

IV

(Informacje)

INFORMACJE INSTYTUCJI, ORGANÓW I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH
UNII EUROPEJSKIEJ

KOMISJA EUROPEJSKA

DECYZJA KOMISJI

z dnia 22 lutego 2011 r.

dotycząca przyjęcia decyzji w sprawie finansowania na 2011 r. w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013) oraz kryteriów wyboru, przyznawania i innych kryteriów dotyczących wkładów finansowych do działań w ramach tego programu

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

(2011/C 69/01)

KOMISJA EUROPEJSKA,

uwzględniając Traktat o Unii Europejskiej i Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,

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

uwzględniając rozporządzenie Rady (WE, Euratom) nr 1605/2002 z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie rozporządzenia finansowego mającego zastosowanie do budżetu ogólnego Wspólnot Europejskich⁽²⁾ (zwane dalej „rozporządzeniem finansowym”), w szczególności jego art. 75,

uwzględniając rozporządzenie Komisji (WE, Euratom) nr 2342/2002 z dnia 23 grudnia 2002 r. ustanawiające szczegółowe zasady wykonania rozporządzenia Rady (WE, Euratom) nr 1605/2002 w sprawie rozporządzenia finansowego mającego zastosowanie do budżetu ogólnego Wspólnot Europejskich⁽³⁾ (zwane dalej „przepisami wykonawczymi”), w szczególności jego art. 90,

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

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Zgodnie z art. 75 rozporządzenia finansowego i art. 90 ust. 1 przepisów wykonawczych zaciąganie zobowiązań finansowych z budżetu UE jest poprzedzone decyzją w sprawie finansowania, ustalającą zasadnicze elementy działania obejmującego wydatki oraz przyjętą przez instytucję lub organy, którym instytucja ta przekazała uprawnienia.
- (2) Zgodnie z art. 110 rozporządzenia finansowego oraz art. 8 ust. 1 programu działań w dziedzinie zdrowia należy przyjąć roczny plan pracy dotyczący realizacji programu działań w dziedzinie zdrowia oraz kryteria wyboru, przyznawania oraz inne kryteria dotyczące wkładów finansowych do działań w ramach programu.
- (3) Zgodnie z art. 4 i 6 decyzji 2004/858/WE Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów wykonuje określone działania w celu realizacji programu w dziedzinie zdrowia publicznego i powinna otrzymać na ten cel odpowiednie środki.

⁽¹⁾ Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3.

⁽²⁾ Dz.U. L 248 z 16.9.2002, s. 1.

⁽³⁾ Dz.U. L 357 z 31.12.2002, s. 1.

⁽⁴⁾ Dz.U. L 369 z 16.12.2004, s. 73.

- (4) Ponieważ plan pracy na 2011 r. stanowi dostatecznie szczegółową podstawę działań w rozumieniu art. 90 ust. 2 i 3 przepisów wykonawczych, niniejsza decyzja stanowi decyzję w sprawie finansowania dotyczącą wydatków przewidzianych w planie pracy na dotacje, zamówienia i inne działania.
- (5) Na mocy art. 168 ust. 1 lit. c) przepisów wykonawczych dotacje mogą być przyznawane bez zaproszenia do składania ofert organom, które mają monopol z mocy prawa lub faktycznie, a na mocy art. 168 ust. 1 lit. f) na działania o cechach szczególnych wymagające szczególnego rodzaju podmiotu ze względu na jego kompetencje techniczne, wysoki stopień specjalizacji lub uprawnienia administracyjne.
- (6) Niniejsza decyzja stanowi zatem także decyzję w sprawie finansowania dotyczącą wydatków w kontekście pośredniego zarządzania scentralizowanego lub zarządzania wspólnego obciążającego budżet UE.
- (7) Uzyskano dowody na istnienie i właściwe działanie elementów wymienionych w art. 56 rozporządzenia finansowego w instytucji, której Komisja powierzy wykorzystanie funduszy UE w ramach pośredniego zarządzania scentralizowanego.
- (8) Niniejsza decyzja w sprawie finansowania może również obejmować płatność odsetek za zwłokę w płatnościach na podstawie art. 83 rozporządzenia finansowego i art. 106 ust. 5 przepisów wykonawczych.
- (9) Do celów stosowania niniejszej decyzji należy zdefiniować termin „istotna zmiana” w rozumieniu art. 90 ust. 4 przepisów wykonawczych.
- (10) Środki przewidziane w niniejszej decyzji są zgodne z opinią komitetu określonego w art. 10 decyzji nr 1350/2007/WE,

STANOWI, CO NASTĘPUJE:

Artykuł 1

Niniejszym przyjmuje się plan pracy na 2011 r. dotyczący realizacji programu działań w dziedzinie zdrowia, określony w załączniku I oraz w powiązanych z nim załącznikach II, III, IV, V, VI i VII w sprawie kryteriów wyboru, przyznawania i innych kryteriów dotyczących wkładów finansowych do działań w ramach programu działań w zakresie zdrowia. Stanowi on decyzję w sprawie finansowania w rozumieniu art. 75 rozporządzenia finansowego.

Artykuł 2

Maksymalny zatwierdzony niniejszą decyzją wkład na realizację programu ustala się na poziomie 49 751 348 EUR i zostanie on sfinansowany z następujących pozycji w budżecie ogólnym Unii Europejskiej na 2011 r.:

— pozycja w budżecie 17 03 06 – Działania UE w dziedzinie zdrowia: 47 060 000 EUR,

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

a szacunkowy dodatkowy wkład państw EFTA/EOG oraz Chorwacji za ich udział w programie działań w dziedzinie zdrowia wynosi:

— państwa należące do EFTA/EOG: 1 153 348 EUR,

— Chorwacja: 138 000 EUR.

Daje to dla pozycji w budżecie 17 03 06 sumę w wysokości 48 313 028 EUR, a dla pozycji w budżecie 17 01 04 02 – sumę w wysokości 1 438 320 EUR.

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

Wykonanie niniejszej decyzji zależy od dostępności środków przewidzianych w projekcie budżetu na 2011 r. po przyjęciu budżetu na 2011 r. przez władzę budżetową.

Artykuł 3

System zarządzania ustanowiony przez Agencję Wykonawczą ds. Zdrowia i Konsumentów w celu wykorzystania funduszy UE spełnia warunki delegowania zadań zgodnie z zasadami pośredniego zarządzania scentralizowanego. Organowi temu można zatem powierzyć wykonanie budżetu w zakresie zadań związanych z dotacjami na projekty, dotacjami operacyjnymi, dotacjami na wspólne działania, dotacjami na zorganizowanie konferencji oraz umowami o udzieleniu dotacji bezpośrednich z organizacjami międzynarodowych, a także część zamówień.

Przydzielone środki budżetowe konieczne dla zarządzania programem działań w dziedzinie zdrowia są przekazywane Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów na warunkach i w granicach kwot ustalonych w planie pracy podanym w załączniku I.

Ujęta w pozycji w budżecie 17 01 04 30 dotacja operacyjna zostaje wypłacona Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów.

Artykuł 4

Wykonanie budżetu w zakresie zadań związanych z dotacjami bezpośrednimi dla organizacji międzynarodowych może zostać powierzone następującym organizacjom międzynarodowym: Rada Europy, Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC), Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).

Artykuł 5

Zmiany środków przydzielonych na konkretne działania, które łącznie nie przekraczają 20 % maksymalnego wkładu zatwierdzonego niniejszą decyzją, nie są uważane za istotne, o ile nie wpływają w istotnym stopniu na charakter i cele planu pracy. Oznacza to, że maksymalny wkład zatwierdzony niniejszą decyzją może wzrosnąć o 20 %.

Zgodnie z art. 59 rozporządzenia finansowego urzędnik zatwierdzający może przyjąć takie zmiany zgodnie z zasadami należytego zarządzania finansami i proporcjonalności.

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

Artykuł 6

Na mocy art. 168 ust. 1 lit. c) przepisów wykonawczych dotacje mogą być przyznawane bez zaproszenia do składania ofert organom, które mają monopol z mocy prawa lub faktycznie, a na mocy art. 168 ust. 1 lit. f) – na działania o cechach szczególnych, wymagające szczególnego rodzaju podmiotu ze względu na jego kompetencje techniczne, wysoki stopień specjalizacji lub uprawnienia administracyjne, zgodnie z warunkami wyszczególnionymi w planie pracy podanym w załączniku.

Sporządzono w Brukseli dnia 22 lutego 2011 r.

W imieniu Komisji

John DALLI

Członek Komisji

ZAŁĄCZNIK I

Plan pracy na 2011 r. dotyczący drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013)

1. KONTEKST OGÓLNY

1.1. Kontekst polityczny i prawny

Zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej UE ma obowiązek zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzi w ramach wszystkich swoich polityk. W celu poprawy zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom ludzi i usuwania źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego Unia Europejska współpracuje z państwami członkowskimi.

W tym celu w białej księdze „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013” (COM(2007) 630 wersja ostateczna) Komisja Europejska zaproponowała nowe podejście do unijnej polityki w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013. Strategia ta stanowi ogólne ramy, obejmujące nie tylko kwestie podstawowe dla zdrowia obywateli UE, lecz również jego szersze aspekty, takie jak aspekty zdrowotne we wszystkich obszarach polityki oraz zdrowie na świecie.

Drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013) (zwany dalej „programem działań w dziedzinie zdrowia” lub „programem”) przyczynia się do realizacji tej strategii. Jest on oparty na decyzji nr 1350/2007/WE (zwanej dalej „decyzją programową”).

Misją programu działań w dziedzinie zdrowia jest uzupełnianie i wspieranie polityk państw członkowskich, a także podnoszenie ich wartości dodanej. Program przyczyni się też do zwiększania solidarności i dobrobytu w Unii Europejskiej poprzez ochronę i promowanie zdrowia ludzi i bezpieczeństwa, a także poprzez poprawę zdrowia publicznego. Program ma następujące cele, ustanowione w art. 2 ust. 2 decyzji programowej:

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

W art. 8 ust. 1 decyzji programowej ustanowiono, że Komisja przyjmie:

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

Zgodnie z art. 75 rozporządzenia finansowego mającego zastosowanie do budżetu ogólnego Wspólnot Europejskich zaciągnięcie zobowiązań powinno być poprzedzone decyzją w sprawie finansowania przyjętą przez instytucję lub organ, któremu instytucja ta przekaze uprawnienia. Zgodnie z art. 90 szczegółowych zasad wykonania rozporządzenia finansowego (przepisów wykonawczych) decyzja o przyjęciu rocznego programu prac, o którym mowa w art. 110 rozporządzenia finansowego, może zostać uznana za decyzję w sprawie finansowania, pod warunkiem że stanowi on dostatecznie szczegółową podstawę działań. Niniejszy dokument ma na celu wypełnienie tych zobowiązań i przedstawia różne działania zaplanowane na 2011 r., będący czwartym rokiem realizacji programu działań w dziedzinie zdrowia.

Oprócz państw członkowskich Unii Europejskiej w programie mogą uczestniczyć państwa trzecie. Państwa EFTA/EOG: Islandia, Liechtenstein i Norwegia uczestniczą w programie zgodnie z warunkami ustanowionymi w Porozumieniu EOG. Inne państwa trzecie, w szczególności państwa objęte europejską polityką sąsiedztwa, państwa ubiegające się o członkostwo w UE, kandydujące lub przystępujące do UE, a także państwa Bałkanów Zachodnich objęte procesem stabilizacji i stowarzyszenia mogą uczestniczyć w programie działań w dziedzinie zdrowia pod warunkiem podpisania odpowiednich umów. Spośród tych państw trzecich takie umowy zawarła Chorwacja, która uczestniczy w programie.

1.2. Środki

W decyzji programowej ustanowiono budżet całkowity w wysokości 321 500 000 EUR na okres od dnia 1 stycznia 2008 r. do dnia 31 grudnia 2013 r. Władza budżetowa zatwierdziła budżet całkowity w wysokości 48 460 000 EUR [kwota orientacyjna, zależna od ostatecznego przyjęcia budżetu przez władzę budżetową] na rok 2011 dla pozycji w budżecie 17 03 06 oraz 17 01 04 02:

- 47 060 000 EUR dla pozycji 17 03 06 – Działanie UE w dziedzinie zdrowia (budżet operacyjny),
- 1 400 000 EUR dla pozycji 17 01 04 02 – Wydatki na zarządzanie administracyjne (budżet administracyjny).

Dodatkowy wkład państw EFTA/EOG i Chorwacji szacuje się na 1 153 348 EUR (państwa EFTA/EOG) oraz 138 000 EUR (Chorwacja).

Daje to dla pozycji w budżecie 17 03 06 sumę w wysokości 48 313 028 EUR, a dla pozycji w budżecie 17 01 04 02 – sumę w wysokości 1 438 320 EUR.

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.

Pozycja w budżecie 17 01 04 02 – Wydatki na zarządzanie administracyjne zostanie wykorzystana na finansowanie takich działań, jak organizacja konferencji, spotkania i warsztaty ekspertów, w tym seminaria organizowane na poziomie krajowym w gronie ekspertów w celu wymiany najlepszych praktyk w dziedzinach objętych planem pracy. Ta pozycja w budżecie zostanie również wykorzystana na publikacje i inicjatywy komunikacyjne.

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

2. MECHANIZMY FINANSOWANIA

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

Zgodnie z motywem 33 decyzji programowej należy ułatwiać współpracę z państwami trzecimi nieuczestniczącymi w programie. Państwa te nie mogą jednak otrzymać wkładu finansowego z 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. Dotacje na projekty

Orientacyjną łączną kwotę na dotacje na projekty szacuje się na 4 650 000 EUR. Rozlicza się je na podstawie poniesionych kosztów kwalifikowalnych. Maksymalny wkład współfinansowania przez UE wynosi 60 %. Może jednak wzrosnąć do 80 %, jeżeli wniosek spełnia kryteria wyjątkowej użyteczności. Załącznik II zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikacji, wyboru i przyznawania dotacji na projekty. Załącznik VII zawiera kryteria wyjątkowej użyteczności.

Rozpatrywane będzie finansowanie tylko tych wniosków, które są bezpośrednio powiązane z tematem i opisem podanymi w niniejszym planie pracy i w przypadku których „dotacja na projekt” jest wskazana jako mechanizm finansowania. Nie będzie rozpatrywane finansowanie wniosków dotyczących szerszego zakresu tematycznego nieodpowiadającego konkretnemu opisowi danego działania. Dla każdego działania finansowany będzie tylko jeden wniosek, o ile nie określono inaczej.

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

2.2. Dotacje operacyjne

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

Dotacje operacyjne mogą być przyznane na wznowienie dotacji operacyjnych przyznanych organizacjom pozarządowym i sieciom wyspecjalizowanym w ramach planu pracy na 2010 r. Nowe dotacje operacyjne mogą być przyznane organizacjom pozarządowym i wyspecjalizowanym sieciom działającym w obszarach odpowiadających priorytetom programu działań w dziedzinie zdrowia i priorytetom niniejszego planu pracy, opisanym poniżej w pkt 3 „Priorytety na 2011 r.”.

Jak określono w art. 4 ust. 2 decyzji programowej, wznowienie wkładu finansowego, o którym mowa w ust. 1 lit. b), na rzecz organizacji pozarządowych i sieci wyspecjalizowanych nie musi podlegać zasadzie stopniowej degresji. Zasadniczo zwolnienie takie będzie miało zastosowanie do organizacji wnioskodawców nieotrzymujących żadnych środków finansowych z sektora prywatnego⁽¹⁾ lub niezależnych od innego rodzaju sprzecznych interesów związanych z ich funkcjonowaniem (podstawowe finansowanie). W przypadku pozostałych wznowionych dotacji operacyjnych zastosuje się degresję o 5 punktów procentowych w porównaniu z procentowym udziałem współfinansowania przez Wspólnotę, uzgodnionym w umowie o udzieleniu dotacji zawartej w następstwie zaproszenia do składania wniosków na 2010 r. W każdym przypadku kwota współfinansowania przez UE nie może być wyższa niż kwota przyznana w 2010 r. Załącznik III zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikacji, wyboru i przyznawania dotacji operacyjnych. Załącznik VII zawiera kryteria wyjątkowej użyteczności.

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

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

2.3. Dotacje na wspólne działania

Orientacyjną łączną kwotę na dotacje na wspólne działania szacuje się na 17 040 000 EUR. Wspólne działania umożliwiają właściwym organom państw członkowskich/pozostałych państw uczestniczących w programie działań w dziedzinie zdrowia, a także Komisji Europejskiej kontynuację prac nad wspólnymi problemami. W działaniu mogą brać udział organy publiczne lub organizacje pozarządowe z siedzibą w państwie członkowskim lub w innym państwie uczestniczącym w danym wspólnym działaniu. Muszą one jednak otrzymać specjalne upoważnienie w tym celu od władz państwa członkowskiego/innego zainteresowanego państwa uczestniczącego w programie.

Dotacje na wspólne działania rozlicza się na podstawie poniesionych kosztów kwalifikowalnych. Maksymalny wkład współfinansowania przez UE wynosi 50 %. Może jednak wzrosnąć do 70 % w przypadkach wyjątkowej użyteczności. Pięć wspólnych działań proponowanych w niniejszym planie pracy znacząco przyczynia się do osiągnięcia celów strategii „Europa 2020” określonych w komunikacie Komisji COM(2010) 2020 z dnia 3 marca 2010 r. „Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”. Z tego względu uważane są one za projekty o wyjątkowej użyteczności. Czterem z nich zostanie przyznane współfinansowanie w wysokości 60 %, a jednemu – 70 %. Te wspólne działania to:

- pomoc w realizacji krajowych planów/strategii działania w odniesieniu do chorób rzadkich oraz związanych z nimi środków mających na celu wdrożenie zalecenia Rady i komunikatu Komisji w sprawie chorób rzadkich; maksymalne współfinansowanie przez UE wynosi 3 000 000 EUR (60 %),
- transgraniczne instrumenty na rzecz e-zdrowia jako narzędzia pomocnicze dla celów informacji zdrowotnych i badań medycznych; maksymalne współfinansowanie przez UE wynosi 2 400 000 EUR (60 %),
- wspólne działanie uzupełniające pilotażową ocenę technologii medycznych w zakresie ukierunkowanych technologii medycznych; maksymalne współfinansowanie przez UE wynosi 6 600 000 EUR (70 %),
- bezpieczeństwo pacjentów i jakość opieki zdrowotnej; maksymalne współfinansowanie przez UE wynosi 3 600 000 EUR (60 %),
- pomoc państwom członkowskim w osiągnięciu pełnego potencjału dawstwa od żywych i zmarłych dawców; maksymalne współfinansowanie przez UE wynosi 1 440 000 EUR (60 %).

Załącznik IV zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikacji, wyboru i przyznawania dotacji na wspólne działania.

Państwa członkowskie/pozostałe państwa uczestniczące w programie działań w dziedzinie zdrowia, które chcą uczestniczyć we wspólnych działaniach, muszą zadeklarować ten zamiar Komisji. Z wyjątkiem organizacji pozarządowych działających na poziomie UE o uczestnictwo we wspólnych działaniach ubiegać się mogą tylko organizacje z siedzibą w państwach członkowskich/pozostałych państwach uczestniczących w programie, które zadeklarowały ten zamiar. Komisja, we współpracy z Agencją Wykonawczą ds. Zdrowia i Konsumentów, oferuje pomoc państwom członkowskim/pozostałym państwom uczestniczącym w programie działań w dziedzinie zdrowia w zapewnieniu przejrzystej procedury wyznaczania krajowych organizacji pozarządowych do uczestnictwa we wspólnych działaniach.

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

2.4. Dotacje na zorganizowanie konferencji

Orientacyjną łączną kwotę na dotacje na zorganizowanie konferencji szacuje się na 800 000 EUR: 200 000 EUR – na konferencje organizowane przez prezydencję i 600 000 EUR – na pozostałe konferencje. Ze względów administracyjnych wszystkie konferencje kwalifikujące się do współfinansowania, z wyjątkiem konferencji organizowanych przez prezydencję, muszą odbyć się w 2012 r.

2.4.1. Konferencje organizowane przez prezydencję – monopol z mocy prawa

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

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

Obie konferencje organizowane przez prezydencję Unii Europejskiej, jedna przez prezydencję sprawowaną w drugiej połowie 2011 r., a druga – w pierwszej połowie 2012 r., mogą otrzymać do 100 000 EUR każda. Maksymalny wkład współfinansowania przez UE wynosi 50 % poniesionych kosztów kwalifikowalnych.

Prezydencja przedkłada wniosek o dotację na zorganizowanie konferencji Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów 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.

Konferencje organizowane przez prezydencję, finansowane w ramach niniejszego planu pracy, to: „Europejskie Forum Działań na rzecz Mózgu; starzenie się, udar i choroba Alzheimera – szukanie innowacyjnych rozwiązań”, zaplanowana na listopad 2011 r. w ramach prezydencji polskiej, oraz konferencja zaplanowana na pierwszą połowę 2012 r. w ramach prezydencji duńskiej, która będzie przedmiotem odrębnej decyzji w sprawie finansowania po udostępnieniu szczegółów konferencji.

2.4.2. *Inne konferencje*

Dotacje na konferencje mogą być przyznawane na organizację konferencji, które bezpośrednio wiążą się z priorytetami programu działań w dziedzinie zdrowia oraz z priorytetami niniejszego planu pracy, opisanymi poniżej w pkt 3 „Priorytety na 2011 r.”, i które mają wymiar ogólnoeuropejski. Muszą być zorganizowane przez organ publiczny lub organizację typu non-profit z siedzibą w państwie uczestniczącym w programie działań w dziedzinie zdrowia, które posiadają odpowiednie doświadczenie w zakresie współpracy na poziomie UE. Konferencje mogą otrzymać maksymalnie 100 000 EUR (maksymalnie 50 % całkowitego budżetu). Załącznik V zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikacji, wyboru i przyznawania dotacji na zorganizowanie konferencji innych niż konferencje organizowane przez prezydencję.

Orientacyjny termin opublikowania zaproszenia do składania wniosków na dotacje na zorganizowanie konferencji w Dzienniku Urzędowym to pierwszy kwartał 2011 r.

2.5. **Umowy z organizacjami międzynarodowymi o udzieleniu dotacji bezpośrednich**

Orientacyjną łączną kwotę na dotacje bezpośrednie szacuje się na 3 200 000 EUR. Będą one oparte na skutecznej współpracy z Komisją.

Dla celów niniejszego planu pracy organizacja międzynarodowa jest definiowana jako forma współpracy międzyrządowej nawiązana przez państwa w drodze podpisania umowy międzynarodowej, zarejestrowana lub zgłoszona do rejestracji w Sekretariacie Organizacji Narodów Zjednoczonych, mająca stałą strukturę organizacyjną i posiadająca status prawny wynikający z odpowiedniej umowy międzynarodowej umożliwiającej 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 o udzieleniu dotacji – bez zaproszenia do składania wniosków – na tematy wyraźnie określone w niniejszym planie pracy. Organizacje międzynarodowe i ich biura krajowe lub regionalne nie kwalifikują się do finansowania jako beneficjenci główni lub współbeneficjenci w ramach zaproszeń do składania wniosków. Maksymalny wkład współfinansowania przez UE wynosi 60 % faktycznie poniesionych kosztów kwalifikowanych. Zgodnie z motywem 33 decyzji programowej działania, w których udział biorą państwa trzecie nieuczestniczące w programie działań w dziedzinie zdrowia, nie są uznawane za koszty kwalifikowalne. Koszty podróży i utrzymania ekspertów zaproszonych z tych państw lub do tych państw można jednak uznać za koszty kwalifikowalne w wyjątkowych, właściwie uzasadnionych przypadkach, jeżeli przyczynia się to bezpośrednio do realizacji celów programu działań w dziedzinie zdrowia.

W 2011 r. wkład finansowy może być przyznany wyłącznie następującym organizacjom międzynarodowym:

- Rada Europy,
- Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej,
- Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC),
- Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD),
- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).

2.6. **Udzielanie zamówień**

Orientacyjną łączną kwotę na zamówienia szacuje się na 17 753 028 EUR.

Przewiduje się, że zaproszenia do składania ofert zostaną opublikowane w pierwszym półroczu 2011 r. w Dzienniku Urzędowym. Umowy ramowe i nowe umowy o świadczenie usług będą stosowane jak wskazano w niniejszym planie pracy.

2.7. **Pozostałe działania**

Orientacyjną łączną kwotę na pozostałe działania szacuje się na 870 000 EUR.

Działania te obejmują składki członkowskie dokonane przez UE na rzecz organizacji, których UE jest członkiem, zgodnie z art. 108 ust. 2 lit. d) rozporządzenia finansowego, a także umowę administracyjną ze Wspólnym Centrum Badawczym (JRC) i wynagrodzenia specjalne wypłacane ekspertom za uczestnictwo w posiedzeniach i pracę nad opiniami naukowymi zgodnie z decyzją Komisji 2008/721/WE⁽¹⁾: wynagrodzenia specjalne.

(¹) Dz.U. L 241 z 10.9.2008, s. 21.

3. PRIORYTETY NA 2011 R.

W komunikacie COM(2010) 2020 z dnia 3 marca 2010 r. Komisja przedstawiła strategię na rzecz odmłodzenia Europy w ciągu następnych dziesięciu lat. Działania przedstawione w niniejszym planie pracy opierają się w szczególności na dwóch priorytetach tej strategii: inteligentny rozwój i włączenie społeczne. Ich celem jest między innymi promocja aktywnego i zdrowego starzenia się oraz zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia.

Priorytet inteligentnego rozwoju bazuje na wiedzy i innowacji. Jego inicjatywa przewodnia – Unia innowacji – ma na celu ukierunkowanie polityki na zmiany demograficzne w UE w pokoleniu po wyżu demograficznym. Do 2050 r. liczba osób powyżej 50 roku życia wzrośnie o 35 %, a liczba osób w wieku powyżej 85 lat potroi się. Nakłada to rosnące obciążenia na systemy opieki zdrowotnej. W europejskim partnerstwie innowacji na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się, ustanowionym w komunikacie Komisji COM(2010) 546 wersja ostateczna z dnia 6 października 2010 r. „Projekt przewodni strategii Europa 2020 – Unia innowacji” Komisja wzywa do podjęcia działań, których celem jest zwrócenie uwagi na choroby dotykające ludzi w podeszłym wieku i na zapobieganie im, ze szczególnym uwzględnieniem chorób rzadkich i przewlekłych. Rezultatem niniejszego planu pracy powinno być osiągnięcie tego celu poprzez zwrócenie uwagi na takie czynniki, jak odżywianie, palenie tytoniu i spożywanie alkoholu, które leżą u podstaw wielu chorób przewlekłych związanych z wiekiem, a także poprzez kontynuację walki z nowotworami i chorobami rzadkimi. Współpraca UE na rzecz oceny technologii medycznych również przyczynia się do osiągnięcia tego celu. Niniejszy plan pracy odnosi się również do bezpieczeństwa krwi, tkanek, komórek i narządów, co przyczynia się do poprawy zdrowia w całym cyklu życia, a tym samym – do zdrowego starzenia się.

Inna inicjatywa przewodnia na rzecz inteligentnego rozwoju, „Europejska Agenda Cyfrowa”, ma na celu osiągnięcie korzyści gospodarczych i społecznych z jednolitego rynku cyfrowego. Niniejszy plan pracy przyczynia się do osiągnięcia tego celu poprzez wspieranie środków, które stosują technologie informacyjne i komunikacyjne w dziedzinie zdrowia.

Celem priorytetu rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu w strategii Europa 2020 jest wyższe zatrudnienie i gospodarka gwarantująca gospodarczą, społeczną i terytorialną spójność. Zapewnienie zdrowia pracowników i ograniczenie nieobecności w pracy może przyczynić się do zwiększenia produktywności Europy. Niniejszy plan pracy ma na celu stworzenie warunków sprzyjających wzrostowi gospodarczemu poprzez działania zmniejszające nierówności w zakresie zdrowia, aby zapewnić wszystkim lepszy stan zdrowia i lepszy dostęp do systemów opieki zdrowotnej. To z kolei umożliwi obywatelom większy udział w społeczeństwie i zmniejszy ubóstwo oraz wykluczenie społeczne, przyczyniając się do realizacji celów inicjatywy przewodniej walki z ubóstwem.

Plan pracy na 2011 r. koncentruje się na pięciu głównych obszarach. Są to: informacje zdrowotne i doradztwo w dziedzinie zdrowia; choroby; uwarunkowania zdrowotne; systemy opieki zdrowotnej; oraz legislacja w zakresie produktów i substancji.

Informacje zdrowotne i doradztwo w dziedzinie zdrowia

Niniejszy plan pracy wspiera gromadzenie danych i przygotowywanie opinii naukowych, których potrzebują podmioty zainteresowane polityką w dziedzinie zdrowia, od decydentów politycznych po obywateli, aby podejmować świadome decyzje. Tworzenie informacji to jednak nie wszystko. Aby być skutecznymi, informacje muszą dotrzeć do odbiorców. Wymaga to stworzenia skutecznych i przyjaznych dla użytkownika kanałów rozpowszechniania informacji, w szczególności ustanowienia systemów zarządzania wiedzą i zarządzania nimi.

Choroby

Działania w zakresie chorób w planie prac na 2011 r. koncentrują się na nowotworach i chorobach rzadkich. Nowotwory to druga najczęstsza przyczyna zgonów mężczyzn i kobiet. Celem Komisji, zgodnie z komunikatem Komisji COM(2009) 291 wersja ostateczna z dnia 24 czerwca 2009 r. „Walka z rakiem. Partnerstwo europejskie”, jest zmniejszenie do 2020 r. częstości występowania nowotworów o 15 %. Niniejszy plan pracy wspiera działania przyczyniające się do osiągnięcia tego celu. Działania UE w zakresie chorób rzadkich zbierają rozproszone zasoby z państw członkowskich. Przyczynia się to do lepszej diagnostyki i leczenia. W komunikacie Komisji COM(2008) 679 wersja ostateczna z dnia 11 listopada 2008 r. „Rzadkie choroby: wyzwania stojące przed Europą” oraz zaleceniu Rady 2009/C 151/02 z dnia 8 czerwca 2009 r. w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób⁽¹⁾ ustanowiono ramy dla działań wspieranych przez niniejszy plan pracy. Gotowość na wypadek pandemii staje się coraz ważniejsza w świetle ostatnich kryzysów spowodowanych grypą ptaków i wirusem H1N1. Prace wspierane w niniejszym planie pracy koncentrują się na zastosowaniu wniosków wyciągniętych z pandemii spowodowanej wirusem H1N1. W ramach niniejszego planu pracy finansowane jest także opracowanie strategii zapobiegania zakażeniom wirusem HIV oraz zakażeniom towarzyszącym.

Uwarunkowania zdrowotne

Wiele współczesnych chorób wyniszczających, takich jak nowotwory i cukrzyca, ma bezpośredni związek z tym, co jemy i pijemy, a także z prowadzonym stylem życia. Prace nad uwarunkowaniami zdrowotnymi są istotne w promowaniu zdrowia, a tym samym zapobieganiu chorobom, przyczyniając się do aktywnego i zdrowego starzenia się. Niniejszy plan pracy wspiera działania dotyczące licznych uwarunkowań zdrowotnych: uwarunkowania społeczne i nierówności w zakresie zdrowia; odżywianie i aktywność fizyczna; oraz spożywanie alkoholu i palenie tytoniu.

⁽¹⁾ Dz.U. C 151 z 3.7.2009, s. 7.

Systemy opieki zdrowotnej

Działania w ramach tego obszaru mają na celu zapewnienie dobrej, bezpiecznej i skutecznej transgranicznej opieki zdrowotnej. Stosowanie nowych technologii odgrywa kluczową rolę w sukcesie transgranicznej opieki zdrowotnej. Niniejszy plan pracy wspiera działania dotyczące bezpieczeństwa pacjentów, technologii medycznych i ich oceny, a także pracowników opieki zdrowotnej.

Legislacja w zakresie produktów i substancji

Działania dotyczące jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego uzupełniają realizację komunikatu Komisji COM(2008) 819 wersja ostateczna z dnia 8 grudnia 2008 r. „Plan działania w sprawie dawstwa i przeszczepu organów (2008–2015): wzmocnienie współpracy między państwami członkowskimi” oraz wykonanie dyrektywy 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiającej standardy jakości i bezpieczeństwa pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania, dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniającej dyrektywę 2001/83/WE⁽¹⁾. Pozostałe dwie dziedziny, w których niniejszy plan pracy finansuje działania związane z prawodawstwem UE, to wyroby tytoniowe i produkty lecznicze.

Oprócz działań w wymienionych wyżej obszarach zapewniane jest finansowanie organizowania konferencji dotyczących wyżej wymienionych priorytetów oraz dofinansowanie organizacji działających w dziedzinie zdrowia w wyżej wymienionych obszarach. W ramach niniejszego planu pracy finansowane są także środki horyzontalne, wspierające realizację programu działań w dziedzinie zdrowia.

Celem drugiego programu działań w dziedzinie zdrowia jest synergia z innymi wspólnotowymi programami realizowanymi w dziedzinie zdrowia, w szczególności z siódmym programem ramowym w dziedzinie badań w ramach tematu „Zdrowie”. Wnioski złożone w ramach drugiego programu działań 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 działań w dziedzinie zdrowia, siódmym programem ramowym i innymi programami wspólnotowymi. W razie potrzeby działania będą realizowane ze ścisłym uwzględnieniem pozostałych obszarów polityki, w szczególności dotyczących społeczeństwa informacyjnego.

3.1. Działania, których dotyczy pierwszy cel „Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli”

Działania opisane w tej sekcji mają na celu poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli poprzez ich ochronę przed zagrożeniami zdrowotnymi i poprawę ich bezpieczeństwa.

3.1.1. Ochrona obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi (pkt 1.1.1 załącznika do programu działań w dziedzinie zdrowia)

3.1.1.1. Projekt dotyczący stanów gotowości oraz bezpieczeństwa zdrowotnego w wielu sektorach: stany gotowości w zdrowiu publicznym oraz plany reagowania w sytuacji pandemii grypy oraz innych poważnych, transgranicznych zagrożeń zdrowotnych, w tym zagrożeń biologicznych

W ramach tego działania zbadane zostaną stany gotowości i plany reagowania na poziomie europejskim w kontekście grypy i innych poważnych, transgranicznych zagrożeń zdrowotnych. Działanie uzupełnia konkluzje Rady z dnia 13 września 2010 r. w sprawie wniosków wyciągniętych z pandemii grypy A/H1N1 oraz w sprawie bezpieczeństwa zdrowotnego. Monitorowanie postępów państw członkowskich będzie kluczowym elementem środków proponowanych w ramach tego działania. Należy zbadać potencjalne korzyści z wniosków wyciągniętych z przeszłości oraz opracować narzędzia dla stanów gotowości na wypadek pandemii w kontekście innych zagrożeń zdrowotnych, a także wykorzystać doświadczenia z prac wielu sektorów (np. podejścia „Jedno zdrowie”). Celem działania jest: a) podnoszenie świadomości potrzeby zwiększania sprawnego, stałego i skoordynowanego funkcjonowania sektorów poza sektorem opieki zdrowotnej; b) pomoc państwom członkowskim w planowaniu lepszego i sprawniejszego funkcjonowania sektorów kluczowych dla społeczeństwa w sytuacji pandemii w oparciu o wymianę najlepszych praktyk; c) dostarczenie wytycznych dla stanów gotowości w kontekście innych zagrożeń zdrowotnych, w szczególności spowodowanych czynnikami biologicznymi lub chemicznymi, w oparciu o stany gotowości na wypadek grypy; oraz d) pomoc w opracowywaniu skutecznego forum wymiany informacji o najlepszych sposobach zapobiegania zagrożeniom biologicznym przez istniejące sieci europejskie, w tym o bezpieczeństwie w laboratoriach oraz udzielaniu pomocy.

Rezultatem tego działania powinno być: sporządzenie inwentarza istniejących struktur, procedur i mechanizmów, które państwa członkowskie już wdrożyły w celu zwiększenia koordynacji funkcjonowania sektorów na wypadek pandemii oraz innych rodzajów poważnych, transgranicznych zagrożeń zdrowotnych; identyfikacja kryteriów wyboru priorytetowych sektorów o kluczowym znaczeniu; określenie najlepszych praktyk; określenie luk nadal istniejących w zdolności reagowania oraz doradztwo i zalecenia dla dalszych środków w celu zwiększenia stanu gotowości i ulepszenie planów reagowania w sytuacji zagrożeń zdrowotnych. Działanie to powinno zachęcić państwa członkowskie do dzielenia się doświadczeniami i zaproponować model wzajemnego uczenia się. Należy dostarczyć także narzędzie monitorowania do oceny postępów poczynionych w zwiększaniu stanu gotowości i ulepszenie planów reagowania zarówno na wypadek pandemii grypy, jak i innych zagrożeń zdrowotnych (gotowość ogólna).

[Dotacja na projekt]

Kwota orientacyjna: 500 000 EUR

⁽¹⁾ Dz.U. L 33 z 8.2.2003, s. 30.

3.1.1.2. Projekt dotyczący komunikacji w sytuacji kryzysu w zakresie zarządzania ryzykiem

Celem tego działania jest wspieranie realizacji lepszej komunikacji z ogółem społeczeństwa w sytuacji poważnych kryzysów zdrowotnych oraz skorzystanie z doświadczeń zdobytych podczas pandemii wirusa H1N1, poddanej ocenie przez prezydencję belgijską na konferencji w lipcu 2010 r. Monitorowanie postępów państw członkowskich związanych z komunikacją w zakresie zarządzania kryzysowego będzie kluczowym elementem tego środka. Należy zbadać potencjalne korzyści z wyciągniętych wniosków oraz opracować narzędzia dla stanów gotowości na wypadek pandemii w kontekście innych zagrożeń zdrowotnych, a także wykorzystać doświadczenia z pracy wielu sektorów (np. podejścia „Jedno zdrowie”). Działanie obejmuje komunikację w sytuacji kryzysu w zakresie zarządzania ryzykiem z najważniejszymi zainteresowanymi podmiotami, w szczególności pracownikami sektora opieki zdrowotnej oraz z ogółem społeczeństwa i wybranymi grupami docelowymi. Cele działania to: poszukiwanie wsparcia u najważniejszych zainteresowanych stron na poziomie UE, w szczególności pracowników/organizacji sektora opieki zdrowotnej oraz partnerów społecznych w opracowywaniu i wysyłaniu opinii publicznej spójnych komunikatów; zwiększanie zaufania publicznego do zabiegów medycznych dla celów gotowości na wypadek pandemii (np. metody profilaktyczne, szczepienia); oraz dostarczanie wytycznych dla komunikacji w sytuacji kryzysu związanego z innymi zagrożeniami zdrowotnymi w oparciu o doświadczenia zdobyte w sytuacji gotowości na wypadek pandemii.

Rezultatem działania powinno być: określenie najważniejszych zainteresowanych stron na poziomie UE, w szczególności pracowników/organizacji sektora opieki zdrowotnej, partnerów społecznych oraz organów państw członkowskich, a także wykorzystanie wyników ocen i sprawozdań z pandemii wirusa H1N1 do analizy przyczyn różnych reakcji opinii publicznej na środki podejmowane w celu kontroli pandemii, przede wszystkim szczepienia, oraz zaproponowanie strategii i działań zwiększających zaufanie opinii publicznej do zabiegów medycznych dla celów stanów gotowości i planów reagowania na wypadek pandemii (np. metody profilaktyczne, szczepienia); utworzenie partnerstw z najważniejszymi organizacjami zainteresowanych stron w celu przygotowania i poprawy komunikacji z opinią publiczną w sytuacji kryzysu zdrowotnego; opracowanie wytycznych dla komunikacji na poziomie UE w sytuacji kryzysu związanego z innymi zagrożeniami zdrowotnymi w oparciu o doświadczenia zdobyte w kontekście stanów gotowości na wypadek pandemii oraz zorganizowanie ćwiczeń i szkoleń we współpracy z Komitetem ds. Bezpieczeństwa Zdrowia UE oraz z siecią pełnomocników ds. komunikacji; opracowanie wspólnego systemu komunikacji w sytuacji kryzysu i zwiększenie wspólnych zdolności komunikacji podczas przygotowań na wypadek pandemii; opracowanie narzędzi i mechanizmów monitorowania wpływu w czasie rzeczywistym komunikatów dotyczących zdrowia publicznego; oraz opracowanie sprawozdania z realizacji, w tym wytycznych dla komunikacji w sytuacji kryzysu, które można by przenieść na inne zagrożenia zdrowotne.

[Dotacja na projekt]

Kwota orientacyjna: 300 000 EUR

3.1.1.3. Badanie zagrożeń środowiskowych ze strony produktów leczniczych

Celem tego działania jest dostarczenie Komisji oceny zagrożeń środowiskowych ze strony produktów leczniczych oraz ich wpływu na zdrowie publiczne. Ocena ta mogłaby ponadto zostać wykorzystana w sprawozdaniu Komisji na ten temat zgodnie z propozycją zgłoszoną podczas pierwszego czytania wniosku Komisji w sprawie zmiany prawodawstwa farmaceutycznego w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii⁽¹⁾. Celem tego działania jest: ocena skali problemu zanieczyszczenia wód i gleby środkami farmaceutycznymi i ich pozostałościami, ocena skali wpływu tego zanieczyszczenia na środowisko i zdrowie publiczne, określenie przyczyn problemu i opracowanie zaleceń. Rezultatem powinna być dokładna ocena, umożliwiająca Komisji rozważenie podjęcia wszelkich niezbędnych działań w tej dziedzinie i przyczyniająca się do wyżej wspomnianego sprawozdania. W szczególności badanie powinno pozwolić na zebranie danych z szerokiego zakresu źródeł (organy właściwe ds. środków farmaceutycznych i środowiska, podmioty gospodarcze i inne zainteresowane strony), aby dostarczyć Komisji szczegółową analizę sytuacji w tej dziedzinie. Badanie powinno zostać zakończone w 2012 r.

[Dotychczasowa umowa ramowa]

3.1.1.4. Strategie zapobiegania zakażeniom HIV i zakażeniom współistniejącym – pomysły na przyszłość

Działanie to ma przyczynić się do realizacji komunikatu Komisji COM(2009) 569 wersja ostateczna z dnia 26 października 2009 r. „Zwalczanie HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich w latach 2009–2013”. Celem jest: opracowanie nowych i zintegrowanych strategii zapobiegania zakażeniom HIV i zakażeniom współistniejącym, koncentrujących się na potrzebach państw sąsiadujących z UE na wschodzie o wysokiej częstości występowania HIV/AIDS; pomoc w realizacji tych strategii w tych priorytetowych regionach; oraz pomoc w ich rozpowszechnianiu i propagowaniu.

Rezultatem tego działania powinna być: szczegółowa analiza parametrów, które należy włączyć do ukierunkowanych strategii zapobiegania zakażeniom HIV, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów medycznych, społecznych i politycznych; ocena korzyści ze stosowania skutecznych i zintegrowanych strategii zapobiegania zakażeniom HIV i zakażeniom współistniejącym, w połączeniu z ukierunkowanymi zaleceniami skutecznego zamawiania leków przeciwko HIV; oraz zbiór opartych na dowodach strategii zapobiegania zakażeniom wirusem HIV i zakażeniom współistniejącym, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb regionów i grup priorytetowych, w największym stopniu dotkniętych HIV

⁽¹⁾ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii. Zob. zmieniony art. 59 ust. 3 dyrektywy 2001/83/WE.

i zakażeniami współistniejącymi. Rezultatem działania powinien być przewodnik po skutecznych i zintegrowanych strategiach zapobiegania zakażeniom HIV (i zakażeniom współistniejącym) do realizacji w regionach priorytetowych, ze szczególnym uwzględnieniem grup priorytetowych w największym stopniu dotkniętych HIV i zakażeniami współistniejącymi (zgodnie z COM(2009) 569 wersja ostateczna).

[Zaproszenie do składania ofert]

3.1.2. *Poprawa bezpieczeństwa obywateli – doradztwo naukowe (pkt 1.2.1 w załączniku do programu działań w dziedzinie zdrowia)*

3.1.2.1. Wynagrodzenia specjalne dla komitetów naukowych

Celem tego działania jest dostarczenie Komisji niezależnych porad wysokiej jakości na temat zagrożeń zdrowotnych, przez zapewnianie funkcjonowania komitetów naukowych zgodnie z decyzją 2008/721/WE. Wynagrodzenia specjalne są wypłacane ekspertom za opracowywanie opinii naukowych.

[Pozostałe działania]

Kwota orientacyjna: 270 000 EUR

3.1.2.2. Wsparcie techniczne i organizacyjne funkcjonowania komitetów naukowych oraz informowania o zagrożeniach

Cel tego działania jest powiązany z zadaniem dostarczania Komisji niezależnych porad wysokiej jakości na temat zagrożeń dla konsumentów i zdrowia publicznego, przez zapewnienie funkcjonowania trzech niezależnych komitetów naukowych. Komitety opracowują, na wniosek Komisji, opinie naukowe w celu dostarczenia Komisji niezależnej i pewnej podstawy naukowej niezbędnej do kształtowania polityk i przygotowywania wniosków.

Funkcjonowanie komitetów naukowych wymaga wsparcia technicznego ze strony wykwalifikowanych organów. Wsparcie to obejmuje wyszukiwanie, analizę i syntezę literatury naukowej, przygotowywanie streszczeń, wyszukiwanie danych, tworzenie bibliografii tematów poruszanych przez komitety oraz przegląd tekstów pod względem kompletności i spójności. Jako część polityki przejrzystości i komunikacji w zakresie doradztwa naukowego, ustanowionej decyzją 2008/721/WE, a także w celu wzmocnienia podstawy naukowej w debatach politycznych UE oraz informowania obywateli o zagrożeniach, w ramach tego działania przygotowywane są uproszczone wersje opinii dla laików zainteresowanych tą tematyką. Działanie obejmuje również organizację przesłuchań naukowych i roboczych posiedzeń naukowych lub warsztatów tematycznych związanych z przygotowaniem niektórych opinii.

[Dotychczasowa umowa ramowa]

3.1.3. *Poprawa bezpieczeństwa obywateli – bezpieczeństwo krwi, tkanek, komórek i narządów (pkt 1.2.2 w załączniku do programu działań w dziedzinie zdrowia)*

3.1.3.1. Współpraca *ad hoc* z Radą Europy w zakresie szczegółowych zagadnień związanych z substancjami pochodzenia ludzkiego

Rada Europy i jej Dyrekcja ds. Jakości Leków i Opieki Zdrowotnej jest jedną z ważniejszych europejskich organizacji zaangażowanych w harmonizację i koordynację standaryzacji, regulacji i kontroli jakości leków, transfuzji krwi, przeszczepiania narządów, farmaceutyków i opieki farmaceutycznej. Uważana jest za organizację ekspercką, wiarygodną i neutralną w dziedzinie substancji pochodzenia ludzkiego, gwarantując fachowe doradztwo i wsparcie dla Komisji.

Aby propagować i chronić zdrowie ludzi, Komisja stale współpracuje z Radą Europy w zakresie norm jakości związanych z pobieraniem, testowaniem, przetwarzaniem, przechowywaniem, składowaniem i dystrybucją krwi i składników krwi. Rada Europy wspomaga Komisję w wykonaniu dyrektywy 2002/98/WE oraz późniejszych dyrektyw wykonawczych. Szczegółowe tematy są określane co roku zależnie od potrzeb naukowych i technicznych. Na 2011 r. przewidziano wspólne metody badania, gwarantujące bezpieczeństwo krwi we wszystkich państwach członkowskich. Działanie to przyczyni się do opracowania i wykorzystywania zwalidowanych metod badania poprzez badanie biegłości. Badanie biegłości powinno angażować laboratoria wszystkich 27 państw członkowskich i polegać na przygotowywaniu i dystrybucji próbek metodą podwójnie ślepej próby.

[Dotacja bezpośrednia dla Rady Europy]

Kwota orientacyjna: 100 000 EUR

3.1.3.2. Organizacja sesji szkoleniowych dla inspektorów w dziedzinie krwi i składników krwi

Jak ustanowiono w art. 8 dyrektywy 2002/98/WE, wszystkie państwa członkowskie dopilnowują, aby właściwy organ organizował inspekcje i wprowadzał właściwe środki kontroli w placówkach służby krwi, zapewniając spełnienie wymogów tej dyrektywy. Celem tego działania jest organizowanie sesji szkoleniowych w dziedzinie krwi i składników krwi dla określonej liczby inspektorów. Rezultatem działania powinno być ujednolicenie wiedzy na temat inspekcji i sposobów ich przeprowadzania w UE oraz zwiększenie liczby inspektorów przeszkolonych w tej dziedzinie.

Zgodnie z dyrektywą 2002/98/WE takie sesje szkoleniowe przyczynią się do zapewnienia jakości i bezpieczeństwa krwi i składników krwi w UE. Ponadto ujednoczenie praktyki w zakresie inspekcji zwiększy wzajemne zaufanie, a tym samym pobudzi współpracę państw członkowskich. Działanie jest zgodne z celami strategii w dziedzinie zdrowia dotyczącymi propagowania zdrowia w starzejącej się Europie i wspierania dynamicznych systemów i technologii opieki zdrowotnej. Dalsze szkolenie inspektorów placówek służby krwi pozytywnie wpłynie na jakość i bezpieczeństwo krwi i składników krwi, z czego skorzystają pacjenci w całej UE. Czas trwania działania będzie wynosił od 18 do 24 miesięcy. Przeszkolonych zostanie co najmniej dwóch inspektorów z każdego państwa członkowskiego. Przyniesie to efekt mnożnikowy, ponieważ przeszkoleni inspektorzy będą szkolić krajowych inspektorów w swoich państwach członkowskich. Stworzone narzędzia i materiały szkoleniowe zostaną ponownie wykorzystane na poziomie krajowym. Ocena końcowa obejmie pomiar wyników działania i efektu mnożnikowego.

[Zaproszenie do składania ofert]

3.1.3.3. Pomoc państwom członkowskim w osiągnięciu pełnego potencjału dawstwa od żywych i zmarłych dawców

Zgodnie z art. 15 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/53/UE z dnia 7 lipca 2010 r. w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia ⁽¹⁾ państwa członkowskie zapewniają prowadzenie rejestru lub ewidencji żywych dawców. To wspólne działanie ma na celu: pomoc państwom członkowskim w utworzeniu i prowadzeniu programów dawstwa od żywych dawców poprzez opracowanie wytycznych dla systemów rejestrowania/ewidencji żywych dawców; opracowanie systemów rejestrowania/ewidencji żywych dawców; oraz dostarczenie państwom członkowskim praktycznego narzędzia dla systemów rejestrowania/ewidencji żywych dawców. Dobrze opracowany system rejestrowania/ewidencji żywych dawców jest nie tylko kluczowy dla oceny zdrowia i bezpieczeństwa żywych dawców, lecz również dla zwalczania nielegalnego handlu organami, ponieważ pozwala państwom członkowskim dokładnie monitorować i oceniać praktykę dawstwa od żywych dawców w UE oraz ponad granicami.

Zgodnie z dyrektywą 2010/53/UE i komunikatem (COM)2008 819 wersja ostateczna to wspólne działanie ma na celu: pomoc państwom członkowskim w osiągnięciu pełnego potencjału dawstwa od zmarłych dawców przez zacieśnianie relacji między oddziałami intensywnej opieki medycznej a koordynatorami ds. transplantacji; dostarczenie państwom członkowskim modułu szkoleniowego dla lepszej koordynacji; ułatwienie identyfikacji potencjalnych dawców narządów; oraz zwiększenie liczby dostępnych narządów w Europie.

Celem tego wspólnego działania jest również zwiększenie skuteczności i dostępności systemów przeszczepiania narządów przez łączenie systemów przeszczepiania i wzajemnej oceny.

Działanie to ułatwi spójne wykonanie dyrektywy 2010/53/UE w 27 państwach członkowskich; zapewni konkretną pomoc państwom członkowskim w osiąganiu celów planu działania; zacieśni współpracę między państwami członkowskimi w zakresie dawstwa i przeszczepiania narządów poprzez łączenie działań; oraz przyczyni się do osiągnięcia pełnego potencjału dawstwa od zmarłych dawców przez bardziej skuteczne wykrywanie dawców, a także do zwiększenia bezpieczeństwa żywych dawców w UE.

[Wspólne działanie]

Kwota orientacyjna: 1 440 000 EUR

3.1.3.4. Wspieranie rejestrów na rzecz europejskiego jednolitego systemu kodowania tkanek i komórek ludzkich

Celem tego działania jest stworzenie i utrzymanie: a) europejskiego rejestru, w którym gromadzone będą informacje zawarte w krajowych rejestrach banków tkanek w odpowiednim formacie zapewniającym dostęp podmiotom i ogółowi społeczeństwa, a także prawidłowe wykorzystanie w kontekście europejskiego systemu kodowania tkanek i komórek; a także stworzenie i utrzymanie b) drugiego europejskiego rejestru z odniesieniem do nomenklatury tkanek i komórek ludzkich do stosowania w europejskim systemie kodowania tkanek i komórek zgodnie z dyrektywą Komisji 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonującą dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich ⁽²⁾ oraz zgodnie z dyrektywą 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich ⁽³⁾.

Rezultatem działania powinno być: ustanowienie a) jednego punktu dostępu dla celów gromadzenia, konsolidowania i udostępniania informacji związanych z bankami tkanek w UE, takich jak położenie, dane teleadresowe i zatwierdzone działania, użytkownikom i opinii publicznej. Wstępne stworzenie i utrzymanie rejestru będzie wymagało znacznej pracy zarówno ze strony państw członkowskich, jak i zainteresowanych stron i Komisji. Rezultatem działania powinno być również: stworzenie b) jednego punktu dostępu ze wspólnie uzgodnionymi definicjami i opisami różnych typów tkanek i komórek ludzkich. Dyskusje prowadzące do uzgodnienia definicji oraz stworzenie i utrzymanie rejestru nomenklatury będzie wymagało znacznej pracy zarówno ze strony państw członkowskich, jak i zainteresowanych stron i Komisji.

⁽¹⁾ Dz.U. L 207 z 6.8.2010, s. 14.

⁽²⁾ Dz.U. L 294 z 25.10.2006, s. 32.

⁽³⁾ Dz.U. L 102 z 7.4.2004, s. 48.

Te dwa rejestry będą kluczowe dla zapewnienia właściwego funkcjonowania europejskiego systemu kodowania tkanek i komórek ludzkich. Europejski rejestr banków tkanek pomoże państwom członkowskim i Komisji spełnić wymogi nałożone na nich dyrektywą 2004/23/WE. Działanie to przyczyni się do zapewnienia jakości i bezpieczeństwa tkanek i komórek w UE.

[Zaproszenie do składania ofert]

3.1.4. *Poprawa bezpieczeństwa obywateli – poprawa bezpieczeństwa pacjentów przez zapewnienie dobrej i bezpiecznej opieki zdrowotnej (pkt 1.2.3 w załączniku do programu działań w dziedzinie zdrowia)*

3.1.4.1. Bezpieczeństwo pacjentów i jakość opieki zdrowotnej

Działanie to ma na celu zapewnienie dobrej i bezpiecznej opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom UE. Przyczynia się do: 1) wykonania zalecenia Rady 2009/C 151/01 z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, w szczególności w odniesieniu do gromadzenia i dzielenia się porównywalnymi danymi i informacjami dotyczącymi poziomu bezpieczeństwa pacjentów; dzielenia się wiedzą, doświadczeniem i najlepszymi praktykami w zakresie strategii zapewniania bezpieczeństwa pacjentów; oraz dzielenia się wiedzą w kwestii skuteczności działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów oraz oceny możliwości ich przeniesienia; a także do 2) realizacji porozumienia w Grupie Roboczej Wysokiego Szczebla ds. Zdrowia Publicznego mającego na celu zacieśnienie współpracy między państwami członkowskimi i Komisją w kwestii jakości opieki zdrowotnej; oraz 3) pomocy państwom członkowskim w wymianie dobrych praktyk w zakresie zaangażowania pacjentów.

Skutkiem tego działania powinna być: trwała, zacieśniona sieć współpracy państw członkowskich w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej; uzgodniony zestaw terminologii/kategorii tematów z zakresu bezpieczeństwa pacjentów, zdarzeń niepożądanych i czynników warunkujących; interaktywna platforma (np. strona internetowa) do dzielenia się dobrymi praktykami w zakresie rozwiązań dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, systemów zapewniania jakości i zaangażowania pacjentów; realizacja wybranych dobrych praktyk w ograniczonej liczbie placówek opieki zdrowotnej w państwach członkowskich oraz ocena przy pomocy powiązanych wskaźników bezpieczeństwa pacjentów i wskaźników jakości; pełna, kompleksowa i dostępna baza danych dotycząca systemów bezpieczeństwa i jakości wdrożonych w UE wraz z informacjami na temat możliwości ich przenoszenia w UE; a także europejski przewodnik na temat oceny systemów zapewniania jakości i bezpieczeństwa, koncentrujący się na aspektach szczegółowych, takich jak cele, organizacja, przejrzystość i zaangażowanie pacjentów.

[Wspólne działanie]

Kwota orientacyjna: 3 600 000 EUR

3.2. Działania, których dotyczy drugi cel „Promocja zdrowia”

Działania opisane w tej sekcji mają na celu propagowanie zdrowszego stylu życia i zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia, a także propagowanie zdrowszego stylu życia i zmniejszenie częstości występowania poważnych chorób przez oddziaływanie na uwarunkowania zdrowotne.

3.2.1. *Określenie przyczyn nierówności w zakresie zdrowia, oddziaływanie na nie i ich zmniejszanie, a także propagowanie inwestycji w zdrowie we współpracy z innymi obszarami polityki i funduszami UE (pkt 2.1.2 w załączniku do programu działań w dziedzinie zdrowia)*

3.2.1.1. Zmniejszanie nierówności w zakresie zdrowia: przygotowanie planów działań i projektów funduszy strukturalnych

Celem tego działania jest pomoc państwom członkowskim w opracowaniu planów działania w zakresie zmniejszania nierówności zdrowotnych, co pomogłoby im także w kontekście działań funduszy strukturalnych w kolejnym okresie programowania rozpoczynającym się w 2013 r. Działanie przyczynia się do realizacji komunikatu Komisji COM(2009) 567 wersja ostateczna z dnia 20 października 2009 r. „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”, w którym wyrażono intencję Komisji „dokonania przeglądu możliwości pomocy państwom członkowskim w celu lepszego wykorzystania przez nie polityki spójności UE i funduszy strukturalnych na rzecz wspierania działań w zakresie oddziaływania na czynniki wpływające na nierówności zdrowotne”. Działanie to jako priorytet będzie traktowało te państwa członkowskie i regiony, w których przedwczesna umieralność (definiowana jako standaryzowany wskaźnik umieralności poniżej 65 roku życia) przekracza średnią UE o 20 %.

Działania te powinny obejmować: analizę nierówności w zakresie zdrowia i przygotowanie zarysu działań zmniejszających te nierówności w regionach i subregionach oraz między nimi; wymianę informacji i dzielenie się dobrymi praktykami między państwami członkowskimi oraz regionami w odniesieniu do działań podejmowanych w celu zwalczania nierówności w zakresie zdrowia; oraz opracowanie planów zwalczania nierówności w zakresie zdrowia wynikających z: a) dostępu do opieki zdrowotnej i usług profilaktyki zdrowotnej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na grupy i wspólnoty w trudnej sytuacji i w biedniejszych regionach; b) przyczyn wiążących się z zachowaniami wpływającymi na zdrowie; oraz c) przyczyn wiążących się z warunkami życia i pracy, w tym z dostępem do podstawowych potrzeb, takich jak woda i usługi sanitarne.

Rezultatem działania powinny być: analizy potrzeb i koszty planów spełniających te potrzeby w celu zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia związanych z dostępem do opieki zdrowotnej, zachowaniami wpływającymi na zdrowie i warunkami życia i pracy; integracja wyników w ogólne procesy do zastosowania w funduszach strukturalnych; oraz zwięzłe sprawozdanie analizujące dobre praktyki na poziomie UE zawierające studia przypadków z uczestniczących regionów i państw członkowskich. Działanie powinno również wspierać państwa członkowskie i regiony w opracowaniu zintegrowanego podejścia do nierówności w zakresie zdrowia jako części ogólnego programu rozwoju gospodarczego i społecznego wspieranego przez fundusze strukturalne; a także być podstawą wysiłków podejmowanych w celu rozwiązania problemów nierówności w zakresie zdrowia o podłożu regionalnym i społeczno-gospodarczym.

[Dotacja na projekt]

Kwota orientacyjna: 1 200 000 EUR

3.2.1.2. Europejski przegląd społecznych uwarunkowań i podziałów w dziedzinie zdrowia: współpraca z WHO w celu stworzenia wytycznych politycznych i narzędzi zmniejszenia nierówności zdrowotnych

Celem tego działania jest realizacja komunikatu Komisji COM(2009) 567 wersja ostateczna i kontynuacja ścisłej współpracy między WHO a Komisją Europejską w opracowywaniu inicjatyw zmniejszających nierówności w zakresie zdrowia. Wkład ten jest istotny dla ułatwienia synergii gromadzenia informacji i interakcji z państwami członkowskimi w tej dziedzinie oraz zwiększania spójności polityki w zakresie nierówności w zakresie zdrowia między WHO a UE. Ta bezpośrednia dotacja dla Biura Regionalnego WHO dla Europy wspierałaby prace nad „europejskim przeglądem społecznych uwarunkowań i podziałów w dziedzinie zdrowia” (europejski przegląd Marmot) oraz opracowanie wytycznych politycznych i narzędzi dla celów zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia w Europie. Dotacja uzupełni drugą i trzecią fazę prac rozpoczętych przez Biuro Regionalne WHO dla Europy w następstwie globalnego sprawozdania WHO na temat uwarunkowań społecznych zdrowia, zatytułowanego „Closing the Gap in a Generation” (Zmniejszanie luki pokoleniowej). W ramach tego działania opracowane zostaną wytyczne polityczne dotyczące oddziaływania na nierówności w zakresie zdrowia, powiązane z „europejskim przeglądem społecznych uwarunkowań i podziałów w dziedzinie zdrowia”; opracowane zostaną także narzędzia do gromadzenia i rozpowszechniania informacji statystycznych dotyczących nierówności zdrowotnych. Działanie obejmie także rozpowszechnianie informacji.

[Dotacja bezpośrednia dla WHO]

Kwota orientacyjna: 400 000 EUR

3.2.2. *Oddziaływanie na uwarunkowania zdrowotne w celu propagowania i poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego oraz oddziaływanie na kluczowe czynniki, takie jak odżywianie i aktywność fizyczna, palenie tytoniu i spożywanie alkoholu (pkt 2.2.1 w załączniku do programu działań w dziedzinie zdrowia)*

3.2.2.1. Monitorowanie realizacji Europejskiej strategii na rzecz właściwego odżywiania i aktywności fizycznej we współpracy z WHO

Celem tego działania jest rozwijanie trwałego unijnego systemu informowania i sprawozdawczości, zdolnego do opisywania postępów poczynionych w latach 2007–2013 w realizacji Strategii dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością oraz ilustracja systemu dobrych praktyk opartych na kierowanej przez WHO sieci 27 krajowych punktów kontaktowych. Działania te zostały rozpoczęte wcześniejszą dotacją bezpośrednią dla WHO. W ramach obecnego działania zostaną dostarczone informacje dotyczące stopnia realizacji strategii we wszystkich państwach członkowskich po jej zakończeniu, biorąc rok 2007 i 2009 za punkty odniesienia dla lat 2011 i 2013; pomoc dla sieci krajowych punktów kontaktowych UE27 zostanie uaktywniona i zapewniona w ścisłej współpracy z Grupą Wysokiego Szczebla UE ds. Właściwego Odżywiania i Aktywności Fizycznej oraz odpowiednimi służbami Komisji; zostanie utrzymana kompleksowa baza danych dotycząca opracowywania polityk i działań politycznych w państwach członkowskich i w UE; oraz zostanie zapewniona wymiana informacji i dobrych praktyk między 27 państwami członkowskimi. Ponadto w ramach tego działania: zapewniona zostanie roczna aktualizacja publicznej bazy danych opracowanej w pierwszym okresie dla 27 państw członkowskich (2007–2010); zostanie opracowane sprawozdanie dotyczące realizacji strategii przez państwa członkowskie, które zostanie wykorzystane w sprawozdaniu oceniającym Komisji z realizacji strategii; działanie przyczyni się także do konsolidacji sieci punktów kontaktowych WHO z zakresu właściwego odżywiania i aktywności fizycznej i do rozwoju potencjału gromadzenia danych i kierowania siecią.

Działanie przyczyni się do uzyskania wiarygodnych informacji na temat wysiłków państw członkowskich UE w zwalczaniu chorób spowodowanych złym odżywianiem się, nadwagą i otyłością. Informacje zebrane w ciągu 6 lat posłużą za podstawę oceny tej strategii w 2013 r.

[Dotacja bezpośrednia dla WHO]

Kwota orientacyjna: 700 000 EUR

3.2.2.2. Kampania informacyjna w zakresie profilaktyki paleniu tytoniu

Celem tego działania jest wspieranie działań prowadzących do zaprzestania palenia w całej Europie w postaci kampanii antynikotynowej. Ta kampania skłoni obywateli do zastanowienia się nad problemem palenia, zachęci do jego zaprzestania i wskaże na dostępne sposoby rozstania się z nałogiem. Kampania w pierwszym rzędzie skierowana będzie do młodych dorosłych w wieku 25–34 lat, w szczególności do osób w trudnej sytuacji oraz środowisk o wysokiej częstotliwości palenia tytoniu. Tematy i skala różnych działań uwzględnią przede wszystkim sytuację w poszczególnych państwach członkowskich. Szczegółowe działania zostaną odpowiednio opracowane i zrealizowane we współpracy z organami odpowiedzialnymi za zdrowie w państwach członkowskich, aby zapewnić koordynację i synergii podejmowanych w państwach członkowskich wysiłków zachęcających do zaprzestania palenia. Kampania będzie miała wyraźnie odrębny, europejski charakter. Ta kampania informacyjna przyczyni się do zwiększenia wiedzy i zmiany postaw i zachowań, prowadząc do społeczeństwa wolnego do tytoniu.

[Zaproszenie do składania ofert]

3.2.2.3. Badanie dotyczące nowych strategii marketingowych, sprzedażowych i produktowych przemysłu tytoniowego

Celem tego działania jest kompleksowy przegląd działań przemysłu tytoniowego w UE w celu wyposażenia organów kontroli tego przemysłu w wiedzę umożliwiającą im przystosowanie się do zmian i tendencji, skuteczne pokonywanie przeszkód, przewidywanie nowych strategii, a także w miarę potrzeby stosowanie restrukturyzacji, aby w ten sposób zwiększyć skuteczność kontroli przemysłu tytoniowego. Działanie to ma na celu identyfikację zmian w strategiach marketingowych, sprzedażowych i produktowych przemysłu tytoniowego od czasu przyjęcia dyrektywy 2001/37/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 czerwca 2001 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych ⁽¹⁾, dyrektywy 2003/33/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 maja 2003 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, odnoszących się do reklamy i sponsorowania wyrobów tytoniowych ⁽²⁾, zalecenia Rady z dnia 2 grudnia 2002 r. w sprawie zapobiegania paleniu tytoniu oraz i w sprawie inicjatyw na rzecz poprawy kontroli używania tytoniu, a także ramowej konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu z 2005 r. ⁽³⁾; działanie to ma także określić, w jaki sposób strategie te odwołują się do różnic w wieku, płci, dochodach, wykształceniu i miejscu zamieszkania, uwzględniając różnice między państwami członkowskimi, a także między obszarami miejskimi i wiejskimi.

Rezultatem działania będzie analiza zmian w strategiach marketingowych, sprzedażowych i produktowych przemysłu tytoniowego oraz zestaw zaleceń dotyczących reakcji na te strategie.

[Istniejąca umowa ramowa/zaproszenie do składania ofert]

3.2.2.4. Umowa administracyjna ze wspólnym Centrum Badawczym dla celów wsparcia naukowego dla wykonania dyrektywy o wyrobach tytoniowych i ramowej konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu

Celem tego działania jest zapewnienie obiektywnego wsparcia naukowego dla celów wykonania dyrektywy 2001/37/WE, a także ramowej konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu. Rezultatem działania powinno być: wsparcie Komisji w pełnieniu funkcji podmiotu ułatwiającego realizację ramowej konwencji o ograniczeniu użycia tytoniu; opracowanie wytycznych dotyczących badania i pomiaru wyrobów tytoniowych; wspomaganie prac nad skutecznym funkcjonowaniem europejskiej sieci rządowych laboratoriów przemysłu tytoniowego; wspieranie prac nad badaniem i pomiarami zawartości i emisji wyrobów tytoniowych; oraz dostarczenie danych z analizy składników.

[Pozostałe działania]

Kwota orientacyjna: 100 000 EUR

3.2.2.5. Dobra praktyka w zakresie szybkiego reagowania na zaburzenia spowodowane spożywaniem alkoholu w podstawowej opiece zdrowotnej, opiece zdrowotnej w miejscu pracy, w nagłych wypadkach oraz w opiece socjalnej

Celem tego działania jest: identyfikacja i systematyzacja dobrych praktyk w zakresie szybkiego reagowania na zaburzenia spowodowane spożywaniem alkoholu w podstawowej opiece zdrowotnej, opiece zdrowotnej w miejscu pracy, w nagłych wypadkach oraz w opiece socjalnej; stworzenie i przetestowanie narzędzi, metod i materiałów dla każdego z tych kontekstów dla celów wczesnej identyfikacji, szybkiego reagowania i kierowania na leczenie; oraz zapoczątkowanie dalszego rozpowszechniania i adaptacji podejścia opartego na szybkim reagowaniu, dostosowanego do konkretnych okoliczności, w całej UE. Praca powinna opierać się na dotychczasowym doświadczeniu i istniejących dowodach na skuteczność w stosowaniu podejścia szybkiego reagowania w podstawowej opiece zdrowotnej. Szczególną uwagę należy zwrócić na zaangażowanie podmiotów w państwach członkowskich o mniejszym doświadczeniu w stosowaniu podejścia szybkiego reagowania oraz na możliwości zwiększania współpracy między opieką socjalną a opieką zdrowotną. Rezultatem działania powinien być zestaw narzędzi, metod i materiałów szybkiego reagowania, dostosowanych do

⁽¹⁾ Dz.U. L 194 z 18.7.2001, s. 26.

⁽²⁾ Dz.U. L 152 z 20.6.2003, s. 16.

⁽³⁾ <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>

konkretnych kontekstów i ocenionych w tych kontekstach, a także wytyczne dotyczące opracowania i rozwijania podejścia szybkiego reagowania dostosowanego do konkretnych kontekstów w pozostałych krajach oraz konkretny plan rozpowszechniania tego podejścia w całej UE. Pozwoli to poszerzyć możliwości stosowania ukierunkowanego reagowania na zaburzenia spowodowane spożywaniem alkoholu na wczesnym etapie w sposób zapobiegający powstawaniu poważniejszych i bardziej kosztownych negatywnych konsekwencji.

[Dotacja na projekt]

Kwota orientacyjna: 350 000 EUR

3.2.2.6. Ocena struktur wdrożonych w celu realizacji strategii antyalkoholowej UE

Celem tego działania jest: ocena strategii antyalkoholowej UE, w tym ocena Europejskiego Forum ds. Alkoholu i Zdrowia, a także działań i struktur wspierających państwa członkowskie, takich jak Komitet Krajowej Polityki i Działań Antyalkoholowych (CNAPA), oraz prace na szczeblu UE ukierunkowane na opracowanie wspólnych podstaw wiedzy i najlepszych praktyk. Uaktualnienie podstaw wiedzy i ocena struktur dla celów realizacji strategii przyczynią się do ogólnej oceny wartości działania UE i do przeciwdziałania szkodliwym skutkom spożywania alkoholu.

[Dotychczasowa umowa ramowa]

3.2.2.7. Wsparcie naukowe i techniczne realizacji polityk UE w zakresie odżywiania, spożywania alkoholu i działań w ramach Forum Zdrowia

Celem tego działania jest dostarczenie wsparcia naukowego i technicznego realizacji polityk UE w zakresie odżywiania i spożywania alkoholu, a także w realizacji działań w ramach europejskiego Forum Zdrowia.

W odniesieniu do odżywiania celem tego działania jest wspieranie działań związanych z realizacją Strategii dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością, w szczególności prac Platformy UE ds. Żywności, Aktywności Fizycznej i Zdrowia, a także pracy Grupy Wysokiego Szczebla ds. Odżywiania i Aktywności Fizycznej. Działanie to obejmuje: opracowanie naukowych streszczeń i analiz kluczowych obszarów strategii, takich jak choroby związane z nadwagą i otyłością, czynniki wpływające na wybory żywieniowe, informacje dla konsumentów, zmiany składu produktów, reklama; infrastruktura i zdrowy styl życia. W odniesieniu do alkoholu dla celów realizacji działań Komisji w zakresie szkodliwych skutków spożywania alkoholu wymagane jest wsparcie naukowe. Obejmuje to realizację strategii antyalkoholowej UE poprzez kompilowanie, rewizję i analizę dostępnych podstaw wiedzy w celu świadomego kształtowania dalszych działań i polityk. W odniesieniu do Europejskiego Forum Zdrowia działanie to ma na celu pomoc Komisji w realizacji działań Europejskiego Forum Zdrowia. Obejmuje to organizowanie i wspieranie działań forum UE na temat polityki zdrowotnej oraz otwartego forum, w tym powiązane prace naukowe i techniczne.

[Dotychczasowa umowa ramowa]

3.2.3. Profilaktyka poważnych chorób i chorób rzadkich (pkt 2.2.2 w załączniku do programu działań w dziedzinie zdrowia)

3.2.3.1. Wspieranie działań zgodnych z komunikatem Komisji „Walka z rakiem: partnerstwo europejskie”

Wspólne działanie „Partnerstwo europejskie na rzecz walki z rakiem” zainicjowane w ramach zaproszenia do składania ofert w 2010 r. jest punktem wyjścia dla działania wspierającego partnerstwo europejskie. W miarę rozwoju współpracy obok działań określonych w komunikacie COM(2009) 291 wersja ostateczna pojawią się nowe potrzeby, nieobjęte wymienionym wyżej wspólnym działaniem. Celem tego działania jest dostarczenie dodatkowego wsparcia partnerstwu europejskiemu zgodnie z potrzebami wynikającymi w zidentyfikowanych obszarach. Działanie koncentruje się na promocji zdrowia i profilaktyce nowotworów w odniesieniu do czynników środowiskowych i nowotworów. Celem jest identyfikacja czynników środowiskowych i wykazanie, czy, jak i które czynniki środowiskowe są bezpośrednio obecne w polityce państw członkowskich dotyczącej nowotworów. Przykłady dobrych praktyk stosowanych w państwach członkowskich, dotyczących środowiskowych przyczyn nowotworów, powinny doprowadzić do wykazania i zaproponowania, jak kompleksowy plan lub strategia zwalczania nowotworów mogą najlepiej objąć ten aspekt.

[Dotacja na projekt]

Kwota orientacyjna: 300 000 EUR

3.2.3.2. Wsparcie naukowe i techniczne Europejskiego partnerstwa na rzecz walki z rakiem oraz działania w następstwie realizacji zalecenia Rady w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka

Celem tej dotacji bezpośredniej dla Agencji Badań nad Rakiem (IARC) jest dostarczenie wysokiej jakości wsparcia naukowego i technicznego dla Europejskiego partnerstwa na rzecz walki z rakiem. IARC koordynuje i prowadzi badania nad przyczynami zachorowań na raka wśród ludzi i mechanizmami powstawania nowotworów, a także opracowuje naukowe strategie profilaktyki i kontroli nowotworów. IARC jest jedyną organizacją tego rodzaju w dziedzinie chorób nowotworowych i zapewnia wysokiej jakości wsparcie naukowe i wiedzę techniczną w tej dziedzinie, które są niezbędne dla skutecznej realizacji Europejskiego partnerstwa na rzecz walki z rakiem.

Działanie to stanowi niezbędne działanie następcze względem wcześniejszych wyników lub ich uaktualnienie (np. Europejski kodeks walki z rakiem, Europejskie wytyczne w dziedzinie badań przesiewowych pod kątem raka) i przyczynia się do realizacji celów Europejskiego partnerstwa na rzecz walki z rakiem w zakresie informacji o obciążeniu nowotworami. Działania te są bezpośrednio związane z obowiązkami Komisji wynikającymi z zalecenia Rady z dnia 2 grudnia 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka lub z wniosków Parlamentu Europejskiego (rezolucja PE z dnia 10 kwietnia 2008 r. w sprawie zwalczania nowotworów w rozszerzonej Unii Europejskiej) i Rady (konkluzje Rady z dnia 10 czerwca 2008 r. w sprawie ograniczenia obciążenia związanego z chorobą nowotworową).

Działanie obejmuje: przygotowanie poprawionego Europejskiego kodeksu walki z rakiem; ocenę realizacji Europejskich wytycznych w sprawie zapewniania jakości w badaniach przesiewowych pod kątem raka, w kontekście realizacji zalecenia Rady; oraz informowanie o obciążeniu nowotworami w zgodzie z celami Europejskiego partnerstwa na rzecz walki z rakiem w tym zakresie.

[Dotacja bezpośrednia dla IARC]

Kwota orientacyjna: 1 300 000 EUR

3.2.3.3. Wsparcie Europejskiej sieci informowania o chorobach rzadkich

Celem tego działania jest wspieranie różnych europejskich sieci informowania o chorobach rzadkich wymienionych w pkt 4.4 komunikatu COM(2008) 679 wersja ostateczna oraz w zaleceniu Rady z dnia 8 czerwca 2009 r. w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób.

Działanie to przyczynia się do realizacji priorytetów ustanowionych w komunikacie Komisji i w zaleceniu Rady oraz przynosi bezpośrednie korzystne skutki pacjentom dzięki stworzeniu pilotażowych europejskich sieci referencyjnych, europejskiego rejestru chorób rzadkich i innych form sieci informowania o chorobach rzadkich. Działanie to powinno pozwolić na sfinansowanie więcej niż jednej sieci.

[Dotacje na projekt]

Kwota orientacyjna: 1 500 000 EUR

3.2.3.4. Pomoc w realizacji zalecenia Rady i komunikatu Komisji w sprawie chorób rzadkich

W zaleceniu Rady z dnia 8 czerwca 2009 r. w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób wzywa się państwa członkowskie do przyjęcia krajowych planów działania w dziedzinie chorób rzadkich przed końcem 2013 r., tymczasem większość państw członkowskich nadal wymaga pomocy w realizacji tego zadania. Działanie to będzie opierać się na europejskim projekcie na rzecz opracowania krajowych planów zwalczania rzadkich chorób (EUROPLAN) oraz na wspólnych działaniach na rzecz wsparcia naukowego grupy zadaniowej ds. rzadkich chorób. Dostarczy niezbędnej pomocy unijnej dla celów opracowania i realizacji krajowych planów w dziedzinie rzadkich chorób w 18 pozostałych państwach członkowskich, a także dostarczy wsparcia technicznego państwom EFTA/EOG i innym państwom trzecim zgodnie ze wspomnianym wyżej zaleceniem Rady i komunikatem COM(2008) 679 wersja ostateczna.

Procedury akredytacji i wyznaczania europejskich sieci referencyjnych w dziedzinie rzadkich chorób powinny być uzgodnione z państwami członkowskimi i powinny być częścią krajowych planów w dziedzinie rzadkich chorób. Będzie to innowacyjne działanie, które stanowi kontynuację projektów europejskich sieci referencyjnych w dziedzinie rzadkich chorób finansowanych przez UE w latach 2006–2009 i tworzy dla nich nowe ramy techniczne i polityczne. Działanie to dostarczy także wsparcia naukowego nowemu europejskiemu komitetowi ekspertów w dziedzinie rzadkich chorób, ustanowionemu w decyzji Komisji 2009/872/WE z dnia 30 listopada 2009 r. ustanawiającej Komitet Ekspertów UE ds. Rzadkich Chorób⁽¹⁾. Działanie to w szczególności przyczynia się do sprawozdania z realizacji wspomnianego zalecenia Rady i komunikatu Komisji; oraz obejmuje organizację grup roboczych i warsztatów wspierających działanie komitetu oraz gwarantujących odpowiednie zaangażowanie techniczne zainteresowanych stron. Wspólne działanie przyczyni się także do standaryzacji nomenklatury na poziomie międzynarodowym, co zagwarantuje widoczność rzadkich chorób w systemach informacji zdrowotnej, w celu promowania zarządzania jakością w laboratoriach diagnostycznych i wyjaśnienia pojęć dotyczących rzadkości stosowanych w obszarach definiowanych do działania (odpowiednie wartości współczynników zachorowalności i chorobowości na obszar działania).

[Wspólne działanie]

Kwota orientacyjna: 3 000 000 EUR

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

Działania w ramach tego celu zmiernają do propagowania wymiany wiedzy i najlepszych praktyk w kwestii zdrowia oraz do gromadzenia, analizowania i rozpowszechniania informacji zdrowotnych.

⁽¹⁾ Dz.U. L 315 z 2.12.2009, s. 18.

3.3.1. Europejski system informacji zdrowotnych (pkt 3.2.1 w załączniku do programu działań w dziedzinie zdrowia)

3.3.1.1. Pomoc w tworzeniu pilotażowej sieci szpitali związanej z płatnościami za opiekę nad pacjentami transgranicznymi

Celem tego działania jest ustanowienie sieci, która będzie badać szpitale, do których trafia znaczna liczba pacjentów z innych państw członkowskich, przy czym ponad jedną trzecią z nich stanowią będą szpitale położone w regionach transgranicznych. Szpitale będą składać sprawozdania i udzielać informacji dotyczących kwestii administracyjnych związanych z płatnościami za opiekę nad pacjentami transgranicznymi, w tym kwestii związanych z określeniem stawki za usługi, ewentualnymi stratami dochodów dla szpitali, możliwym wykorzystaniem płatności z góry oraz opóźnieniami w zwrocie kosztów szpitalom. Sieć oceni główne przyczyny problemów i zaproponuje możliwe rozwiązania. Sieć ustanowi także system otrzymywania informacji zwrotnych od pacjentów na temat ich doświadczeń związanych ze zwrotem ich własnych kosztów za opiekę transgraniczną, w oparciu o świadomą zgodę. Sieć porówna także stawki oparte na systemie JGP (jednorodnych grup pacjentów) pod kątem wykazu powszechnych rodzajów zabiegów planowanych i zaproponuje wnioski dotyczące ogólnych poziomów kosztów między państwami członkowskimi oraz rozbieżności między względnymi poziomami kosztów.

[Dotacja na projekt]

Kwota orientacyjna: 500 000 EUR

3.3.1.2. Stworzenie grupy ekspertów ds. systemów opieki zdrowotnej

Celem tego działania jest doradztwo techniczne i polityczne Komisji i państwom członkowskim na temat skuteczności gospodarczej systemów opieki zdrowotnej na poziomie krajowym. Obejmuje to: 1) zaprojektowanie „matrycy politycznych”, tj. określenie obszarów polityki w systemach opieki zdrowotnej różniących się istotnymi cechami i przeprowadzenie na tej podstawie analiz; 2) znalezienie i rekrutację ekspertów z państw członkowskich z określonych obszarów polityki oraz znalezienie i nawiązanie współpracy z partnerami instytucjonalnymi (Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, Bank Światowy, Europejskie Stowarzyszenie Zarządzania Służbą Zdrowia, Europejski Bank Inwestycyjny itd.), tj. stworzenie grupy ekspertów; 3) zaprojektowanie długookresowego modelu zarządzania dla struktur w celu zgromadzenia i dostarczenia wiedzy specjalistycznej na poziomie europejskim i krajowym w zakresie systemów opieki zdrowotnej, uwzględniając wyniki proponowanego działania opisanego w pkt 3.3.1.8; oraz 4) stworzenie grupy ekspertów, modelu zarządzania lub innej struktury w wyniku projektu pilotażowego.

[Zaproszenie do składania ofert/dotacja bezpośrednia dla Europejskiego Obserwatorium]

3.3.1.3. Wspólne działanie uzupełniające pilotażową ocenę technologii medycznych w zakresie ukierunkowanych technologii medycznych

Celem tego działania jest uzupełnienie wspólnego działania polegającego na ocenie technologii medycznych (HTA) w latach 2010–2012 przez przeprowadzenie znacznej liczby pilotażowych ocen technologii medycznych; z naciskiem na pilotaż i wdrożenie opracowanego modelu i narzędzi wspierania wspólnego dostarczania kluczowych informacji na temat HTA, przy wzmocnieniu działań sekretariatu i działań koordynujących, dalszym rozwoju infrastruktury technologii informacyjnych i komunikacyjnych związanych z produkcją oraz zwiększeniu wydajności HTA. Działanie to obejmuje dostarczanie przenaszalnych kluczowych informacji na temat HTA na poziomie europejskim, co ułatwia prace wykonywane na poziomie krajowym zgodnie z kluczowym modelem HTA opracowanym w ramach projektu EUnetHTA (Europejska sieć ds. oceny technologii medycznych) oraz wspólnego działania w latach 2010–2012. Obejmuje to: jednocześnie, wspólne tworzenie ustrukturyzowanych kluczowych informacji na temat HTA na poziomie europejskim, tj. ułatwienie: a) konkretnej współpracy między partnerami wspólnego działania na wspólne tematy dotyczące HTA; oraz b) testowanie zdolności krajowych organów HTA do wspólnego przeprowadzania pojedynczych szybkich ocen technologii medycznych (w tym zbieranie danych na temat kosztów i skuteczności obu modeli produkcji (a i b)); testowanie zdolności do tworzenia ustrukturyzowanych kluczowych informacji na temat HTA w różnych technologiach (farmacja, wyroby medyczne, zabiegi); analizę różnych możliwości koordynacji stałego sekretariatu Europejskiej sieci HTA (takich jak goszczenie sekretariatu przez państwa członkowskie, przez instytucję UE); dalsze testowanie zaangażowania zainteresowanych stron w działania sieci, przy czym zaangażowanie to odbywa się w drodze wymiany poglądów zgodnie z potrzebami członków oraz zaangażowanie badaczy w proces tworzenia kluczowych informacji na temat HTA; oraz wsparcie rozwijania wydajności zainteresowanych stron w zakresie HTA, szczególnie pacjentów i organizacji pracowników służby zdrowia.

Skutkiem działania powinno być: zwiększenie liczby HTA produkowanych na poziomie krajowym przy ułatwieniach ze strony europejskiego mechanizmu koordynacyjnego; opracowanie zaleceń na temat projektu i działania procesu współpracy w zakresie HTA na poziomie europejskim; oraz ułatwienie wzrostu wydajności zainteresowanych stron w zakresie HTA, umożliwiając im odpowiedni wkład w proces HTA. Rezultatem powinna być powszechnie dostępna publikacja naukowa. Działanie powinno doprowadzić do lepszego zrozumienia przez Komisję i państwa członkowskie tej kwestii w celu rozważenia najlepszego sposobu ustanowienia trwałej struktury pracy w zakresie HTA w UE. Rezultaty przyczyniają się do osiągnięcia celu 3 europejskiej strategii w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013.

[Wspólne działanie]

Kwota orientacyjna: 6 600 000 EUR

3.3.1.4. Transgraniczne instrumenty na rzecz e-zdrowia jako narzędzia pomocnicze dla celów informacji zdrowotnych i badań medycznych

Celem wspólnego działania na rzecz e-zdrowia jest pokierowanie pracami, które objęłyby dwie niespełnione potrzeby: 1) instrumenty e-zdrowia, wspierające badania na temat chorób i metod leczenia; oraz 2) krajowe punkty kontaktowe dostarczające pacjentom informacji. Odnośnie do pierwszej potrzeby rezultatem działania powinien być szereg szczegółowych zaleceń, popartych dobrymi praktykami, które zostaną wykorzystane w informacjach i badaniach w zakresie zdrowia. Odnośnie do drugiej potrzeby rezultatem działania będzie przygotowanie krajowych punktów kontaktowych dla transgranicznej opieki zdrowotnej. Te krajowe punkty kontaktowe będą informowały pacjentów o wszystkich ważnych aspektach transgranicznej opieki zdrowotnej. Sieć będzie także informować pacjentów na poziomie UE. Działanie przyczyni się do: mobilności pacjentów, zwiększając przejrzystość praw pacjentów podejmujących leczenie ponad granicami swojego kraju; bezpieczeństwa pacjentów przez dostarczanie informacji o podmiotach oferujących świadczenia opieki zdrowotnej; oraz współpracy państw członkowskich w zakresie opieki transgranicznej.

[Wspólne działanie]

Kwota orientacyjna: 2 400 000 EUR

3.3.1.5. Współpraca z OECD w zakresie informacji zdrowotnych

Celem tego działania jest kontynuacja prac nad projektem wskaźników jakości w opiece zdrowotnej. Obejmuje to: opracowanie wspólnej publikacji „Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie – wydanie europejskie”, poruszającej kilka aspektów zdrowia w UE; działania następcze względem modelowania zdrowia: wpływ zabiegów zdrowotnych pod względem efektywności, skuteczności oraz dystrybucji, które powinny doprowadzić do powstania modelu wykorzystwanego do badania względnego znaczenia różnych czynników odpowiadających za opcje alternatywnej opieki zdrowotnej i związane z tym wymogi dotyczące zasobów; działania następcze dotyczące rewizji systemu rachunków zdrowia (SHA), w celu zwiększenia współpracy między Eurostatem/OECD/Biurem Regionalnym WHO dla Europy w zarządzaniu danymi, w celu osiągnięcia wysokiego stopnia integracji systemu statystycznego, zdolnego generować w pełni porównywalne dane; oraz analizę skuteczności sektora szpitali: ocenę porównywalności danych na temat procedur szpitalnych, regularnie gromadzonych przez Eurostat i OECD, oraz przedstawienie zaleceń państwom w celu poprawy porównywalności danych. Przeprowadzona również zostanie ocena współpracy Komisji z OECD w dziedzinie zdrowia w celu oceny wartości dodanej i najlepszych rozwiązań dla przyszłych prac. Rezultaty przyczynią się do stanowienia polityki w oparciu o dowody.

[Dotacja bezpośrednia dla OECD]

Kwota orientacyjna: 500 000 EUR

3.3.1.6. Stworzenie wytycznych dla interoperacyjności e-recept

Celem tego działania jest przygotowanie dla państw członkowskich wytycznych jako pomocy w rozwijaniu interoperacyjności e-recept. Działanie opierać się będzie na wiedzy specjalistycznej już pozyskanej w ramach projektu epSOS (inteligentne otwarte usługi dla europejskich pacjentów), w szczególności na pracach nad e-receptami. Działanie to ma dwa cele. Pierwszy to ogólna analiza wykonalności wytycznych dotyczących interoperacyjności e-recept, odpowiadająca na pytanie, jakie minimalne aspekty (np. prywatność i poufność, ramy organizacyjne, interoperacyjność semantyczna i architektoniczna/techniczna) powinny zostać objęte wytycznymi; oraz na którym poziomie specyfikacji można ustanowić wytyczne dla tych aspektów minimalnych. Drugim celem analizy wykonalności jest przyczynienie do stworzenia projektu wytycznych dotyczących wybranych aspektów na wstępnym ocenionym poziomie specyfikacji (np. szerokie wytyczne opisowe w odróżnieniu od wyboru jednego konkretnego standardu). Działanie to przyczyni się do: mobilności pacjentów przez propagowanie dostępu do (transgranicznej) opieki zdrowotnej; bezpieczeństwa pacjentów, pomagając uniknąć błędów w receptach w warunkach transgranicznych; oraz współpracy państw członkowskich w zakresie opieki transgranicznej.

[Zaproszenie do składania ofert]

3.3.1.7. Wspieranie europejskich systemów informacji zdrowotnej i rozpowszechnianie innowacji

Celem tego działania jest stworzenie mechanizmu gromadzenia, przedstawiania i aktualizowania informacji zdrowotnych dobrej jakości w Europie poprzez system HEIDI – europejską „wikipedię” w dziedzinie zdrowia. Wartość dodana tej platformy pochodzi z połączenia czterech elementów: szerokie zaangażowanie sektora opieki zdrowotnej w Europie w dostarczaniu i przechowywaniu informacji; europejska wartość dodana w postaci jednego punktu odniesienia w kwestiach zdrowotnych w UE; platforma techniczna pozwalająca na ciągłe uaktualnianie informacji, w przeciwieństwie do informacji drukowanych, które się przedawniają; oraz mechanizm zapewniania jakości, gwarantujący, że informacje są rzetelne, dzięki walidacji aktualizacji przez ekspertów w odpowiednich dziedzinach w Europie. Działanie obejmuje: opracowanie treści; rozprzestrzenianie innowacji; oraz pomoc techniczną i wsparcie dla państw członkowskich w zakresie szybkiej wymiany informacji.

[Zaproszenie do składania ofert]

3.3.1.8. Udział Komisji w Europejskim Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej

Członkostwo Komisji w Europejskim Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej służy 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.

W ramach tej współpracy Komisja i Obserwatorium opracują narzędzie oceny skuteczności systemów opieki zdrowotnej w Europie. Rezultatem będzie publikacja oceniająca aktualny stan porównania skuteczności systemów opieki zdrowotnej. Nacisk zostanie położony na informacje dotyczące skuteczności, które rzucają światła na porównawczą skuteczność systemów.

[Pozostałe działania]

Kwota orientacyjna: 500 000 EUR

3.3.2. *Rozpowszechnianie i wykorzystywanie informacji zdrowotnych (pkt 3.2.2 załącznika do programu działań w dziedzinie zdrowia)*

3.3.2.1. Komunikacja i propagowanie polityk i wyników programu w dziedzinie zdrowia oraz ocena działań związanych z komunikacją

Celem tego działania jest informowanie o politykach zdrowotnych i ich propagowanie, a także informowanie o wynikach programu w dziedzinie zdrowia i ocena działań informacyjnych. Obejmuje to: 1) promocję portalu zdrowia publicznego UE. Celem tego działania jest zwiększenie widoczności portalu i zwiększenie liczby jego użytkowników; określenie i ocena użytkowników i ich potrzeb; ocena nawigacyjności i wykorzystania portalu oraz satysfakcji użytkowników; oraz ocena jego struktury i polityki redakcyjnej; 2) organizacja nagrody UE dla dziennikarzy. Celem jest promowanie dobrego dziennikarstwa, które podnosi świadomość kwestii związanych z opieką zdrowotną i prawami pacjentów; oraz stworzenie i utrzymanie nieformalnej sieci krajowych dziennikarzy zainteresowanych kwestiami zdrowia w UE w celu komunikowania ich lokalnie w państwach członkowskich; 3) wydawanie publikacji i materiałów audiowizualnych; oraz 4) organizacja warsztatów i posiedzeń ekspertów, przygotowywanie stanowisk informacyjnych i dostarczanie innych materiałów informacyjnych.

[Dotychczasowa umowa ramowa]

3.3.2.2. Utrzymanie, aktualizacja i zarządzanie europejskim portalem Zdrowie oraz stronami internetowymi na temat zdrowia, w tym usługami wewnętrznymi

Celem tego działania jest utrzymanie, aktualizacja i zarządzanie stronami internetowymi na temat zdrowia (portal Europa, europejski portal Zdrowie i jego podstrony, takie jak Europa dla pacjentów, Komunikacja w czasie kryzysu, Nagroda dla dziennikarzy, biuletyn), poprawiając jednocześnie ich wygląd i zwiększając liczbę użytkowników, przyczyniając się tym samym do gromadzenia i rozpowszechniania informacji na temat zdrowia; oraz redagowanie biuletynu UE Zdrowie.

[Dotychczasowa umowa ramowa]

3.3.2.3. Ogólny plan w dziedzinie technologii informacyjnych

Działanie to obejmuje opracowanie i utrzymanie narzędzi i systemów technologii informacyjnych niezbędnych do rozwijania i prowadzenia działań i polityk w dziedzinie zdrowia.

[Dotychczasowa umowa ramowa]

3.3.3. *Analiza i sprawozdawczość (pkt 3.2.3 w załączniku do programu działań w dziedzinie zdrowia)*

3.3.3.1. Agenda badawcza dla UE dotycząca oceny ekonomii zdrowia

Ogólnym celem tego działania jest zaproponowanie agendy badawczej dla UE dotyczącej oceny ekonomii zdrowia. Cele szczegółowe to: 1) przegląd istniejących badań w dziedzinie ekonomii zdrowia (tj. publikacji na temat relacji kosztów do skuteczności/przydatności oraz kosztów do korzyści) w wybranych dziedzinach terapeutycznych, prowadzący do określenia tych dziedzin, w których prowadzi się niewiele badań z dziedziny ekonomii zdrowia; 2) analiza specjalistyczna możliwych przyczyn zaobserwowanej rzadkości badań w określonych dziedzinach; oraz 3) wniosek dotyczący priorytetowości agendy badań UE w dziedzinie ekonomii zdrowia.

[Dotacja bezpośrednia dla WHO]

Kwota orientacyjna: 200 000 EUR

3.3.3.2. Sprawozdania i analizy w dziedzinie zdrowia

Celem tego działania jest tworzenie informacji w postaci sprawozdań i analiz ekonomicznych, których potrzeba zgłaszana jest z krótkim wyprzedzeniem, w celu opracowywania polityki i oceny skuteczności jej wdrażania. Celem w odniesieniu do sprawozdań w dziedzinie zdrowia jest tworzenie dobrze ustrukturyzowanych i informatywnych sprawozdań na tematy związane ze zdrowiem, wybrane przez Komisję jako ważne dla opinii publicznej, zainteresowanych stron i decydentów politycznych. Celem w odniesieniu do analiz ekonomicznych jest tworzenie ekonomicznych analiz w dziedzinie zdrowia i zjawisk związanych ze zdrowiem w celu określenia wyraźnych dowodów dla tworzenia polityki. Ponadto wspierane będzie gromadzenie danych zależnie od potrzeb dla przyszłego partnerstwa innowacji w dziedzinie aktywnego i zdrowego starzenia się.

[Dotychczasowa umowa ramowa]

3.3.3.3. Badanie wykonalności dotyczące pracowników służby zdrowia

Celem tego działania jest opracowanie – dla celów współpracy na poziomie UE – badania wykonalności na temat monitorowania tendencji zatrudnienia w sektorze opieki zdrowotnej, przewidywanych potrzeb pracowników tego sektora oraz pomoc państwom członkowskim w planowaniu zatrudnienia. Celem badania jest: zbadanie korzyści i kosztów dzielenia dobrych praktyk i innowacji na poziomie UE w celu propagowania długookresowego planowania zatrudnienia w państwach członkowskich; ocena aktualnych i przewidywane przyszłych zmian w umiejętnościach: dopasowanie pracowników do potrzeb pacjentów w starzejącym się społeczeństwie; oraz ocena, jakie inwestycje w szkolenia są potrzebne, aby lepiej wykorzystać nowe technologie.

[Dotychczasowa umowa ramowa]

3.3.3.4. Badanie na temat informacji o lekach dla pacjentów oraz charakterystyk produktu leczniczego

Celem tego działania jest dostarczenie Komisji oceny zrozumiałości treści ulotek dołączanych do opakowań leków i charakterystyk produktu leczniczego. Celem działania jest: ocena ulotek dołączanych do opakowań leków i charakterystyk produktu leczniczego pod względem ich formatu, treści i zrozumiałości oraz wartości jako źródła informacji dla pracowników sektora opieki zdrowotnej i dla ogółu społeczeństwa, ze szczególnych uwzględnieniem osób starszych, oraz identyfikacja ewentualnych braków w tym względzie, dla celów racjonalnego stosowania leków i bezpieczeństwa pacjentów; określenie przyczyn takich braków i ich potencjalnych konsekwencji dla bezpieczeństwa pacjentów; oraz przygotowanie zaleceń dotyczących poprawy ulotek dołączanych do opakowań leków oraz charakterystyk produktu leczniczego w celu zwiększenia ich wartości dla pracowników służby zdrowia i ogółu społeczeństwa, przyczyniając się do racjonalnego stosowania leków i do bezpieczeństwa pacjentów. Rezultatem działania będzie dogłębna ocena umożliwiająca Komisji rozważenie różnych działań w tej dziedzinie i przyczyniająca się do sprawozdania dla Parlamentu Europejskiego i Rady. Termin sprawozdania dla Parlamentu Europejskiego i Rady upływa 24 miesiące po publikacji dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniającej – w odniesieniu do nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii – dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi⁽¹⁾. Dyrektywa zmieniająca została opublikowana w dniu 31 grudnia 2010 r. Badanie powinno zatem zostać zakończone w pierwszym kwartale 2012 r., aby Komisja mogła przygotować sprawozdanie w przewidzianym terminie.

[Dotychczasowa umowa ramowa]

⁽¹⁾ Dz.U. L 311 z 28.11.2001, s. 67.

ZAŁĄCZNIK II

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

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

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

1. ZASADY OGÓLNE

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

2. Dotacje muszą być zgodne z następującymi zasadami:

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

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

- kryteriów wykluczenia i kwalifikacji, w celu oceny kwalifikacji 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.

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

- mają charakter innowacyjny w odniesieniu do istniejącej sytuacji i nie są natury stałej,
- 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 unijnych w zakresie zdrowia i ten rozwój wspierają,
- należyście uwzględniają skuteczną strukturę zarządzania, jasny proces oceny i dokładny opis spodziewanych rezultatów,
- obejmują plan wykorzystania i rozpowszechniania wyników na poziomie europejskim odpowiednim grupom docelowym.

⁽¹⁾ 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.

2. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKACJI

1. Wnioski będą wyłączone z procedury przyznawania dotacji w ramach programu w dziedzinie zdrowia, jeżeli znajdują się w jednej z sytuacji wykluczenia wymienionych w art. 93 i 94 rozporządzenia finansowego.

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 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 programie z dziedziny 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. Spełnione muszą być wszystkie poniższe kryteria wyboru.

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 najbardziej aktualne sprawozdanie z działalności rocznej ich organizacji, zawierające szczegóły operacyjne, finansowe i techniczne, a także życiorysy wszystkich wykwalifikowanych pracowników organizacji uczestniczących w danym projekcie.

3. Dokumentacja uzupełniająca, którą należy dostarczyć na żądanie Komisji

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

4. KRYTERIA PRYZNAWANIA DOTACJI

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 programu w dziedzinie zdrowia, określonych w planie prac na 2011 r. (8 punktów);
- b) znaczenie strategiczne pod względem odniesienia do strategii UE w zakresie zdrowia ⁽¹⁾ oraz oczekiwanego wkładu w aktualną wiedzę i skutki dla zdrowia (8 punktów);
- c) wartość dodana na poziomie europejskim w dziedzinie 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, kulturalnym 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;

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.

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

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

a) planowanie i organizacja projektu (5 punktów):

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

b) zdolności organizacyjne (5 punktów):

Wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać strukturę zarządzania, kompetencje personelu, obowiązki, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji, monitoring i nadzór;

c) jakość partnerstwa (5 punktów):

Wnioskodawcy muszą wyraźnie 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 wyraźnie 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):

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

Wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać obieg środków finansowych, obowiązki 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.

ZAŁĄCZNIK III

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, art. 4 ust. 1 lit. b)

1. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKACJI

Wkłady finansowe UE 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 programie w dziedzinie zdrowia, która promuje zasady i polityki zgodne z celami programu oraz posiada odpowiednią historię wspólnych osiągnięć (np. projekty zakończone sukcesem lub wspólne publikacje) i ustalone zasady współpracy (np. standardowe procedury operacyjne lub protokoły ustalen). Organizacja lub specjalistyczna sieć może otrzymać finansowanie, jeśli:

- nie ma charakteru zarobkowego i jest niezależna od interesów branżowych, handlowych, biznesowych lub innych kolidujących interesów,
- ma członków w przynajmniej połowie państw członkowskich,
- ma zrównoważony zasięg geograficzny,
- jako swój główny cel działalności realizuje jeden lub więcej celów programu w dziedzinie zdrowia,
- 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” zostanie ocenione w załączniku VI.

2. KRYTERIA WYBORU

Kryteria wyboru umożliwiają ocenę sytuacji finansowej organizacji wnioskodawcy i jego 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:

- załączyć kopię rocznego sprawozdania finansowego dotyczącego ostatniego roku obrotowego, w odniesieniu do którego sprawozdania zamknięto przed złożeniem wniosku. Jeśli wniosek o dotację pochodzi od nowej organizacji europejskiej, wówczas wnioskodawca musi przedstawić roczne sprawozdania finansowe (łącznie z bilansem oraz rachunkiem zysków i strat) organizacji członkowskich nowego organu, dotyczące ostatniego roku obrotowego, w odniesieniu do którego rachunki zostały zamknięte 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 udzieleniu dotacji i zawarciu umów finansowanych z budżetu Wspólnoty.

3. KRYTERIA PRYZYNAWANIA DOTACJI

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

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

1. Zgodność rocznego programu prac organizacji pozarządowej lub specjalistycznej sieci z polityką i danym kontekstem (25 punktów, próg – 13 punktów):
 - a) zgodność rocznego programu prac z celami i priorytetami programu w dziedzinie zdrowia i jego rocznego planu prac (10 punktów);
 - b) działalność organizacji ⁽¹⁾ musi być opisana w odniesieniu do priorytetów wyszczególnionych w planie prac na 2011 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).
2. Jakość techniczna proponowanego rocznego programu prac (40 punktów, próg – 20 punktów):
 - a) cel rocznego programu prac: program prac wnioskodawcy musi zawierać jasny opis wszystkich celów organizacji lub specjalistycznej sieci i ich przydatność do uzyskania pożądaných rezultatów. Wnioskodawca musi wykazać, że przedstawiony program prac zawiera prawdziwe i rzetelne informacje na temat wszystkich działań organizacji/sieci specjalistycznej planowanych na 2011 r., w tym tych działań, które nie wpisują się w plan prac na 2011 r. w ramach 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 2011 r. w ramach programu w dziedzinie zdrowia, a także opis relacji tych działań z pozostałą działalnością wnioskodawcy (10 punktów);
 - c) strategia oceny: program prac wnioskodawcy musi zawierać wyraźny 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 wyraźnie 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 wyraźnie opisać proces zarządzania, zasoby ludzkie i kompetencje personelu, obowiązki, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji, monitoring i nadzór. Wnioskodawca musi również wyraźnie określić robocze stosunki z odpowiednimi partnerami i zainteresowanymi stronami (10 punktów);

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

- 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 wyraźnie opisać obieg środków finansowych, obowiązki oraz procedury sprawozdawcze, a 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.

ZAŁĄCZNIK IV

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

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

1. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKACJI

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

- o charakterze niezarobkowym, które są niezależne od interesów branżowych, handlowych, biznesowych lub innych kolidujących interesów,
- które jako swój główny cel działalności realizują jeden lub więcej celów programu,
- które nie realizują celów ogólnych pozostających w bezpośredniej lub pośredniej sprzeczności z polityką Unii Europejskiej lub związanych z niewłaściwym wizerunkiem,
- które przekazały Komisji zadowolający opis swojego członkostwa, zasad wewnętrznych i źródeł finansowania,
- które 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 zostanie ocenione i opisane w załączniku VI.

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 posiadać kompetencje i kwalifikacje niezbędne do zrealizowania proponowanego działania.

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

Każdy wnioskodawca musi przedstawić:

- jasny, wyczerpujący i szczegółowy budżet szacunkowy wydatków związanych z odpowiednimi działaniami prowadzonymi przez każdy podmiot biorący udział we wspólnym 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 PRYZNAWANIA DOTACJI

Jedynie wspólne działania 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 wspólnych działań w realizację celów i priorytetów programu w dziedzinie zdrowia, określonych w planie prac na 2011 r. (8 punktów);
 - b) znaczenie strategiczne pod względem odniesienia do strategii UE w zakresie zdrowia⁽¹⁾ oraz oczekiwanego wkładu w aktualną wiedzę i skutki dla zdrowia (8 punktów);

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

c) wartość dodana na poziomie europejskim w dziedzinie 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 wspólnych działań (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 określone wspólne działanie ma wnieść do danej dziedziny w odniesieniu do istniejącego stanu wiedzy, oraz opracować działanie w taki sposób, aby nie powieliło się ani nie pokrywało 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 wspólnym działaniem i jego budżetem (30 punktów, próg: 15 punktów):

a) planowanie i organizacja wspólnego działania (5 punktów):

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

b) zdolności organizacyjne (5 punktów):

Wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać strukturę zarządzania, kompetencje personelu, obowiązki, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji, monitoring i nadzór;

c) jakość partnerstwa (5 punktów):

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

e) budżet ogólny i szczegółowy, w tym zarządzanie 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 wyraźnie opisać obieg środków finansowych, obowiązki oraz procedury sprawozdawcze i kontrolne.

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

ZAŁĄCZNIK V

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

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

1. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKACJI

1. Wnioski będą wyłączone z uczestnictwa z procedury przyznawania dotacji w ramach programu w dziedzinie zdrowia, jeżeli znajdują się w jednej z sytuacji wykluczenia wymienionych w art. 93 i 94 rozporządzenia finansowego.

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 unijnego.

Dowody: treść wniosku.

3. Działania, które zostały rozpoczęte przed datą zarejestrowania wpłynięcia wniosku o przyznanie dotacji, zostaną wyłączone z uczestnictwa w programie z 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, zatwierdzające sprawozdania finansowe za ostatni dostępny rok obrotowy oraz oceniające kondycję finansową wnioskodawcy.

3. KRYTERIA PRZYZNAWANIA DOTACJI

1. Treść wniosku (60 punktów, próg – 30 punktów):

a) adekwatność treści i pożądaných rezultatów wydarzenia w odniesieniu do celów i priorytetów opisanych w programie w dziedzinie zdrowia oraz w jego planie prac, uwzględniając priorytety z komunikatu COM(2010) 2020 (15 punktów);

b) uczestnictwo (15 punktów):

Wnioskodawca musi wyraźnie 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 musi mieć wymiar obejmujący całą Unię Europejską i powinni w niej uczestniczyć przedstawiciele z co najmniej 10 krajów uczestniczących w programie w dziedzinie zdrowia;

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

Wnioskodawcy muszą wyraźnie opisać swoją strategię rozpowszechniania.

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

2. Jakość zarządzania (40 punktów, próg – 20 punktów):

a) planowanie wydarzenia (15 punktów):

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

b) zdolności organizacyjne (10 punktów):

Wnioskodawca musi wyraźnie 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.

ZAŁĄCZNIK VI

Kryterium niezależności od interesów branżowych, handlowych, biznesowych lub innych kolidujących interesów mających zastosowanie do dotacji operacyjnych i dotacji na wspólne działania w ramach drugiego wspólnotowego programu w dziedzinie zdrowia (2008–2013)

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

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

Kryterium „niezależności od interesów branżowych, handlowych, biznesowych lub innych kolidujących interesów” odnosi się do trzech wymogów, z których wszystkie muszą być spełnione przez organizację wnioskodawcy.

1. NIEZALEŻNOŚĆ PRAWNA

Aby kwalifikować się do finansowania, organizacja pozarządowa musi być niezależna od innych jednostek reprezentujących interesy branżowe, handlowe, biznesowe lub inne kolidujące interesy.

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

2. NIEZALEŻNOŚĆ FINANSOWA

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

Główne finansowanie oznacza finansowanie wymagane dla podstawowej struktury organizacji, w tym wynagrodzenia pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy, obiekty, wyposażenie, komunikację oraz bezpośrednie wydatki w codziennej pracy. Podstawa finansowania obejmuje także finansowanie wszystkich stałych lub regularnie powtarzanych działań. Wymagania dotyczące podstawy finansowania stanowią często w budżecie osobną pozycję od innych kosztów, takich jak konkretne działania lub projekty.

3. PRZEJRZYSTOŚĆ DZIAŁALNOŚCI I FINANSOWANIA WNIOSKODAWCY

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

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 Unię 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.

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

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

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

4. OCENA NIEZALEŻNOŚCI

Niezależność prawna i przejrzystość oceniane są na podstawie ostatnich dostępnych informacji dostarczonych przez wnioskodawcę razem z wnioskiem. Niezależność finansowa zostanie oceniona na podstawie informacji finansowych dla roku obrotowego, dla którego zostanie przyznana dotacja w czasie sprawozdania końcowego. Informacje te muszą być podane w formie opublikowanej w zaproszeniu do składania ofert i muszą być poświadczone przez niezależnego audytora. Jeżeli te sprawozdania wykażą, że w ciągu jakiegokolwiek roku obrotowego objętego dotacją beneficjenci otrzymywali ponad 20 % podstawy finansowania od organizacji sektora prywatnego reprezentujących sprzeczne interesy lub z innych źródeł stanowiących sprzeczne interesy, cała kwota dotacji zostanie odzyskana.

ZAŁĄCZNIK VII

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

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

1. ZASADY OGÓLNE

Wyjątkowa użyteczność może zostać przyznana wnioskom, które mają bardzo wysoką europejską wartość dodaną w następujących obszarach:

- wkład w:
 - poprawę zdrowia obywateli europejskich, mierzoną w miarę możliwości na podstawie właściwych wskaźników, w tym wskaźnika lat zdrowego życia,
 - zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich i regionach UE i pomiędzy nimi,
 - budowanie zdolności do rozwoju i wdrażania skutecznej polityki zdrowia publicznego, zwłaszcza w obszarach wysokiego zapotrzebowania,
- zaangażowanie nowych (nietradycyjnych) podmiotów prowadzących działania na rzecz zdrowia o charakterze trwałym, kooperatywnym i uzasadnionym etycznie, zarówno na poziomie regionalnym, jak i lokalnym oraz w różnych krajach uczestniczących. Obejmuje to sektor publiczny, sektor prywatny i strony zainteresowane w szerszym 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.

2. WYJĄTKOWA UŻYTECZNOŚĆ PROJEKTÓW

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

- co najmniej 60 % całkowitego budżetu 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 państwu członkowskim, których PKB na mieszkańca (zgodnie z najnowszym sprawozdaniem statystycznym opublikowanym przez Eurostat) znajduje się w dolnym kwartyle wszystkich państw członkowskich UE. Kryterium te ma na celu zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich UE,
- należy uzyskać co najmniej 5 z 8 punktów w ramach wszystkich kryteriów przyznawania środków finansowych należących do zestawu mającego znaczenie dla polityki, wspomnianego w załączniku II. Kryterium to ma na celu 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 pierwszego i drugiego programu w dziedzinie zdrowia. Kryterium to ma na celu promowanie zaangażowania nowych podmiotów prowadzących działania na rzecz zdrowia.

3. WYJĄTKOWA UŻYTECZNOŚĆ DOTACJI OPERACYJNYCH

Można przewidzieć maksymalny wkład UE w wysokości 80 % kwalifikowalnych kosztów, gdy wniosek o nową dotację operacyjną charakteryzuje się wyjątkową użytecznością, zgodnie z sekcją „Zasady ogólne” powyżej.

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

- co najmniej 25 % liczby członków lub członków kandydatów 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 kwartyle wszystkich państw członkowskich UE,
- zmniejszenie nierówności w dziedzinie zdrowia na poziomie unijnym, 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 2010 r.
