy obowiązków oraz procedury sprawozdawcze i w stosownych przypadkach procedury kontrolne. (5 punktów)

Każdy wniosek, który nie osiągnie progu punktów, będzie odrzucony.

Po dokonaniu oceny zostaje sporządzona lista wniosków rekomendowanych do przyznania wsparcia finansowego, ułożona według całkowitej liczby przyznanych punktów. W zależności od dostępnego budżetu, wnioski, które otrzymały najwyższą liczbę punktów, otrzymają współfinansowanie. Pozostałe wnioski rekomendowane do współfinansowania zostaną umieszczone na liście rezerwowej.

▼B

ZAŁĄCZNIK VI

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

Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, art. 4 ust. 1 lit. a)

1. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

1. Wnioskodawcy zostaną wykluczeni z uczestnictwa w procedurze przyznawania finansowania w ramach drugiego programu w dziedzinie zdrowia, jeśli:

a) ogłosili upadłość lub znajdują się w stanie likwidacji, ich sprawami zarządza sąd, zawarli ugodę z wierzycielami, zawiesili swoją działalność gospodarczą, są przedmiotem postępowania w tych sprawach albo znajdują się w którejkolwiek analogicznej sytuacji, wynikającej z podobnej procedury przewidzianej przez prawo lub przepisy danego kraju;

b) zostali skazani prawomocnym wyrokiem za przestępstwo dotyczące ich działalności zawodowej;

c) zostali uznani winnymi poważnego wykroczenia zawodowego na podstawie jakichkolwiek dowodów, które instytucja zamawiająca może uzasadnić;

d) nie dopełnili zobowiązań dotyczących zapłaty składek na ubezpieczenia społeczne lub zapłaty podatków zgodnie z przepisami prawnymi kraju, w którym mają swoją siedzibę, lub w kraju urzędnika zatwierdzającego lub kraju, w którym wykonywana będzie umowa;

e) podlegają prawomocnemu wyrokowi za nadużycie finansowe, korupcję, udział w organizacji przestępczej lub jakąkolwiek inną działalność niezgodną z prawem, naruszającą finansowe interesy Wspólnot;

f) podlegają aktualnie karze administracyjnej, o której mowa w art. 96 ust. 1 rozporządzenia finansowego;

g) otrzymali bezprawną pomoc, w odniesieniu do której Komisja przyjęła negatywną decyzję obejmującą nakaz odzyskania, przy czym pomoc ta nie została odzyskana zgodnie z art. 14 rozporządzenia Rady (WE) nr 659/1999.

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

2. Wszelkie 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.

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

— dane administracyjne dotyczące głównego partnera,

— opis techniczny konferencji,

— całkowity budżet konferencji i wnioskowany poziom współfinansowania wspólnotowego.

▼B

Dowody: treść wniosku.

3. Działania, które zostały rozpoczęte przed datą zarejestrowania wpłynięcia wniosku o przyznanie dotacji, zostaną wyłączone z uczestnictwa w drugim 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.

2. KRYTERIA WYBORU

Jedynie wnioski spełniające wymogi kryteriów wykluczenia 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

Wnioskodawca musi dysponować profesjonalnymi zasobami oraz posiadać kompetencje i kwalifikacje niezbędne do zrealizowania proponowanego działania.

Dowody: wnioskodawcy muszą dostarczyć aktualne roczne sprawozdanie z działalności ich organizacji, zawierające szczegóły operacyjne, finansowe i techniczne, a także życiorysy wszystkich zaangażowanych pracowników organizacji uczestniczących w danej konferencji.

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.

3. KRYTERIA PRZYZNAWANIA FINANSOWANIA

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

a) Adekwatność treści i pożądanych rezultatów wydarzenia w odniesieniu do celów i priorytetów opisanych w drugim programie w dziedzinie zdrowia oraz w jego planie prac (15 punktów)

▼B

b) Uczestnictwo (15 punktów)

Wnioskodawca powinien opisać podać liczbę uczestników wydarzenia oraz opisać ich profil/funkcję w podziale według państwa członkowskiego, organizacji i rodzaju wiedzy specjalistycznej.

c) Wymiar europejski (15 punktów)

Konferencja powinna mieć wymiar obejmujący całą Unię Europejską i powinni w niej uczestniczyć przedstawiciele z co najmniej 10 krajów uczestniczących w drugim programie w dziedzinie zdrowia.

d) Metodologia działań następczych i oceny (15 punktów)

Wnioskodawcy muszą opisać swoją strategię rozpowszechniania.

Odpowiednią ocenę należy przewidzieć na podstawie planu oceny oraz projektu, metody, obowiązków oraz harmonogramu, przy wykorzystaniu wskaźników.

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

a) Planowanie wydarzenia (15 punktów)

Wnioskodawca musi 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)

Wnioskodawca musi opisać strukturę zarządzania, kompetencje personelu, obowiązki, proces podejmowania decyzji, monitoring i nadzór.

c) Budżet ogólny i szczegółowy (15 punktów)

Budżet musi być sporządzony przez wnioskodawcę w sposób adekwatny, stosowny, zrównoważony i spójny wewnętrznie oraz w odniesieniu do celów konferencji.

Każdy wniosek, który nie osiągnie progu punktów, będzie odrzucony.

Po dokonaniu oceny zostaje sporządzona lista wniosków rekomendowanych do przyznania wsparcia finansowego, ułożona według całkowitej liczby przyznanych punktów. W zależności od dostępnego budżetu, wnioski, które otrzymały najwyższą liczbę punktów, otrzymają współfinansowanie. Pozostałe wnioski rekomendowane do współfinansowania zostaną umieszczone na liście rezerwowej.