

DECYZJA KOMISJI**z dnia 10 lutego 2006 r.****przyjmująca plan prac na 2006 r. w celu wdrożenia programu działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008), włącznie z rocznym programem prac dotyczącym dotacji****(Tekst mający znaczenie dla EOG)**

(2006/89/WE)

KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH,

uwzględniając Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską,

uwzględniając rozporządzenie Rady (WE, Euratom) nr 1605/2002 z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie rozporządzenia finansowego stosowanego do budżetu ogólnego Wspólnot Europejskich ⁽¹⁾, w szczególności jego art. 110,uwzględniając rozporządzenie Komisji (WE, Euratom) nr 2342/2002 z dnia 23 grudnia 2002 r. ustanawiające szczegółowe zasady wykonania rozporządzenia Rady (WE, Euratom) nr 1605/2002 w sprawie rozporządzenia finansowego mającego zastosowanie do budżetu ogólnego Wspólnot Europejskich ⁽²⁾, w szczególności jego art. 166,uwzględniając decyzję 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. przyjmującą program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008) ⁽³⁾, w szczególności jego art. 8 ust. 1,uwzględniając decyzję Komisji nr 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 jego art. 6,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Artykuł 110 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 1605/2002 przewiduje, że przyznanie dotacji następuje w ramach rocznych programów publikowanych na początku roku.
- (2) Zgodnie z art. 166 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 2342/2002, roczny program prac na dotacje określa akt podstawowy, cele, harmonogram zaproszeń do składania ofert wraz z szacowaną kwotą i oczekiwanyymi wynikami.
- (3) Zgodnie z art. 15 ust. 2 decyzji Komisji z dnia 15 marca 2005 r. w sprawie przepisów wewnętrznych dotyczących

wdrażania budżetu ogólnego Wspólnot Europejskich (sekcja Komisji), decyzja o przyjęciu rocznego programu prac, do której odnosi się art. 110 rozporządzenia finansowego może być uznana za decyzję w sprawie finansowania w rozumieniu art. 75 rozporządzenia finansowego, pod warunkiem, że stanowi ona wystarczająco szczegółowe ramy.

- (4) Artykuł 8 decyzji 1786/2002/WE przewiduje przyjęcie przez Komisję rocznego planu pracy dotyczącego wykonania programu oraz określającego priorytety i działania, których podjęcie jest konieczne, w tym przydział zasobów.
- (5) Należy zatem przyjąć plan prac na 2006 r.
- (6) Środki przewidziane w niniejszej decyzji są zgodne z wydaną opinią Komitetu Programowego.
- (7) Zgodnie z art. 6 decyzji Komisji nr 2004/858/WE z dnia 15 grudnia 2004 r., Agencja wykonawcza programu zdrowia publicznego otrzymuje dotację ujętą w ogólnym budżecie Unii Europejskiej,

STANOWI, CONASTĒPUYE:

Artykuł

Niniejszym przyjmuje się plan prac na 2006 r. w celu wdrożenia programu działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008), jak określono w załączniku.

Dyrektor Generalny ds. „Zdrowia i Ochrony Konsumentów” zapewni wdrożenie niniejszego programu.

Sporządzono w Brukseli, dnia 10 lutego 2006 r.

W imieniu Komisji
Markos KYPRIANOU
Członek Komisji

⁽¹⁾ Dz.U. L 248 z 16.9.2002, str. 1.⁽²⁾ Dz.U. L 357 z 31.12.2002, str. 1.⁽³⁾ Dz.U. L 271 z 9.10.2002, str. 1.⁽⁴⁾ Dz.U. L 369 z 16.12.2004, str. 73.

ZAŁĄCZNIK

DZIAŁANIE WSPÓLNOTY W DZIEDZINIE ZDROWIA PUBLICZNEGO

(2003–2008)

PLAN PRAC NA 2006 r.

1. KONTEKST OGÓLNY

1.1. Kontekst polityczny i prawny

Artykuł 152 ust. 1 Traktatu stanowi, że przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.

W dniu 23 września 2002 r., Parlament Europejski i Rada przyjęły decyzję ustanawiającą program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003-2008) ⁽¹⁾ (zwaną dalej „decyzją programową”) –

Głównym celem programu w ciągu pierwszych trzech lat było ustanowienie podstaw wszechstronnego i spójnego podejścia poprzez skoncentrowanie się na trzech kluczowych priorytetach: informacje dotyczące zdrowia, zagrożenia dla zdrowia i uwarunkowania zdrowotne. Razem, powyższe trzy aspekty spowodowały, że poziom ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego, a także dobrego samopoczucia jest wysoki w całej UE. Działania podjęte w ramach programu miały na celu stworzenie samoregulujących się mechanizmów pozwalających państwom członkowskim na koordynowanie swoich działań w zakresie ochrony zdrowia.

W ich wyniku, ponad 200 projektów zostało już wybranych do finansowania ⁽²⁾, co stanowi solidną podstawę do dalszych działań. W wyniku przeprowadzonej analizy wdrożenia planów prac na lata 2003–2005 doprowadzono do usprawnienia działań w 2006 r. tak, by zagwarantować objęcie nimi obszarów poprzednio nieobjętych tymi działaniami. Podejmowane będą dalsze działania zmierzające do osiągnięcia synergii i komplementarności przez odpowiednie organizacje międzynarodowe działające w dziedzinie zdrowia, takie jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Rada Europy i Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). W 2006 r. współpraca z powyższymi organizacjami ulegnie wzmocnieniu.

1.2. Nowe priorytety na 2006 r.

Program prac na 2006 r. określił nowe priorytety na podstawie priorytetów już ustanowionych w poprzednich programach prac. Priorytety na 2006 r. nadadzą nowy kierunek niektórym kluczowym działaniom, które już zostały rozpoczęte, jak również obejmą następujące nowe działania:

1) W odniesieniu do informacji na temat zdrowia:

- nowe ukierunkowanie działań: wskaźniki zdrowia (europejskie wspólne wskaźniki zdrowia (European Common Health Indicators ECHI)) na szczeblu regionalnym, skompletowanie bazy danych o urazach, europejski portal zdrowia publicznego;
- nowe priorytety: problemy zdrowotne uwarunkowane płcią; grupy pacjentów z rzadkimi chorobami oraz europejskie sieci ośrodków referencyjnych.

2) W odniesieniu do zagrożeń zdrowotnych:

- nowe priorytety: gotowość i reagowanie na pandemię grypy;
- nowe ukierunkowanie działań: zarządzanie ryzykiem i powiadamianie o zagrożeniach zdrowotnych i o infekcjach nabytych w trakcie hospitalizacji zważywszy, że Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ⁽³⁾ zostało już uruchomione i że przejęło ono odpowiedzialność w kwestii oceny zagrożeń dla zdrowia.

⁽¹⁾ Decyzja 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. przyjmująca program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008) (Dz.U. L 271 z 9.10.2002).

⁽²⁾ Patrz http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/project_en.htm

⁽³⁾ Rozporządzenie (WE) nr 851/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 21 kwietnia 2004 r. ustanawiające Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (Dz.U. L 142 z 30.4.2004, str. 1).

3) W odniesieniu do uwarunkowań zdrowotnych:

- nowe ukierunkowanie na odżywianie, na HIV/AIDS, delegalizację palenia oraz zmniejszanie szkodliwych efektów zażywania narkotyków, w szczególności wśród młodych ludzi;
- nowe priorytety prezydencji UE: Zjednoczone Królestwo (nierówności), Austria (cukrzyca) ⁽⁴⁾ oraz Finlandia (uwzględnianie problematyki zdrowia we wszystkich politykach).

1.3. Mechanizmy współpracy z organizacjami międzynarodowymi

Zgodnie z art. 11 decyzji programowej ⁽¹⁾, współpraca z właściwymi organizacjami międzynarodowymi w zakresie zdrowia publicznego jest wspierana w trakcie wdrażania niniejszego programu.

Współpraca z WHO

Współpraca z WHO będzie realizowana zgodnie z:

- „Umową między Organizacją Narodów Zjednoczonych a Wspólnotą Europejską w sprawie przepisów stosujących się do finansowania lub współfinansowania przez Wspólnotę programów i projektów zarządzanych przez Organizacją Narodów Zjednoczonych”, która weszła w życie w dniu 9 sierpnia 1999 r., oraz Umową Klauzuli Weryfikacyjnej pomiędzy Wspólnotą Europejską a Organizacją Narodów Zjednoczonych, która weszła w życie w dniu 1 stycznia 1995 r., ze zmianami;
- wymianą listów pomiędzy WHO a Komisją Europejską dotyczącą konsolidacji i intensyfikacji współpracy (włączając w to memorandum dotyczące struktury oraz ustaleń na temat współpracy pomiędzy WHO a Komisją Europejską stanowiące część wymiany listów) ⁽⁵⁾.

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

Współpraca z WHO w 2006 r. oparta będzie na istniejących inicjatywach pomiędzy dwoma wspomnianymi organizacjami i może być rozszerzona na dodatkowe obszary ustanowione w niniejszym programie prac w przypadkach, gdy współpraca w tych obszarach może być najskuteczniej realizowana poprzez WHO. Dziedziny współpracy ustanawia się w szczegółowej decyzji Komisji.

Współpraca z OECD

Umowy w sprawie przyznania bezpośrednich dotacji zawarte pomiędzy Komisją Europejską a OECD przewidują zajmowanie się obszarami z zakresu Programu Zdrowia Publicznego zgodnymi z Planem Pracy dot. Zdrowia Publicznego OECD na okres 2005–2006, w szczególności związanymi z:

- udoskonaleniem i wspieraniem rozwoju systemu rachunków zdrowia we wspomnianych obszarach i gromadzeniem danych nie objętych wspólnotowym programem statystycznym ⁽⁶⁾, w szczególności dotyczących wydatków na ochronę zdrowia wyszczególnionych według rodzajów chorób, płci i wieku (te ostatnie powinny uwzględniać istniejące badania pilotażowe);
- kwestiami odnoszącymi się do międzynarodowej mobilności personelu medycznego, które nie są objęte istniejącymi działaniami UE.

⁽⁴⁾ <http://www.diabeteskonferenz.at/>

⁽⁵⁾ http://europa.eu.int/comm/health/ph_international/int_organisations/who_en.htm

⁽⁶⁾ Decyzja 2367/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wspólnotowego programu statystycznego na lata 2003–2007 (Dz.U. L 358 z 31.12.2002, str. 1).

Współpracę z mediami

W 2006 r. Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) osiągnie pełną funkcjonalność. Współpraca operacyjna będzie kontynuowana i wzmocniona. Jeśli chodzi o choroby zakaźne, ECDC będzie odpowiedzialne za ocenę zagrożeń, doradztwo naukowe i techniczne, nadzór nad chorobami zakaźnymi, współpracę między laboratoriami i budowanie zdolności. Biorąc pod uwagę zdolności badawcze ECDC, będzie ono bezpośrednio wspierać Komisję i państwa członkowskie. Umożliwi to Komisji i państwom członkowskim większą koncentrację na zarządzaniu ryzykiem. Zakres kompetencji ECDC odzwierciedla również jego program prac. Jeśli chodzi o priorytetowy obszar szybkiej i skoordynowanej reakcji na zagrożenia zdrowotne (sekcja 2.2.), projekty koncentrować się będą na kwestiach uzupełniających działania ECDC: zarządzanie konkretnymi zagrożeniami, planowanie ogólnej gotowości, bezpieczeństwo zdrowia oraz bezpieczeństwo substancji pochodzenia ludzkiego.

1.4. Podział środków

1.4.1. Zarys budżetu

Działania w ramach tego programu muszą przyczynić się do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia i poprawy zdrowia publicznego. Finansowanie może odbywać się poprzez przyznawanie dotacji na projekty. Komisja może również zawierać umowy na wykonanie działań Wspólnoty w dziedzinach objętych niniejszym programem prac w drodze procedur zamówień publicznych (przetargów). Niniejszy plan prac przedstawia ogólny przegląd działań, które mają być podjęte w 2006 r.

Pozycja w budżecie dla kredytów operacyjnych to 17 03 01 01 – Zdrowie publiczne (2003–2008).

Pozycja w budżecie dla kredytów na wydatki administracyjne to 17 03 01 01 – Zdrowie publiczne (2003–2008).
Wydatki na administrację i zarządzanie.

Pozycja w budżecie dla kredytów na wydatki administracyjne związane z Agencją wykonawczą programu zdrowia publicznego to 17 01 04 30.

Ramy finansowe programu na okres 2003–2008 wynoszą 353,77 milionów EUR. Budżet dostępny na 2006 r. (zobowiązania) szacuje się na 53 400 000 EUR ⁽⁷⁾ (kredyty na wydatki administracyjne związane z Agencją wykonawczą programu zdrowia publicznego nie są brane pod uwagę). Do tego budżetu powinien zostać dodany:

— wkład państw EOG/EFTA: szacowany na 1 100 040 EUR ⁽⁷⁾;

— wkład dwóch krajów przystępujących (Bułgarii, Rumunii) oraz jednego kraju ubiegającego się o członkostwo (Turcji): szacowany na 1 317 621 EUR ⁽⁸⁾;

W związku z powyższym budżet całkowity na 2006 r. szacuje się na 55 817 661 EUR ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

Obejmuje to zarówno środki przeznaczone na budżet operacyjny (dotacje i zaproszenia do składania wniosków) jak i zasoby na pomoc techniczną i administracyjną:

— kwotę całkowitą budżetu operacyjnego szacuje się na 53 863 521 EUR ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾;

— kwotę całkowitą budżetu administracyjnego szacuje się na 1 954 140 EUR ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

W odniesieniu do przydziału zasobów, zostanie zachowana równowaga pomiędzy różnymi obszarami priorytetowymi programu tak, by środki finansowe były podzielone równo ⁽⁹⁾, chyba że dojdzie do sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego (np. pandemia grypy), która uzasadniłaby ponowny podział środków.

⁽⁷⁾ Kwota orientacyjna, do zatwierdzenia przez władze budżetowe.

⁽⁸⁾ Kwota orientacyjna: kwota ta jest wartością maksymalną i zależy od rzeczywistej kwoty składki płaconej przez te państwa.

⁽⁹⁾ Każda z tych wielkości procentowych może różnić się do wysokości ok. 20 %.

1.4.2. Dotacje

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

Orientacyjną ogólną kwotę na dotacje – w tym dotacje bezpośrednie dla organizacji międzynarodowych – szacuje się na 47 798 344 EUR ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

Jedno zaproszenie do składania wniosków „Zdrowie publiczne – 2006” będzie opublikowane w Dzienniku Urzędowym we wstępnym terminie styczeń 2006 r.

Ogólne zasady i kryteria selekcji i finansowania działań w ramach programu „Zdrowie publiczne”, który został przyjęty przez Komisję w dniu 14 stycznia 2005 r., są opublikowane w oddzielnym dokumencie ⁽¹⁰⁾. Ogólne zasady (wyszczególnione w ust. 1), kryteria decydujące o wykluczeniu (wyszczególnione w ust. 2), kryteria selekcji (wyszczególnione w ust. 3) oraz kryteria przyznania (wyszczególnione w ust. 4) stosuje się do zaproszenia do składania wniosków na 2006 r.

Orientacyjną ogólną kwotę w ramach zaproszenia do składania wniosków szacuje się na 43 018 510 EUR ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

Wszystkie działania wymienione w niniejszym planie prac na 2006 r. kwalifikują się do przyznania dotacji.

Wnioskodawcy mają trzy miesiące na złożenie wniosków od daty opublikowania zaproszenia do składania wniosków w Dzienniku Urzędowym. Po złożeniu wniosków szacuje się, że potrzeba będzie jeszcze pięciu miesięcy na wszczęcie wszystkich procedur prowadzących do podjęcia decyzji w sprawie pomocy finansowej.

Uwzględniając komplementarny i motywacyjny charakter dotacji wspólnotowych, co najmniej 40 % kosztów projektu należy sfinansować z innych źródeł. W rezultacie, kwota wkładu finansowego przypadająca na jednego beneficjenta (tzn. na głównego beneficjenta i współbeneficjentów) może wynieść do 60 % kosztów kwalifikowanych poniesionych na omawiane projekty Komisja określi w każdym poszczególnym przypadku maksymalną kwotę procentową, jaka ma zostać przyznana.

Maksymalne współfinansowanie na jednego beneficjenta (tzn. na głównego beneficjenta i współbeneficjentów) w wysokości 80 % kwalifikowanych kosztów mogłoby zostać przewidziane w przypadku, gdy projekt ma znaczną wartość dodaną dla UE. Nie więcej niż 10 % finansowanych projektów (pod względem ilościowym) należy przyznać współfinansowanie w wysokości przekraczającej 60 % kwalifikowanych kosztów.

Okres trwania projektów przeznaczonych do współfinansowania nie powinien zazwyczaj przekraczać maksymalnego okresu trzech lat.

Szczegóły dotyczące kwalifikowalności wydatków są przedstawione w Załączniku do niniejszego planu prac.

1.4.3. Dotacje dla organizacji międzynarodowych

Dotacje dla organizacji międzynarodowych powinny być finansowane w ramach pozycji budżetowej 17 03 01 01. Ich zadania są wdrażane poprzez bezpośrednie i scentralizowane zarządzanie.

Maksymalna kwota, którą można wydać w drodze umów o przyznanie bezpośrednich dotacji z międzynarodowymi organizacjami (WHO, OECD, etc.) wynosi 4 779 834 EUR ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾. Umowy w sprawie przyznania bezpośrednich dotacji poprawią synergię i zdolność reagowania Komisji Europejskiej i międzynarodowych organizacji w dziedzinach objętych wspólnymi działaniami. Organizacje te posiadają pewne zdolności związane z ich szczególnymi misjami i zadaniami, które sprawiają, że są one szczególnie właściwe do przeprowadzania pewnych działań przedstawionych w niniejszym programie prac i w odniesieniu do których umowy w sprawie przyznania bezpośrednich dotacji uznawane są za najbardziej właściwą procedurę.

Dodatkowe decyzje w ramach umów o przyznanie bezpośrednich dotacji zawieranych z międzynarodowymi organizacjami powinny w przypadku WHO i OECD być przyjęte do czerwca. WHO i OECD powinny następnie otrzymać dotacje do września.

Jeśli chodzi o wspomniane umowy w sprawie przyznania bezpośrednich dotacji, ogólne zasady, kryteria decydujące o wykluczeniu, kryteria wyboru i przyznawania dotacji przyjęte przez Komisję w dniu 14 stycznia 2005 r. ⁽¹⁰⁾ mają zastosowanie.

⁽¹⁰⁾ Decyzja Komisji nr C(2005) 29 z dnia 14 stycznia 2005 r. przyjmująca plan pracy na rok 2005 w celu wykonania programu działania Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008), łącznie z rocznym programem pracy dla dotacji i ogólnymi zasadami i kryteriami dotyczącymi selekcji i finansowania działań w ramach programu „Zdrowie publiczne”.

1.4.4. *Dotacja dla Agencji wykonawczej programu zdrowia publicznego*

Dotacja dla Agencji wykonawczej programu zdrowia publicznego powinna być finansowana w ramach pozycji budżetowej 17 01 04 30.

Ogólna kwota 5 800 000 EUR powinna zostać przeznaczona na kredyty na wydatki administracyjne związane z Agencją wykonawczą programu zdrowia publicznego, utworzonej na mocy decyzji podjętej w dniu 15 grudnia 2004 r. ⁽¹⁾.

Plan prac Agencji wykonawczej powinien zostać przyjęty do stycznia 2006 r.

1.4.5. *Zaproszenia do składania wniosków*

Zamówienia usług powinny być finansowane w ramach pozycji budżetowej 17 01 04 02 oraz 17 03 01 01.

Wnioskuje się o wydatkowanie mniej niż 10 % budżetu operacyjnego na zaproszenia do przetargów. Orientacyjna ogólna kwota na zaproszenia do przetargów wynosiłaby do 5 310 927 EUR ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

Zaproszenia do składania wniosków będzie opublikowane w odniesieniu do szczegółowej/ych sekcji planu prac.

Dotatkowa decyzja dotycząca finansowania umów w sprawie dostaw powinna zostać przyjęta do lutego 2006 r.

1.4.6. *Komitety naukowe*

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

Ogólna kwota w wysokości 254 250 EUR będzie przeznaczona na wypłaty wynagrodzeń i zwrot kosztów uczestnikom i sprawozdawcom posiedzeń związanych z pracami komitetów naukowych mających na celu przygotowanie opinii w ramach Komitetów Naukowych ⁽¹²⁾. Wynagrodzenia i zwrot kosztów obejmowałyby uczestnictwo w spotkaniach dotyczących wszystkich dziedzin związanych z programem zdrowia publicznego, mianowicie 100 % kosztów w odniesieniu do Komitetu Naukowego ds. Zagrożenia dla Zdrowia i Środowiska (SCHER) oraz 50 % kosztów (jako orientacyjna wartość procentowa) w odniesieniu do Komitetu Naukowego ds. Pojawiających się i Nowo Rozpoznanych Zagrożeń dla Zdrowia (SCENIHR), jak również kwestie związane z koordynacją.

1.4.7. *Subdelegacja dla DG Eurostat*

Subdelegację należy przekazać w odniesieniu do pozycji budżetowej 17 03 01 01.

Subdelegacja w maksymalnej wysokości 500 000 EUR jest przekazywana Dyrekcji Generalnej Eurostat. Ta ostatnia realizuje następujące działania poprzez finansowanie dotacji:

- 1) wspieranie krajowych organów statystycznych w celu wdrożenia w okresie 2006–2008 modułów europejskich podstawowych badań ankietowych dotyczących zdrowia (określonych w Programie Statystycznym 2006);
- 2) wspieranie krajowych organów statystycznych w celu wdrożenia niektórych specjalnych/uzupełniających modułów (określonych przez Komitet Sterujący SANCO/Eurostat dla europejskiego systemu ankietowych badań zdrowotnych w odniesieniu do tych samych ankietowych badań zdrowotnych);
- 3) wspieranie krajowych organów statystycznych w celu wdrożenia i dalszej rozbudowy systemu rachunków zdrowia w UE (we współpracy z OECD i WHO);
- 4) wspieranie rozwoju systemu rachunków zdrowia w dziedzinach nieobjętych bezpośrednimi umowami z OECD.

⁽¹⁾ 2004/858/WE: Decyzja Komisji z dnia 15 grudnia 2004 r. ustanawiająca 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 (Dz.U. L 369 z 16.12.2004, str. 73).

⁽¹²⁾ Decyzja Komisji 2004/210/WE z dnia 3 marca 2004 r. w sprawie utworzenia komitetów naukowych w dziedzinie bezpieczeństwa konsumentów, zdrowia publicznego i środowiska (Dz.U. L 66 z 4.3.2004, str. 45).

Jeśli chodzi o działania mające związek z wyżej wymienionymi działaniami, ogólne zasady, kryteria decydujące o wykluczeniu, kryteria selekcji i kryteria przyznawania dotacji przyjęte przez Komisję w dniu 14 stycznia 2005 r. ⁽¹⁰⁾ mają zastosowanie do zaproszenia do składania wniosków wystosowanego przez Dyrekcję Generalną Eurostat. Tym niemniej, w odniesieniu do działań wymienionych w ust. 1, 2 i 3, dotacje będą przyznawane do maksymalnej wysokości 80 % kwalifikowanych kosztów na jednego beneficjenta i będą dotyczyły jedynie jednego kraju kwalifikującego się.

Proponowane działania związane z przyznawaniem dotacji przyniosą następujące efekty:

- przetłumaczenie, przetestowanie i przygotowanie do wdrożenia w krajowych badaniach ankietowych, w okresie 2006–2008, w zależności od danego państwa członkowskiego, modułów badań zdrowotnych przyjętych w 2006 r. dla, odpowiednio, europejskiego systemu statystycznego (podstawowe moduły uwarunkowań zdrowotnych, korzystanie z opieki zdrowotnej oraz moduł pomocniczy) oraz Komitetu Sterującego ds. Europejskiego Systemu Ankietowych Badań Zdrowotnych (moduły specjalne);
- wspieranie wdrażania wspólnego gromadzenia danych przez Eurostat–OECD–WHO w ramach systemu rachunków zdrowotnych (SHA), np. poprzez inwentaryzację źródeł danych i metod obliczeniowych wykorzystujących mapę drogową, szkolenia, rozwój systemu gromadzenia danych w odniesieniu do sektorów, które nie są jeszcze objęte systemem rachunków zdrowotnych w niektórych krajach (na przykład prywatny sektor zdrowia), rozwój narzędzi wspomagających pobieranie danych z różnych źródeł administracyjnych, etc.

Spodziewanym celem ostatecznym tych działań jest otrzymanie wysokiej jakości zbiorów krajowych danych statystycznych pozyskanych z modułów europejskich ankietowych badań zdrowotnych i systemu rachunków zdrowia. *Dane te będą dostarczane i rozpowszechniane przez Eurostat (strona internetowa, publikacje, obliczanie związanych z nimi wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej).*

2. OBSZARY PRIORYTETOWE NA 2006 R.

Wszystkie wnioski wykażą, tam gdzie będzie to właściwe, że możliwe jest rozwijanie synergii przy pomocy finansowania odpowiednich badań, w szczególności w zakresie naukowego wsparcia polityk. Synergię ma zapewnić szósty program ramowy Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie badań ⁽¹³⁾ oraz działania prowadzone w ramach tego programu ⁽¹⁴⁾. Działania mające istotny związek ze zdrowiem publicznym są przedstawione w szczegółowym programie w dziedzinie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji „Integrowanie i wzmocnienie Europejskiej Przestrzeni Badawczej (2002–2006)” ⁽¹⁵⁾ w ramach „badań ukierunkowanych na politykę”, filar 1 „Zrównoważone zarządzanie europejskimi zasobami naturalnymi” oraz filar 2 „Zapewnienie ludności Europy opieki zdrowotnej, bezpieczeństwa i odpowiednich możliwości”. Ponadto, prawdopodobne jest osiągnięcie synergii z istniejącymi projektami/wnioskami w ramach negocjacji dotyczących Priorytetu 1, Nauki przyrodnicze, genomika i biotechnologie dla zdrowia ⁽¹⁶⁾ Priorytetu 5, Bezpieczeństwo Żywności oraz Priorytetu 6, Zrównoważony rozwój, globalne zmiany i ekosystemy.

2.1. Informacje o zdrowiu

Program Zdrowia Publicznego ma za zadanie dostarczyć porównywalne informacje na temat zdrowia i zachowań zdrowotnych. Projekty opracowywane w ramach powyższego filaru mają przyczynić się do określania wskaźników, gromadzenia, analizy i rozpowszechniania danych, wymiany najlepszych praktyk (ocena wpływu na zdrowie, oceny technologii zdrowotnych). Regularne sprawozdania natury ogólnej lub szczegółowej korzystać będą z pozyskiwanych danych i informacji, jak również z szerszego rozpowszechniania informacji i łączenia zasobów informacyjnych poprzez portal zdrowia publicznego.

Element statystyczny informacji na temat zdrowia będzie opracowywany we współpracy z państwami członkowskimi, w miarę potrzeby przy wykorzystaniu wspólnotowego programu statystycznego ⁽⁶⁾.

2.1.1. Opracowanie i koordynacja systemu informacji i wiedzy na temat zdrowia (art. 3 ust. 2 lit. d), Załącznik – pkt 1.1., 1.3.)

Następujące elementy powinny zostać wdrożone w ścisłej współpracy z Eurostat:

- techniczne opracowanie istniejących narzędzi prezentacji wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej („krótka lista ECHI”);

⁽¹³⁾ Decyzja 1513/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 czerwca 2002 r. (Dz.U. L 232 z 29.8.2002, str. 1).

⁽¹⁴⁾ Patrz również FP6 Naukowe wsparcie polityk, piąte zaproszenie do składania wniosków, SSP-5A Dziedziny 2.1. i 2.2.
Patrz: http://fp6.cordis.lu/index.cfm?fuseaction=UserSite.FP6ActivityCallsPage&ID_ACTIVITY=500

⁽¹⁵⁾ Decyzja Rady z dnia 30 września 2002 r. przyjmująca szczegółowy program w dziedzinie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji „Integrowanie i wzmocnienie Europejskiej Przestrzeni Badawczej” (2002–2006) (Dz.U. L 294 z 29.10.2002, str. 1).

⁽¹⁶⁾ Patrz następujący link do priorytetu FP6 zamieszczony na stronie internetowej CORDIS: <http://www.cordis.lu/lifescihealth/ssp.htm>

- ustalanie priorytetów dotyczących technicznego i naukowego opracowywania wskaźników zdrowotnych UE w dziedzinach, w których nie zostały one jeszcze opracowane;
- wdrożenie systemu ECHI na szczeblu grupy regionów lub jednego regionu w publicznych bazach danych przy wykorzystaniu aplikacji internetowych.

2.1.2. *Funkcjonowanie systemu informacji i wiedzy na temat zdrowia (art. 3 ust. 2 lit. d), Załącznik – pkt 1.1., 1.4.)*

Działanie to ma na celu wsparcie sieci i grup roboczych opracowujących informację zdrowotną w szczegółowych dziedzinach priorytetowych.

Należy zwrócić szczególną uwagę na opracowywanie sprawozdań na temat:

- problemów zdrowotnych uwarunkowanych płcią (w tym bezpłodność);
- innych obszarów zainteresowania, np. młodzież, osoby w podeszłym wieku, migranci, mniejszości etniczne, problemy specyficzne dla grup społecznych o niskim standardzie życia;
- zdrowia seksualnego i reprodukcyjne.

2.1.3. *Opracowywanie mechanizmów sprawozdawczości i analizy kwestii zdrowotnych i przygotowywania sprawozdań w zakresie zdrowia publicznego (art. 3 ust. 2 lit. d), Załącznik – pkt 1.3., 1.4.)*

W celu zagwarantowania odpowiedniej jakości i porównywalności informacji, następującym działaniom nadaje się priorytet związany z poprawą mechanizmów sprawozdawczości zdrowotnej:

- wsparcie pogłębionej analizy statystyki dotyczącej Przyczyn Śmierci (COD) w celu rzucenia nowego światła na tendencje umieralności i monitorowania zmian w tej dziedzinie w UE;
- rozwijanie europejskiego systemu ankietowych badań zdrowotnych. wdrażanie i rozwijanie modułów badań ankietowych w celu zgromadzenia niezbędnych danych odnośnie do europejskiego systemu ankietowych badań zdrowotnych. Możliwe byłoby przeprowadzenie pilotażowego badania ankietowego;
- utrzymanie, aktualizacja i rozszerzenie systemu inwentaryzacji źródeł informacji zdrowotnej z zamiarem wdrożenia go w średniej perspektywie czasowej na podstawie rutynowych danych statystycznych;
- opracowanie wszechstronnego systemu informacyjnego poprzez połączenie Bazy Danych o Urazach (IDB) z innymi źródłami informacji o ofiarach śmiertelnych i rodzajach kalectwa, wprowadzenie tego systemu we wszystkich państwach członkowskich, państwach EOG oraz państwach kandydujących, unormowanie systemu gromadzenia danych w odniesieniu do IDB w państwach, które już prowadzą sprawozdawczość w tym zakresie, i odniesienie się do potrzeby oceny zagrożeń związanych z bezpieczeństwem produktów i usług w ramach IDM;
- gromadzenie informacji dotyczącej uwarunkowań zdrowotnych, w szczególności opartych na reprezentatywnych badaniach populacji;
- opracowywanie instrumentów oceny poziomów aktywności fizycznej w różnych grupach populacji;
- poprawa gromadzenia, analizy, sprawozdawczości i rozpowszechniania informacji na temat środowiskowych uwarunkowań zdrowotnych, a w szczególności skoncentrowanie się na Europejskim Planie Działania na rzecz Środowiska i Zdrowia na lata 2004–2010⁽¹⁷⁾ doprowadzając, w stosownych wypadkach, do uzyskania synergii z Grupą Roboczą ds. Środowiska i Zdrowia działającej w ramach Programu Zdrowia Publicznego oraz z Europejską Agencją Środowiska⁽¹⁸⁾;
- wspieranie inicjatyw w celu wdrożenia zalecenia Rady ograniczającego wystawienie ogółu społeczeństwa na działanie pól elektromagnetycznych (0 Hz do 300 GHz), przygotowywanie sprawozdań informacyjnych i zmian.

⁽¹⁷⁾ Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego oraz Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego – „Europejski Plan Działania na rzecz Środowiska i Zdrowia na okres 2004–2010” (SEC(2004) 729) – COM(2004) 416 Tom 1 wersja ostateczna.

⁽¹⁸⁾ Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1210/90 z dnia 7 maja 1990 r. o ustanowieniu Europejskiej Agencji Ochrony Środowiska i Europejskiej Sieci Informacji i Obserwacji Środowiska (Dz.U. L 120 z 11.5.1990, str. 1).

2.1.4. *Opracowywanie strategii i mechanizmów mających na celu zapobieganie, wymianę informacji i reagowanie na zagrożenie chorobami niezakaźnymi, w tym zagrożenie chorobami uwarunkowanymi płcią i chorobami rzadkimi (art. 3 ust. 2 lit. d) Załącznik – pkt 2.3)*

Wskaźniki i dane na temat chorób niezakaźnych należy gromadzić mając na uwadze stworzenie długoterminowych i trwałych zbiorów danych oraz uwzględniając strategię ECHI i normy Eurostat. Wnioski powinny zawierać sugestie i określać metody oparcia rutynowego rejestru lub bazy ankietowej na przyszłych modułach europejskiego systemu ankietowych badań zdrowotnych bądź na źródłach połączonych.

- należy ustosunkować się do lub zwrócić szczególną uwagę na następujące obszary priorytetowe: wprowadzenie lub ulepszenie stałego i rutynowego gromadzenia informacji i danych dotyczących chorób w odniesieniu do których istnieje solidna definicja bazy wskaźników ⁽¹⁹⁾; wykorzystywanie tych informacji do oceny Programów Zdrowia Publicznego;
- obszary informacji o chorobach, które nie są jeszcze uwzględnione w rejestrze ⁽²⁰⁾;
- przekazywanie informacji oraz określenie wskaźników odnoszących się do neurodegeneratywnych, neurorozwojowych i niepsychicznych chorób mózgu, które dotyczyłyby ich występowania, leczenia, czynników ryzyka, strategii zmniejszania ryzyka, wydatków związanych z daną chorobą i udzielanym wsparciem społecznym ⁽²¹⁾;
- przekazywanie informacji i określenie wskaźników odnoszących się do wpływu zaburzeń endokrynologicznych na zdrowie;
- przekazywanie informacji i określenie wskaźników w celu skuteczniejszego informowania o szczegółowych kwestiach zdrowotnych kobiet związanych z ginekologią i menopauzą (np. endometrioza);
- pomoc w sporządzaniu sprawozdań i wypracowywaniu konsensusu w powyższych kwestiach;
- propozycje wnoszące wkład do Strategii Zdrowia Psychicznego dla Unii Europejskiej, które zostały opracowane po opublikowaniu Zielonej Księgi Komisji w sprawie zdrowia psychicznego ⁽¹⁴⁾ ⁽²²⁾:
 - a) więcej danych na temat różnych uwarunkowań zdrowia psychicznego populacji UE i harmonizacji wskaźników zdrowia psychicznego na szczeblu międzynarodowym;
 - b) więcej informacji (status zdrowotny/społeczny/ekonomiczny) o grupach szczególnie narażonych na rozwój chorób psychicznych i/lub na popełnienie samobójstwa w UE (przykłady: bezrobotni, migranci i uchodźcy, mniejszości seksualne i inne). Informacje należy podać w formie generowanych danych.
- w odniesieniu do rzadkich chorób, nadaje się priorytet sieciom ogólnym w celu zapewnienia skuteczniejszej informacji, monitoringu i nadzoru. Następujące działania będą traktowane priorytetowo:
 - a) wzmocnienie wymiany informacji przy wykorzystaniu już istniejących europejskich sieci informacyjnych poświęconych rzadkim chorobom i promowanie lepszej klasyfikacji i definicji chorób;
 - b) rozwój strategii i mechanizmów wymiany informacji wśród ludzi dotkniętych rzadką chorobą, lub wśród zaangażowanych wolontariuszy i personelu medycznego;
 - c) określenie odpowiednich wskaźników zdrowotnych i opracowywanie porównywalnych danych epidemiologicznych na szczeblu UE;
 - d) zorganizowanie w 2007 r. lub 2008 r. Drugiej Europejskiej Konferencji na temat Rzadkich Chorób;

⁽¹⁹⁾ Tak się dzieje w przypadku chorób psychicznych, zdrowia jamy ustnej, astmy i chronicznych obturacyjnych chorób układu oddechowego, chorób układu mięśniowo-szkieletowego (ze szczególnym uwzględnieniem osteoporozy oraz schorzeń związanych z zapaleniem stawu i reumatyzmem) oraz chorób sercowo-naczyniowych.

⁽²⁰⁾ Obejmuje to zadania mające na celu inwentaryzację źródeł danych i definicji wskaźników zgodnie ze strategią ECHI, w odniesieniu do: chorób hematologicznych (w tym hemofilii), zaburzeń immunologicznych, alergii z wyjątkiem astmy, chorób moczowo-płciowych i zaburzeń nefrologicznych, chorób gastroenterologicznych, chorób endokrynologicznych, zaburzeń dotyczących uszu, nosa i gardła, zaburzeń oftalmologicznych i chorób skórnych, jak również chorób związanych z czynnikami środowiskowymi.

⁽²¹⁾ Obejmuje to choroby, które nie są jeszcze objęte Publicznym Programem Zdrowia, takie jak choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, epilepsja, stwardnienie zanikowe boczne, zespół deficytu uwagi z nadruchliwością, opóźnienie rozwoju umysłowego i zaburzenia funkcji motorycznych, postrzegawczych, językowych oraz społeczno-emocjonalnych. Obejmuje to również udary, zaburzenia związane z bólami głowy i bólem chronicznym (np. syndrom chronicznego zmęczenia i fibromyalgia).

⁽²²⁾ COM(2005) 484 z dnia 14 października 2005 r. – Zielona Księga: Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej. Patrz: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

- e) rozwijanie europejskich sieci ośrodków referencyjnych dla rzadkich chorób;
 - f) wsparcie techniczne dla wymiany najlepszych praktyk i opracowywanie środków adresowanych do grup pacjentów.
- w odniesieniu do wskaźników śmiertelności, opracowanie i analiza praktyk kodyfikacyjnych w celu ustalenia przyczyn zgonów tam, gdzie stosuje się różne praktyki na szczeblu krajowym lub tam, gdzie występują problemy z odpowiednią agregacją danych (np. zgony związane z paleniem papierosów).

2.1.5. *eZdrowie (art. 3 ust. 2 lit. d), Załącznik – pkt 1.7., 1.8).*

Wspierane są wnioski na temat zorganizowania konferencji poświęconych eZdrowiu, które czerpałyby z wniosków płynących z poprzednich konferencji i które prowadziłyby do przyjęcia konkretnych inicjatyw dotyczących stron internetowych lub programów. Wnioski te mogłyby obejmować prace przygotowawcze na szczeblu eksperckim i powinny uwzględnić interes polityczny przy zaangażowaniu w tym procesie wszystkich zainteresowanych stron. Przy wymianie danych należy uwzględniać kwestie poufności danych.

- zapewnienie lepszej wiarygodności informacji podawanych do publicznej wiadomości na stronach internetowych poprzez analizę najlepszych praktyk i proponowanie wspólnych rozwiązań;
- wspieranie oceny i dalszego opracowywania projektów najlepszych praktyk dotyczących krajowej i transgranicznej elektronicznej dokumentacji medycznej⁽²³⁾, elektronicznych skierowań oraz elektronicznych recept;
- wspieranie działań skupionych na promowaniu europejskiego portalu zdrowia publicznego, w tym podawaniu linków do odpowiednich źródeł informacji, w celu poprawy dostępności informacji zdrowotnej opartej na dowodach naukowych i adresowanej do personelu medycznego oraz świadomych obywateli;
- skuteczniejsze dostarczanie we właściwym czasie wiarygodnych informacji o przyczynach zgonów; Działania w celu zbadania możliwości wprowadzenia w całym UE elektronicznego aktu zgonu;
- wspieranie promocji zdrowia przy wykorzystaniu narzędzi semantycznych oraz rozwoju onkologii prewencyjnej przy zastosowaniu narzędzi informatycznych związanych z ochroną zdrowia, w szczególności w celu umożliwienia dostarczania „inteligentnej informacji” dla lekarzy medycyny i obywateli;
- wspieranie już istniejących inicjatyw w celu dalszego monitorowania i opracowywania map drogowych dotyczących e-Zdrowia opracowywanych przez państwa członkowskie oraz badanie sposobów, np. w ramach warsztatów roboczych, identyfikacji przez państwa członkowskie źródeł finansowania, oraz wspierania i rozwijania własnych inwestycji w e-Zdrowie.

2.1.6. *Wspieranie wymiany informacji i doświadczeń w dziedzinie dobrych praktyk (art. 3 ust. 2 lit. d), Załącznik – pkt 1.7.)*

Nadaje się priorytet następującym działaniom:

- wspieranie działań w dziedzinie harmonizacji praktyk informowania o działalności szpitali, w szczególności w celu poprawy jakości i porównywalności informacji związanej z kodyfikacją procedur medycznych oraz w celu oceny i określania stosowania mechanizmów finansowych (takich jak jednorodne grupy pacjentów) w EU;
- rozważenie możliwości stosowania Międzynarodowej Klasyfikacji Podstawowej Opieki Medycznej w UE. Tam, gdzie propozycje dotyczą również wydatków na opiekę zdrowotną, należy rozważyć podanie linków do systemu rachunków zdrowia;

⁽²³⁾ Elektroniczny system odsyłania pacjentów od jednego specjalisty zdrowotnego do drugiego, w tym odsyłania transgranicznego⁽¹⁴⁾.

- wymianę najlepszych praktyk, tworzenie sieci kontaktów między pacjentami a opiekunami, i związane z tym szkolenie dotyczące chorób wymienionych w pkt. 2.1.4. (np. stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona). Stworzone będą linki do bieżących prac w ramach Komitetu Ochrony Socjalnej poprzez otwartą metodę koordynacji dotyczącą opieki zdrowotnej i długoterminowej opieki związanej ze starzeniem się.

2.1.7. Ocena wpływu na zdrowie (art. 3 ust. 2 lit. c), Załącznik – pkt 1.5.)

Wykorzystując metodologię oceny wpływu na zdrowie na szczeblu wspólnotowym opracowaną wcześniej dla Komisji, prace skupiać się będą na opracowywaniu i stosowaniu metodologii w odniesieniu do poszczególnych wniosków i obszarów polityk, jak również na ustanowieniu odpowiednich struktur wspomagających, które dostarczyłyby dowody i dane pozwalające na ocenę wpływu.

2.1.8. Współpraca między państwami członkowskimi (art. 3 ust. 2 lit. d), Załącznik – pkt 1.5.)

Prowadzone będą prace w oparciu o analizę przeprowadzoną na wysokim szczeblu i dotyczącą mobilności pacjentów i zmian w opiece zdrowotnej w Unii Europejskiej, które będą wspierać prace Grupy Wysokiego Szczebla ds. usług zdrowotnych i opieki medycznej. Prace te będą w szczególności dotyczyć rozwijania ram dla dokonywania transgranicznego zakupu i dostarczania usług medycznych; projekty pilotażowe dla europejskich sieci ośrodków referencyjnych; kwestie odnoszące się do mobilności personelu medycznego; opracowywanie i pilotowanie metodologii oceny wpływu na zdrowie systemów opieki zdrowotnej; dzielenie się najlepszymi praktykami i wiedzą specjalistyczną związaną z bezpieczeństwem pacjentów; oraz wspieranie prac związanych z innymi kwestiami potencjalnej współpracy na szczeblu europejskim, takimi jak opieka paliatywna czy właściwe stosowanie produktów farmaceutycznych. Podejmowane mogą być także działania związane z zapewnianiem danych pomocniczych i informacji na temat mobilności pacjentów i personelu medycznego oraz systemów opieki zdrowotnej i ogólnej długoterminowej opieki. Uwzględnione zostaną następujące priorytety:

- zapewnianie skuteczniejszej informacji i wiedzy na temat jakości systemów opieki zdrowotnej ze specjalnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów, tzn. ustanowienie właściwych mechanizmów poprawiających bezpieczeństwo pacjentów w UE, w tym wzmocnienie kontaktów między nimi i dzielenie się dobrymi praktykami w tym zakresie;
- analizowanie finansowych skutków mobilności pacjentów dla krajów wysyłających i przyjmujących oraz skutków w odniesieniu do trwałego finansowania systemów opieki zdrowotnej, których to dotyczy. Wspieranie badań ankietowych dotyczących mobilności pacjentów, które skupiałyby się na badaniu motywacji pacjentów do przemieszczania się przez granice i rozważenie potrzeby zakupu dla pacjentów zabiegów zagranicą przez instytucje⁽²⁴⁾, gromadzenie i dostarczanie informacji o transgranicznej opiece, w szczególności o jakości, bezpieczeństwie, poufności i ciągłości opieki medycznej, prawach pacjentów zadaniach i zagadnieniach odpowiedzialności prawnej;
- planowanie, analiza i wspieranie projektów pilotażowych dotyczących ośrodków referencyjnych w oparciu o wytyczne, kryteria i objęte nimi obszary ustanowione przez Grupę Roboczą ds. Ośrodków Referencyjnych w ramach Grupy Wysokiego Szczebla;
- wspieranie sieci oceny technologii medycznych UE;
- wymianę informacji o terapeutycznej wartości dodanej nowych leków i opracowanie modelu obejmującego europejską bazę danych w celu skutecznego uszeregowania leków i technologii medycznych pod względem ich skuteczności⁽²⁵⁾. Skuteczniejsze informowanie o lekach sierocych (przepisywanie, skuteczność, wydajność i cena) oraz ich związku z rzadkimi chorobami⁽²⁶⁾.
- ocena powiązań między gospodarką a zdrowiem; inwestowanie w zdrowie i wpływ lepszego zdrowia na wzrost gospodarczy;
- gromadzenie i dostarczanie informacji na temat działań związanych z podstawową opieką zdrowotną i systemem informacji o zasobach danych w celu osiągnięcia lepszej porównywalności danych i stworzenia podstaw do rutynowego gromadzenia danych;

⁽²⁴⁾ Patrz prace badawcze, które są podejmowane obecnie w dziedzinie mobilności pacjentów i strategii poprawy jakości. Patrz: <http://www.iese.edu/en/events/Projects/Health/Home/Home.asp> oraz <http://www.marquis.be/Main/wp1114091605/wp1119867442>. Patrz również: FP6 Naukowe wsparcie polityk, 5 zaproszenie do składania wniosków, SSP-5A Dziedziny 2.1. i 2.2. Patrz: <http://fp6.cordis.lu/index.cfm?fuseaction=UserSite.FP6ActivityCallsPage=500>

⁽²⁵⁾ Patrz: Platforma technologiczna w sprawie leków innowacyjnych. Patrz: http://europa.eu.int/comm/research/fp6/index_en.cfm?p=1_innomed

⁽²⁶⁾ Uwzględnianie działań przeprowadzanych w ramach rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych oraz w ramach działalności Komitetu ds. Sierocych Produktów Leczniczych Europejskiej Agencji Leków.

- gromadzenie i dostarczanie informacji na temat działań związanych z opieką w domu i w domach opieki oraz informacji o źródłach danych w celu osiągnięcia lepszej porównywalności danych i opracowania danych w szeregu czasowym;
- gromadzenie i dostarczanie informacji na temat najlepszych praktyk w dziedzinie opieki paliatywnej.

2.2. Szybka i skoordynowana reakcja na zagrożenia dla zdrowia

Celem działań podejmowanych w ramach niniejszej sekcji jest przyczynianie się do budowy zdolności do gotowości i szybkiej reakcji na zagrożenia dla zdrowia publicznego i na stany wyjątkowe. Działania te wspierałyby w szczególności współpracę na podstawie sieci wspólnotowej w dziedzinie chorób zakaźnych⁽²⁷⁾ i innego prawodawstwa wspólnotowego w dziedzinie zdrowia publicznego i mogłyby uzupełniać działania podejmowane w ramach Europejskiego Programu Ramowego Badań.

Od czasu rozpoczęcia działalności przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC)⁽³⁾ w 2005 r., działania związane z oceną ryzyka, które były wcześniej wspierane w ramach programu zdrowia publicznego, a obecnie podlegają kompetencji ECDC (np. nadzór) nie będą już wspierane w ramach niniejszego zaproszenia. Natomiast niniejsze zaproszenie, które zostało wystosowane w porozumieniu z ECDC, ma na celu promowanie działań wspierających zarządzanie ryzykiem. Komisja i ECDC zapewnią, by działania te nie były powielane.

Działania dotyczące zwalczania zagrożenia umyślnym uwalnianiem środków biologicznych będą podejmowane równocześnie z istniejącymi działaniami dotyczącymi chorób zakaźnych. Działania te oraz działania w sprawie umyślnego uwalniania środków chemicznych są opracowywane w związku z wnioskami ministrów zdrowia z dnia 15 listopada 2001 r. oraz powstałego w ich wyniku „Programu współpracy w sprawie gotowości i reakcji na ataki biologiczne i chemiczne” (bezpieczeństwo zdrowotne)⁽²⁸⁾.

2.2.1. Zdolność radzenia sobie z pandemią grypy i rozwiązywania szczególnych zagrożeń dla zdrowia (art. 3. ust. 2 lit. a), Załącznik – pkt 2.1., 2.2., 2.3., 2.4., 2.8.)

Celem tego działania jest wzmocnienie zdolności i strategii wspierania państw członkowskich, krajów kandydujących i krajów EOG/EFTA oraz Wspólnoty jako całości w radzeniu sobie ze szczególnymi zagrożeniami dla zdrowia. **Szczególny priorytet nadaje się działaniom związanym z zagrożeniem pandemią grypy i zapobieganiem/zarządzaniem, wspólnym strategiom powiadamiania o sytuacjach awaryjnych i gotowości w przypadku wystąpienia takich sytuacji oraz opracowywaniu i dzieleniu się wysokiej jakości narzędziami i informacjami na temat wpływu na zdrowie i sytuację społeczno-gospodarczą środków zaradczych przeciwko pandemii i innych związanych z tym środków, przy wsparciu działań podejmowanych w ramach Europejskiego Programu Ramowego Badań⁽²⁹⁾.** Inne działania priorytetowe to:

- zagrożenie chorobami niezakaźnymi, np. związane z kwestiami chemicznymi i środowiskowymi, które wymagają szybkiej interwencji;
- dalsze opracowywanie systemu wczesnego ostrzegania przed środkami chemicznymi i śledzenia w trakcie transportu przez granice substancji niebezpiecznych dla zdrowia publicznego;
- aspekty zarządzania chorobami zakaźnymi związane z migracją i zagadnieniami transgranicznymi dotyczącymi zdrowia;
- analiza ryzyka i zagrożeń ze strony pojawiających się chorób zakaźnych, w tym ze strony patogenów chorób odzwierzęcych jako uzupełnienie prac prowadzonych przez ECDC.

⁽²⁷⁾ Decyzja 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 września 1998 r. ustanawiająca sieć nadzoru i kontroli epidemiologicznej chorób zakaźnych we Wspólnocie (Dz.U. L 268 z 3.10.1998, str. 1).

⁽²⁸⁾ 2000/57/WE: Decyzja Komisji z dnia 22 grudnia 1999 r. w sprawie systemu wczesnego ostrzegania i reagowania w celu zapobiegania i kontroli chorób zakaźnych na mocy decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (notyfikowana jako dokument nr C(1999) 4016) (Dz.U. L 21 z 26.1.2000, str. 32)

⁽²⁹⁾ 2000/96/WE: Decyzja Komisji z dnia 22 grudnia 1999 r. w sprawie stopniowego obejmowania chorób zakaźnych siecią wspólnotową zgodnie z decyzją nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (notyfikowana jako dokument nr C(1999) 4015) (Dz.U. L 28 z 3.2.2000, str. 50)

2002/253/WE: Decyzja Komisji z dnia 19 marca 2002 r. ustanawiająca definicję przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (notyfikowana jako dokument nr C(2002) 1043) (Dz.U. L 86 z 3.4.2002, str. 44).

⁽²⁸⁾ Patrz: http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/Bioterrorisme/bioterrorism01_en.pdf

⁽²⁹⁾ Patrz również FP6 Naukowe wsparcie polityk, piąte zaproszenie do składania wniosków, SSP-5B GRYPA

Patrz: http://fp6.cordis.lu/index.cfm?fuseaction=UserSite.FP6ActivityCallsPage&ID_ACTIVITY=500

2.2.2. *Ogólna gotowość i reagowanie (art. 3 ust. 2 lit. a), Załącznik – pkt 2.1., 2.2., 2.3., 2.4.)*

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

- działania wspierające wdrożenie ogólnego planowania gotowości. Może to oznaczać łączenie szpitali w ramach gotowości na wydarzenia o zasięgu masowym, plany zarządzania na wypadek masowych oparzeń, ustanowienie platform dla inicjatyw związanych ze szkoleniem, powiadamianiem i zarządzaniem kryzysowym oraz wywiadem medycznym. Ponadto, potrzebne są działania wspierające śledzenie, logistykę i dystrybucję, kwestie związane z transportem, psychologiczne skutki kryzysów i wdrażanie nowych metod diagnostyki;
- działania wspierające budowanie zdolności do przeprowadzania wspólnych operacji w celu egzekwowania prawa i angażujące organ odpowiedzialny za sprawę zdrowia;
- działania wspierające budowanie zdolności i środki wdrażające niezbędne do osiągnięcia zgodności z Międzynarodowymi Regulacjami dotyczącymi Zdrowia przyjętymi przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia ⁽³⁰⁾;
- stosowanie innowacyjnych narzędzi informatycznych do analizy zagrożeń dla zdrowia, takich jak systemy informacji geograficznej (GIS), analiza przestrzenno-czasowa, nowe systemy wczesnego ostrzegania i przewidywania, zautomatyzowaną analizę i wymianę danych diagnostycznych.

2.2.3. *Bezpieczeństwo zdrowia i strategii istotne z punktu widzenia kontroli chorób zakaźnych (art. 3 ust. 2 lit. a), Załącznik – pkt 2.2., 2.4., 2.5., 2.9.)*

Rozpoczęto szereg projektów dotyczących modelowania i nadzoru umyślnego uwalniania środków biologicznych lub chemicznych. Jednakże, nadal brakuje pełnych informacji, w związku z czym wspierana będzie wiedza i wnioski dotyczące przeglądu, opracowania i oceny polityk i planów umożliwiających sprostanie sytuacjom wyjątkowym stanowiącym zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowia.

Aby móc sprawować kontrolę nad chorobami zakaźnymi, niezbędne jest ustanowienie właściwych strategii i struktur. Niniejsze działanie ma na celu promowanie działań umożliwiających wdrażanie polityk i strategii związanych z gotowością (takich jak szczepienia profilaktyczne lub gromadzenie zapasów) oraz kontrolą/eliminacją chorób zakaźnych. Wspierane będą działania promujące porozumiewanie się przedstawicielami różnych zewnętrznych dyscyplin zawodowych (np. lekarzami medycyny ogólnej, farmaceutami, weterynarzami i odpowiednimi dyscyplinami niemedyceznymi) oraz ułatwiające współpracę poprzez platformy i tworzenie sieci kontaktów. Inne działania priorytetowe to:

- działania promujące wymianę najlepszych praktyk w sprawie strategii szczepień i odporności;
- dzielenie się najlepszymi praktykami w zakresie bezpieczeństwa pacjenta, w szczególności w kwestii zarządzania i kontroli zakażeń nabytych w czasie pobytu w zakładach opieki zdrowotnej i w kwestii odporności na antybiotyki;
- działania w celu kontrolowania niekorzystnych skutków (szczepień, chemikaliów, leków przeciwwirusowych, innych leków i wyrobów medycznych), we współpracy z Europejską Agencją Leków (EMA);
- analiza możliwości ustanowienia europejskich laboratoriów referencyjnych w dziedzinie zdrowia ludzkiego.

2.2.4. *Bezpieczeństwo krwi, tkanek, komórek i organów (art. 3 ust. 2 lit. a), Załącznik – pkt 2.6., 2.7.)*

Działania związane z substancjami pochodzenia ludzkiego mają na celu promowanie jakości, bezpieczeństwa i wystarczalności nie tylko w celu zapobieżenia przenoszeniu chorób, ale również w celu wsparcia (sankcjonowania) ich terapeutycznego stosowania z korzyścią dla pacjentów.

- osiągnięto znaczący postęp wraz z wejściem w życie prawodawstwa dotyczącego krwi ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾. Istnieje obecnie potrzeba nadania nowego tempa zapewnianiu równoważnego uznawania inspekcji zakładów krwiodawstwa wśród państw członkowskich poprzez opracowywanie i wdrażania wspólnie przyjętych kryteriów i norm;

⁽³⁰⁾ Patrz: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-en.pdf

⁽³¹⁾ Dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE (Dz.U. L 33 z 8.2.2003, str. 30).

⁽³²⁾ Dyrektywa Komisji 2004/33/WE z dnia 22 marca 2004 r. wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie niektórych wymagań technicznych dotyczących krwi i składników krwi (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz.U. L 91 z 30.3.2004, str. 25).

- poprzednie działania mające na celu wsparcie optymalnego wykorzystywania krwi nie przyniosły znaczących sukcesów. W celu zagwarantowania lepszego terapeutycznego wykorzystania substancji pochodzenia ludzkiego, należy udzielić wsparcia rozwojowi narzędzi promujących najlepsze praktyki oparte na dowodach naukowych;
- pomimo przyjęcia dyrektywy dotyczącej tkanek i komórek⁽³³⁾, brak jest wspólnych wyszczególnień w UE dotyczących ich oznaczenia i terapeutycznego stosowania. W celu ułatwienia wymiany substancji pochodzenia ludzkiego i monitorowania zdrowia żyjących dawców, niezbędne są działania w celu poprawy środków i procedur, takie jak wspólne terminologie i opracowywanie rejestrów.⁽¹⁴⁾;
- istnieje potrzeba zachęcenia do oddawania tkanek i komórek oraz optymalnego wykorzystania produktów krwiopochodnych. Działania powinny być ukierunkowane na dzielenie się najlepszymi praktykami i informacjami w sprawie rekrutacji dawców i szkolenia w zakresie wykorzystania składników krwi.

2.3. Uwarunkowania zdrowotne

Celem projektów i działań w tej dziedzinie jest udzielenie wsparcia i podstaw politykom i działaniom UE dotyczącym uwarunkowań zdrowotnych, wspieranie rozwoju działań w celu zapewnienia i wymiany dobrych praktyk, promowanie przekrojowych i zintegrowanych podejść w ramach szeregu uwarunkowań zdrowotnych oraz wspieranie i stymulowanie wysiłków poszczególnych krajów.

W 2006 r. następujące projekty będą traktowane priorytetowo:

- powiązanie działań z priorytetami polityk: Wnioski dotyczące projektów powinny być związane z politykami i strategiami UE w zakresie zdrowia publicznego, w szczególności dotyczącymi alkoholu, żywienia i aktywności fizycznej oraz uwzględniać je. Szczególna uwaga zostanie poświęcona **projektom odnoszącym się do nierówności w zakresie ochrony zdrowia i do szerszych uwarunkowań społeczno-gospodarczych**;
- ukierunkowanie działań interwencyjnych w zakresie zdrowia publicznego **na dzieci i młodzież** jako konkretną grupę docelową przy uwzględnieniu szerokiego zakresu uwarunkowań zdrowotnych. Działania te koncentrowałyby się na tym okresie, w którym ludzie „kształtują” swój styl życia i dotyczyłyby zarówno czynników i okresów ryzyka, jak i czynników ochronnych mających wpływ na styl życia i zachowania.

W 2006 r. ustalono następujące priorytety:

2.3.1. Wspieranie kluczowych strategii Wspólnoty w sprawie substancji uzależniających

- 1) W celu wspierania dalszego rozwoju prac nad **tytoniem**, wnioski dotyczące projektów powinny koncentrować się na:
 - planowaniu, ocenie i rozpowszechnianiu najnowszych zmian i praktyk dotyczących kontroli tytoniu w państwach członkowskich, ukierunkowane w szczególności na młodzież i kobiety, oraz strategie komunikacyjne na temat zapobiegania i rzucania palenia przy uwzględnieniu aspektów społeczno-gospodarczych;
 - opracowywaniu i ustanawianiu sieci działań mających na celu zapobieganie i zaprzestanie palenia, które skupiałyby się na innowacyjnych podejściach i na zmniejszeniu narażenia na dym papierosowy;
 - innych działaniach mających na celu wdrożenie wymogów określonych w Ramowej Konwencji Antytytoniowej⁽³⁴⁾, takich jak prace badawcze nad składnikami tytoniu, nadzór lub działania odnoszące się do nielegalnego handlu produktami tytoniowymi.
- 2) W odniesieniu do **alkoholu**, podejmowane działania związane będą z ogólnym podejściem strategicznym zmierzającym do zmniejszenia szkodliwości spożywania alkoholu. Priorytetowo traktowane będzie wsparcie dla tworzenia sieci kontaktów grupującej skoordynowany i wszechstronny wachlarz działań w takich dziedzinach jak badania, informowanie, ochrona konsumentów, transport, informacje handlowe i inne zagadnienia rynku wewnętrznego, bazując na doświadczeniach krajowych. Takie wsparcie obejmowałoby między innymi:
 - inwentaryzację i monitorowanie doświadczeń poszczególnych krajów;
 - ocenę wpływu różnych opcji politycznych na gospodarkę i zdrowie;
 - budowanie zdolności skutecznego wdrażania programów i polityk.

⁽³³⁾ Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (Dz.U. L 102 z 7.4.2004, str. 48).

⁽³⁴⁾ Decyzja Rady 2004/513/WE z dnia 2 czerwca 2004 r. w sprawie zawarcia Ramowej Konwencji Antytytoniowej Światowej Organizacji Zdrowia (Dz.U. L 213 z 15.6.2004, str. 8).

- 3) W odniesieniu do **narkotyków**, zgodnie ze strategią antynarkotykową UE ⁽³⁵⁾ oraz planem działań ⁽³⁶⁾ w zakresie narkotyków, jak również zaleceniem Rady w sprawie narkotyków ⁽³⁷⁾, nadaje się priorytet wnioskom w sprawie:
- reakcji ukierunkowanych na zmniejszenie szkodliwości zażywania substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem ekstazy, kokainy/crack oraz haszyszu, w odpowiedzi na pojawiające się tendencje w tym zakresie;
 - opracowania lub ulepszenia i wdrażania wspólnych programów zapobiegawczych przez służby publiczne, edukacyjne i odpowiednie organizacje pozarządowe, które koncentrowałyby się na grupach znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej;
 - sporządzenia wykazu dobrych praktyk dotyczących leczenia uzależnień od narkotyków wraz z wynikami tego leczenia, z uwzględnieniem powrotu do normalnego życia, w ramach dalszych działań przewidzianych w Planie Działania.

2.3.2. Zintegrowane podejścia do stylu życia oraz zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego

- 1) W odniesieniu do **żywienia i aktywności fizycznej**, prace skupiać się będą na identyfikacji dobrych praktyk i tworzeniu sieci kontaktów dotyczących ⁽¹⁴⁾:
- dobrych praktyk w żywieniu szkolnym i żywieniowych programach edukacyjnych;
 - oceny i dostarczaniu wsparcia pilotażowego dla wielostronnych inicjatyw współpracy dotyczących zdrowych stylów życia w poszczególnych grupach społecznych, które koncentrowałyby się na konkretnych, najbardziej narażonych grupach, w szczególności na dzieciach;
 - skuteczności programów edukacyjnych i kampanii informacyjnych przeprowadzanych przez sektor żywnościowy, detaliczny, organizacje konsumenckie, itp., w celu promowania zdrowych diet;
 - badaniu skutecznych interwencji prowadzących do zmian w zachowaniu konsumentów w odniesieniu do wyboru rodzaju jedzenia i aktywności fizycznej;
 - dobrych praktyk w architekturze budowniczej i rozwoju obszarów miejskich w celu zachęcania do aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia.
- 2) Prace dotyczące **zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego** koncentrować się będą na opracowywaniu strategii innowacyjnych w celu promowania bezpiecznego seksu i uwzględnienia wzrostu zachowań obarczonych ryzykiem wśród młodych ludzi.
- 3) Działania ukierunkowane na rozwiązanie problemu **HIV/AIDS** są kontynuowane zgodnie z ogólnymi strategiami ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾ i koncentrować się będą na działaniach w zakresie zdrowia publicznego w celu opracowywania strategii i identyfikacji najlepszych praktyk w sprawie:
- zapobiegania HIV/AIDS w grupach populacji wysokiego ryzyka, w szczególności w więzieniach;
 - utrzymywania świadomości potrzeby zapobiegania wśród grup obarczonych mniejszym ryzykiem i wśród ogólnej populacji;
 - opracowywanie wszechstronnego pakietu usług wraz ze standardami i modelem kosztów.
- 4) W odniesieniu do **zdrowia psychicznego** wspierane będą następujące działania:
- przygotowywanie i wdrażanie najlepszych międzysektorowych praktyk w celu promowania zdrowia psychicznego i zapobiegania chorobom psychicznym wśród narażonych grup, takich jak ofiary naturalnych i innych klęsk żywiołowych; dzieci i młodzież oraz ludzie zepchnięci na margines życia społecznego ⁽¹⁴⁾;
 - identyfikacja i rozpowszechnianie najlepszych praktyk w celu lepszej ochrony praw człowieka, godności i ogólnego stanu zdrowia rezydentów instytucji opieki zdrowotnej lub społecznej, którzy są zależni od tej opieki oraz cierpią na chorobę lub niepełnosprawność psychiczną ⁽¹⁴⁾;
 - ustanowienie ogólnospółnotowej sieci eksperckiej dotyczącej leczenia stresu pourazowego u ofiar naturalnych i innych klęsk żywiołowych, budowanie zdolności oraz organizowanie i wzmocnianie w tych przypadkach usług w zakresie zdrowia psychicznego oferowanych przez lokalne i regionalne organy zdrowia. Informacje należy podać w formie streszczenia stosowanych praktyk.

⁽³⁵⁾ Strategia antynarkotykowa UE [2005–2012]. Patrz http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/keydo_drug_en.htm

⁽³⁶⁾ Plan działań UE w zakresie narkotyków [2005–2008]. Patrz: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/keydo_drug_en.htm

⁽³⁷⁾ Zalecenie Rady z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie zapobiegania narkomanii i zmniejszania szkodliwości zdrowotnej uzależnienia od narkotyków (Dz.U. L 165 z 3.7.2003, str. 31).

⁽³⁸⁾ Skoordynowane podejście do zwalczania AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/docs/ev_20040916_rd01_en.pdf

⁽³⁹⁾ Komunikat Komisji w sprawie zwalczania HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich (który ma być przyjęty).

2.3.3. Działania w zakresie zdrowia publicznego uwzględniające szersze uwarunkowania zdrowotne

- 1) Prace nad **społecznymi uwarunkowaniami zdrowia** koncentrować się będą na opracowywaniu następujących działań ukierunkowanych na rozwój polityk, innowacyjnych podejściach i ocenie:
 - identyfikacja i ocena skuteczności wszechstronnych podejść do polityki w celu rozwiązywania nierówności w zakresie ochrony zdrowia, w tym uwzględnianie wymiaru społecznego i ekonomicznego, na szczeblu krajowym i regionalnym;
 - identyfikacja, ocena i rozpowszechnianie dobrych praktyk w zakresie uwzględniania uwarunkowań społecznych przy opracowywaniu strategii biorących pod uwagę takie czynniki jak żywienie i aktywność fizyczna, tytoń, narkotyki i alkohol w zakresie polityki budownictwa, rozwoju obszaru miejskich i zdrowia w celu zapewnienia dostępu do usług zdrowotnych i społecznych oraz rozwijania zdrowego stylu życia;
 - dobre praktyki dotyczące lepszego dostępu, jakości i adekwatności usług zdrowotnych i społecznych dla migrantów, imigrantów i populacji mniejszościowych;
 - analizy ekonomiczne w celu wyliczenia kosztów i korzyści związanych z rozwiązywaniem problemu nierówności w zakresie ochrony zdrowia.
- 2) Zgodnie z Planem Działania na rzecz Środowiska i Zdrowia ⁽⁴⁰⁾ prace nad **czynnikami środowiskowymi warunkującymi zdrowie** koncentrować się będą na rozwijaniu sieci i dobrych praktyk w odniesieniu do:
 - działań w zakresie zdrowia publicznego w celu rozwiązania problemów związanych z jakością powietrza w pomieszczeniach, biorąc pod uwagę połączony wpływ materiałów budowlanych, domowych chemikaliów, spalania i systemu handlu uprawnieniami do emisji;
 - działania w zakresie zdrowia publicznego oraz działania mające na celu rozwiązanie problemu męczącego hałasu;
 - uwzględnianie kwestii ochrony środowiska i zdrowia w programach szkolenia i dalszej edukacji personelu medycznego;
 - opracowywanie i rozpowszechnianie najlepszych praktyk w odniesieniu do powiadamiania o ryzyku i podnoszeniu świadomości na temat zagadnień ochrony środowiska i zdrowia.

2.3.4. Zapobieganie chorobom i obrażeniom ciała

- 1) W oparciu o istniejące dokonania zostanie udzielone wsparcie na rzecz opracowywania wytycznych i zaleceń dotyczących najlepszych praktyk w zakresie zwalczania chorób o najistotniejszym znaczeniu z punktu widzenia zdrowia publicznego, takich jak choroby układu krążenia, rak, cukrzyca i choroby układu oddechowego;
- 2) Wsparcie zostanie przyznane na rzecz wymiany najlepszych praktyk w zakresie bezpieczeństwa dzieci między państwami członkowskimi, państwami EOG i państwami kandydującymi oraz promowanie bezpieczeństwa dzieci poprzez Konferencję Europejską. Szczególną uwagę zwróci się na rozwiązywanie problemu przemocy fizycznej i powiadamiania o ryzyku poprzez podejmowanie bezpośrednich działań zapobiegawczych.

2.3.5. Budowanie zdolności

- 1) Priorytetowo traktowane będzie promowanie współpracy między instytucjami edukacyjnymi w zakresie opracowywania treści programowych, wspólnych europejskich kursów szkoleniowych i modułów w kluczowych obszarach zdrowia publicznego. Ponadto, nada się priorytet opracowywaniu indywidualnie dobranych programów szkoleniowych dla personelu opieki zdrowotnej i innych osób zawodowo zaangażowanych w opiekę nad ludźmi żyjących z wirusem HIV/AIDS i grupami populacji szczególnie narażonych na HIV/AIDS (w tym osobami zażywającymi narkotyki dożylnie i migrantami);
- 2) Priorytetowo traktowane będzie krótkoterminowe wsparcie **dla rozwoju zdolności** wybranych sieci europejskich w dziedzinie zdrowia publicznego mających istotne znaczenie dla zdrowia publicznego i znaczącą wartość dodaną na poziomie europejskim w celu przezwyciężenia konkretnych słabości geograficznych lub rozwojowych. Szczególna uwaga poświęcona zostanie budowaniu zdolności organizacji pozarządowych aktywnych na polu HIV/AIDS do uczestnictwa w zachęcaniu ludzi do stosowania się do terapii antyretrowirusowej.

⁽⁴⁰⁾ Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego oraz Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego – Europejski Plan Działania na rzecz Środowiska i Zdrowia na okres 2004–2010 COM(2004) 416 wersja ostateczna z 9 czerwca 2004 r.

Załącznik do Planu Prac na 2006 r.

kwalfikowalność kosztów podróży i utrzymania

Poniższe wytyczne należy stosować w celu zwrotu kosztów podróży i utrzymania w odniesieniu do:

- personelu zatrudnionego przez beneficjenta dotacji (głównego beneficjenta i współbeneficjentów) i ekspertów zaproszonych przez beneficjenta do uczestnictwa w grupach roboczych;
 - tego rodzaju kosztów, gdy zwrot taki jest jednoznacznie przewidziany w *zamówieniach na usługi*.
- (1) **Zryczałtowane diety** obejmują wszystkie koszty utrzymania w czasie misji, włącznie z hotelami, restauracjami i transportem lokalnym (taksówki i/lub transport publiczny). Stosują się one do każdego dnia misji przeprowadzanej w odległości minimum 100 km od normalnego miejsca pracy. Wysokość diety jest różna w zależności od kraju, w którym przeprowadzana jest misja. Dienne stawki odpowiadać będą sumie dziennej diety i maksymalnego pułapu ceny hotelu przewidzianych w decyzji Komisji C(2004) 1313 ⁽¹⁾, z późniejszymi zmianami.
- (2) Misje przeprowadzane w krajach innych niż kraje UE-25, kraje przystępujące i ubiegające się o członkostwo oraz kraje EFTA-EOG są przedstawiane służbom Komisji w celach uzyskania ich wstępnej zgody. Zgoda ta jest związana z celami misji, jej kosztami i motywacją.
- (3) **Koszty podróży** kwalifikują się do zwrotu pod następującymi warunkami:
- podróż najbardziej bezpośrednią i ekonomiczną drogą;
 - odległość wynosząca przynajmniej 100 km między miejscem spotkania a normalnym miejscem pracy;
 - podróż koleją: pierwsza klasa;
 - podróż samolotem: klasa ekonomiczna, chyba że możliwe jest skorzystanie z tańszej taryfy (np. Apex); podróż samolotem jest dozwolona jedynie w przypadku podróży powrotnych na odległość ponad 800 km;
 - podróż samochodem: koszty są zwracane na podstawie równoważnej taryfy kolejowej w pierwszej klasie.

⁽¹⁾ Decyzja Komisji C(2004) 1313 z 7 kwietnia 2004 r.: Ogólne przepisy wykonawcze przyjmujące Przewodnik w sprawie misji dla urzędników i innych pracowników Komisji Europejskiej.