

DECYZJA WYKONAWCZA KOMISJI

z dnia 28 listopada 2012 r.

dotycząca przyjęcia planu prac na 2013 r. w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 oraz kryteriów wyboru, przyznawania i innych kryteriów dotyczących wkładów finansowych na działania w ramach tego programu, a także płatności UE na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu, stanowiąca decyzję w sprawie finansowania

(2012/C 378/07)

KOMISJA EUROPEJSKA,

uwzględniając 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⁾, 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⁾, w szczególności jego art. 53 lit. a), art. 75 i 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 ⁽³⁾, w szczególności jego art. 90 oraz art. 168 ust. 1 lit. c) i f),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. 4 i 6, zmienioną decyzją Komisji 2008/544/WE z dnia 20 czerwca 2008 r. ⁽⁵⁾,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Należy zezwalać na przyznawanie dotacji bez zaproszenia do składania ofert organom wskazanym w planie prac i ze wskazanych w nim przyczyn.
- (2) Stosowanie pośredniego zarządzania scentralizowanego jest uzasadnione na mocy art. 4 i 6 decyzji 2004/858/WE.
- (3) Delegowany urzędnik zatwierdzający uzyskał dowody istnienia i prawidłowego działania wymienionych w art. 56 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 1605/2002 elementów wewnątrz podmiotów, którym ma zostać powierzone wykonywanie budżetu Unii poprzez pośrednie zarządzanie scentralizowane.

(4) Niniejsza decyzja powinna uwzględniać płatność odsetek za zwłokę w płatnościach na podstawie art. 83 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 1605/2002 oraz art. 106 ust. 5 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 2342/2002.

(5) Do celów stosowania niniejszej decyzji należy zdefiniować termin „istotna zmiana” w rozumieniu art. 90 ust. 4 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 2342/2002.

(6) Niniejsza decyzja stanowi również decyzję w sprawie finansowania dotyczącą płatności UE na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu.

(7) Środki przewidziane w niniejszej decyzji są zgodne z opinią komitetu ds. drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013, ustanowionego na mocy art. 10 decyzji nr 1350/2007/WE,

STANOWI, CO NASTĘPUJE:

Artykuł 1

Niniejszym przyjmuje się określony w załączniku I plan prac na 2013 r. dotyczący realizacji drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 (zwany dalej „planem prac”) oraz kryteria wyboru i przyznawania oraz inne kryteria dotyczące wkładów finansowych na działania w ramach powyższego programu, określone w załącznikach II, III, IV, V, VI i VII, a także płatność UE na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu. Stanowi to decyzję w sprawie finansowania w rozumieniu art. 75 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 1605/2002.

Artykuł 2

Maksymalny wkład przeznaczony na plan prac ustala się na 55 509 000 EUR i finansuje z następujących pozycji w budżecie ogólnym Unii Europejskiej na 2013 r.:

- a) pozycja w budżecie 17 03 06 – Działania UE w dziedzinie zdrowia: 49 800 000 EUR;
- b) pozycja w budżecie 17 01 04 02 – Wydatki na administrację i zarządzanie: 1 500 000 EUR;
- c) pozycja w budżecie 17 01 04 30 – Dotacja dla agencji wykonawczej: 4 209 000 EUR.

⁽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.

⁽⁵⁾ Dz.U. L 173 z 3.7.2008, s. 27.

Szacunkowe dodatkowe wkłady państw EFTA/EOG oraz Chorwacji na ich udział w programie działań w dziedzinie zdrowia wynoszą:

- państwa należące do EFTA/EOG: 1 554 252 EUR,
- Chorwacja: 69 000 EUR.

Całkowity szacunkowy wkład w odniesieniu do pozycji w budżecie 17 03 06 (Działania UE w dziedzinie zdrowia) wynosi 51 260 900 EUR, w odniesieniu do pozycji w budżecie 17 01 04 02 (Wydatki na administrację i zarządzanie) – 1 544 500 EUR, a w odniesieniu do pozycji w budżecie 17 01 04 30 (Dotacja dla agencji wykonawczej) – 4 326 852 EUR.

Maksymalny wkład przeznaczony na płatność UE na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu ustala się na 192 000 EUR i finansuje z następującej pozycji w budżecie ogólnym Unii Europejskiej na 2013 r.:

- pozycja w budżecie 17 03 05 – Umowy międzynarodowe i członkostwo w organizacjach międzynarodowych zajmujących się zagadnieniami zdrowia publicznego i ograniczania palenia tytoniu.

Środki te obejmują odsetki za zwłokę w płatnościach.

Wykonanie niniejszej decyzji zależy od dostępności środków przewidzianych w projekcie budżetu na 2013 r. po przyjęciu budżetu na 2013 r. przez władzę budżetową lub przewidzianych w dwunastych częściach środków tymczasowych.

Artykuł 3

Wykonanie budżetu w zakresie zadań związanych z działaniami, które zgodnie z planem prac mają być przeprowadzane

w drodze pośredniego zarządzania scentralizowanego, może zostać powierzone wskazanej w planie Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów.

Artykuł 4

Zmian, które dotyczą środków przydzielonych na poszczególne mechanizmy finansowania opisane w załączniku I i łącznie nie przekraczają 20 % maksymalnego wkładu ustalonego w art. 2, nie uznaje się za istotne zmiany w rozumieniu art. 90 ust. 4 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 2342/2002, o ile nie wywierają one znacznego wpływu na charakter i cel planu prac. Maksymalny wkład ustalony w art. 2 nie może wzrosnąć o więcej niż 20 %.

Właściwy urzędnik zatwierdzający może przyjąć takie zmiany zgodnie z zasadą należytego zarządzania finansami i zasadą proporcjonalności.

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

Artykuł 5

Dotacje mogą być przyznawane bez zaproszenia do składania wniosków organom wskazanym w planie prac i zgodnie z określonymi w nim warunkami.

Sporządzono w Brukseli dnia 28 listopada 2012 r.

W imieniu Komisji
Maroš ŠEFČOVIČ
Wiceprzewodniczący

ZAŁĄCZNIK I

Plan prac na 2013 r. dotyczący drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013**1. KONTEKST POLITYCZNY I PRAWNY**

Podstawą działań przedstawionych w niniejszym planie prac jest art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) oraz wynikające z niego zobowiązania prawne i polityczne. Traktat stanowi, że celem działań UE w dziedzinie zdrowia publicznego jest wspieranie i uzupełnianie działań państw członkowskich na rzecz poprawy zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom i dolegliwościom somatycznym i psychicznym oraz usuwania źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Ramy polityczne dla wszystkich obszarów objętych niniejszym planem prac stanowi unijna strategia zdrowia określona w białej księdze Komisji „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013” (COM(2007) 630 final⁽¹⁾).

Oprócz państw członkowskich Unii Europejskiej w programie działań w dziedzinie zdrowia mogą uczestniczyć państwa trzecie, jeśli zawarto odpowiednie umowy. Państwa EFTA należące do EOG, czyli Islandia, Liechtenstein i Norwegia, uczestniczą w programie na warunkach określonych w Porozumieniu EOG. W programie mogą uczestniczyć inne państwa trzecie, w szczególności państwa objęte europejską polityką sąsiedztwa, państwa ubiegające się o członkostwo w UE, kandydujące lub przystępujące do UE oraz państwa Bałkanów Zachodnich objęte procesem stabilizacji i stowarzyszenia. Spośród tych państw obecnie uczestniczy w programie Chorwacja.

Zgodnie z motywem 33 decyzji programowej należy ułatwiać współpracę z państwami trzecimi nieuczestniczącymi w programie. Nie powinno się to wiązać z finansowaniem w ramach programu. Koszty podróży i utrzymania ekspertów zaproszonych z tych państw lub do tych państw można jednak uznać za koszty kwalifikowalne w wyjątkowych, należycie uzasadnionych przypadkach, jeżeli przyczynia się to bezpośrednio do realizacji celów programu.

2. ZASOBY

Niniejszy plan prac zawiera środki wykonawcze na 2013 r.

Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów (EAHC) wspomaga Komisję w realizacji planu prac zgodnie z decyzją Komisji 2004/858/WE, zmienioną decyzją Komisji C(2008) 4943 z dnia 9 września 2008 r. Pozycją w budżecie, w ramach której przyznawane będą środki administracyjne związane z EAHC, jest pozycja 17 01 04 30.

W oparciu o cele określone w decyzji nr 1350/2007/WE orientacyjny podział w budżecie operacyjnym (pozycja w budżecie 17 03 06 – Działania UE w dziedzinie zdrowia) na poszczególne mechanizmy finansowania jest następujący:

Dotacje (wszystkie dotacje realizowane przez EAHC w ramach pośredniego zarządzania scentralizowanego):

- dotacje na projekty: 12 330 900 EUR,
- dotacje na działalność: 5 000 000 EUR,
- dotacje na wspólne działania: 13 800 000 EUR,
- dotacje na konferencje: 800 000 EUR (200 000 na konferencje organizowane przez prezydencję, 600 000 EUR na pozostałe konferencje),
- dotacje bezpośrednie udzielone organizacjom międzynarodowym: 1 200 000 EUR.

Udzielanie zamówień (realizowane przez Komisję lub przez EAHC): 13 300 000 EUR.

Inne działania (realizowane przez Komisję lub przez EAHC): 4 830 000 EUR.

Pozycja w budżecie 17 01 04 02 – Wydatki na administrację i zarządzanie ma pokryć wydatki na badania, spotkania ekspertów, informowanie, publikacje oraz pomoc techniczno-administracyjną w zakresie systemów informatycznych. Działania te są bezpośrednio powiązane z osiąganiem celów programu.

3. MECHANIZMY FINANSOWANIA

Wszystkie dotacje przyznawane są na podstawie pisemnych umów.

3.1. Dotacje na projekty

Dotacje na projekty oblicza się na podstawie poniesionych kosztów kwalifikowalnych. Maksymalny poziom współfinansowania przez UE wynosi 60 %. Może on jednak wzrosnąć do 80 %, jeżeli wniosek spełnia kryteria wyjątkowej użyteczności określone w załączniku VII. Załącznik II zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikowalności, wyboru i przyznawania dotacji na projekty.

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:PL:PDF>

Dotacja na projekt powinna być wystarczająco duża, aby umożliwić osiągnięcie ambitnych celów zapewniających znaczne dodatkowe korzyści na poziomie europejskim oraz realizację skutecznej europejskiej strategii rozpowszechniania.

Rozpatrywane będzie finansowanie tylko tych wniosków, które są bezpośrednio powiązane z tematem i opisem podanymi w niniejszym planie prac i w przypadku których „dotacja na projekt” lub „dotacje na projekty” są wskazane jako mechanizm finansowania. Nie będzie rozpatrywane finansowanie wniosków, które jedynie dotyczą danego obszaru tematycznego, lecz nie odpowiadają konkretnemu opisowi danego działania.

Orientacyjne ramy czasowe publikacji w Dzienniku Urzędowym zaproszenia do składania wniosków o dotacje na projekty to czwarty kwartał 2012 r.

3.2. Dotacje na działalność

Dotacje na działalność oblicza się na podstawie poniesionych kosztów kwalifikowalnych. Maksymalny poziom współfinansowania przez UE wynosi 60 %. Może on jednak wzrosnąć do 80 %, jeżeli wniosek spełnia kryteria wyjątkowej użyteczności określone w załączniku VII. Załącznik III zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikowalności, wyboru i przyznawania dotacji na działalność. Załącznik VI zawiera kryteria dotyczące braku konfliktu interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju interesów.

Dotacje na działalność mogą być przyznane na wznowienie dotacji na działalność przyznanych w ramach planu prac na 2012 r. Nowe dotacje na działalność mogą być przyznane organizacjom pozarządowym i specjalistycznym sieciom działającym w obszarach odpowiadających trzem celom programu działań w dziedzinie zdrowia. Prace prowadzone w ramach dotacji na działalność powinny przyczynić się do osiągnięcia priorytetowych celów Unii Europejskiej 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”⁽¹⁾. Do szczególnie istotnych kwestii należą: aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu, stabilne systemy opieki zdrowotnej, pracownicy służby zdrowia, zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwo pacjentów.

Orientacyjne ramy czasowe publikacji w Dzienniku Urzędowym zaproszenia do składania wniosków o dotacje na działalność to czwarty kwartał 2012 r.

3.3. Dotacje na wspólne działania

Wspólne działania umożliwiają właściwym organom państw członkowskich lub pozostałych państw uczestniczących w programie, a także Komisji Europejskiej, kontynuację prac nad wspólnie zidentyfikowanymi problemami. W danym wspólnym działaniu mogą brać udział organy publiczne lub organizacje pozarządowe z siedzibą w państwie członkowskim lub w innym państwie uczestniczącym we wspólnym działaniu. Muszą one jednak otrzymać w tym celu specjalne upoważnienie od władz państwa członkowskiego lub innego zainteresowanego państwa.

Dotacje na wspólne działania oblicza się na podstawie poniesionych kosztów kwalifikowalnych. Maksymalny poziom współfinansowania przez UE wynosi 50 %. Może on jednak wzrosnąć do 70 % w przypadkach wyjątkowej użyteczności (zob. załącznik VII). Współfinansowanie w wysokości 70 % w sytuacjach wyjątkowej użyteczności przewiduje się w odniesieniu do wspólnego działania „Ułatwianie współpracy między państwami członkowskimi na rzecz skutecznego działania systemu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii w UE” (pkt 4.1.5.2 poniżej) ze względu na jego wkład w skuteczne wdrażanie przepisów UE w tej dziedzinie. W pozostałych przypadkach będą miały zastosowanie kryteria wyjątkowej użyteczności określone w załączniku VII. Załącznik IV zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikowalności, wyboru i przyznawania finansowania na wspólne działania. Załącznik VI zawiera kryteria dotyczące braku konfliktu interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju interesów.

Państwa członkowskie lub inne państwa uczestniczące w programie, które mają zamiar uczestniczyć w co najmniej jednym wspólnym działaniu, muszą zadeklarować ten zamiar Komisji przed upływem terminu składania wniosków. Z wyjątkiem organizacji pozarządowych działających na poziomie UE o uczestnictwo we wspólnych działaniach ubiegać się mogą tylko organizacje z siedzibą w państwach członkowskich lub w pozostałych państwach uczestniczących w programie, które zadeklarowały ten zamiar.

Orientacyjne ramy czasowe publikacji w Dzienniku Urzędowym zaproszenia do składania wniosków dotyczących wspólnych działań to czwarty kwartał 2012 r.

3.4. Dotacje na konferencje

Ze względów administracyjnych konferencje kwalifikujące się do współfinansowania, z wyjątkiem konferencji organizowanych przez prezydencję, muszą odbyć się w 2014 r.

3.4.1. 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 przyznaniu 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 Unii Europejskiej. Zważywszy na wyjątkową rolę prezydencji w ramach działań UE, państwo członkowskie odpowiedzialne za organizację takiego wydarzenia uważa się za mające monopol z mocy prawa.

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF>

Każda z dwóch konferencji organizowanych przez prezydencję Unii Europejskiej może otrzymać do 100 000 EUR. Maksymalny poziom współfinansowania przez UE wynosi 50 % poniesionych kosztów kwalifikowalnych.

Prezydencja musi przedłożyć Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów wnioszek o dotację na daną konferencję za pośrednictwem stałego przedstawicielstwa, korzystając z formularza udostępnionego przez Agencję. Należy to uczynić na co najmniej cztery miesiące przed danym wydarzeniem.

Konferencje organizowane przez prezydencję, które mają zostać sfinansowane w ramach niniejszego planu prac, to konferencja dotycząca e-zdrowia, zaplanowana na maj 2013 r. w ramach prezydencji irlandzkiej, oraz konferencja „Zdrowie psychiczne: wyzwania i możliwości”, zaplanowana na październik 2013 r. w ramach prezydencji litewskiej.

3.4.2. Pozostałe konferencje

Dotacje na konferencje mogą być przyznawane na organizację konferencji związanych z trzema celami programu działań w dziedzinie zdrowia. Aby uzyskać dofinansowanie, konferencje powinny przyczynić się do realizacji priorytetów Unii Europejskiej 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”. Do szczególnie istotnych kwestii należą: aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu, stabilne systemy opieki zdrowotnej, pracownicy służby zdrowia, zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwo pacjentów.

Konferencje muszą mieć wymiar ogólnoeuropejski. Muszą być zorganizowane przez organ publiczny lub organizację nienastawioną na zysk z siedzibą w państwie uczestniczącym w programie, a taki organ lub organizacja musi posiadać odpowiednie doświadczenie w zakresie współpracy na poziomie UE. Na organizację konferencji można otrzymać do 100 000 EUR (maksymalnie 50 % całkowitego budżetu). Załącznik V zawiera kryteria wykluczenia, kwalifikowalności, wyboru i przyznawania finansowania na konferencje inne niż konferencje organizowane przez prezydencję.

Orientacyjne ramy czasowe publikacji w Dzienniku Urzędowym zaproszenia do składania wniosków dotyczących konferencji to czwarty kwartał 2012 r.

3.5. Umowy z organizacjami międzynarodowymi o udzieleniu dotacji bezpośrednich

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 prac. Organizacje międzynarodowe i ich biura krajowe lub regionalne nie kwalifikują się do finansowania jako beneficjenci główni lub współbeneficjenci w ramach zaproszeń do składania wniosków. Maksymalny poziom współfinansowania przez UE wynosi 60 % faktycznie poniesionych kosztów kwalifikowalnych. Zgodnie z motywem 33 decyzji programowej działania, w których udział biorą państwa trzecie nieuczestniczące w programie, 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, należycie uzasadnionych przypadkach, jeżeli przyczynia się to bezpośrednio do realizacji celów programu.

Finansowanie za pomocą dotacji bezpośrednich zostanie przyznane wymienionym poniżej organizacjom międzynarodowym ze względu na ich szczególne kompetencje i wysoki stopień specjalizacji w obszarach objętych dotacjami bezpośrednimi, określonych w pkt 4.1, 4.2 i 4.3:

— Rada Europy (RE)

Rada Europy dysponuje specjalistyczną wiedzą z zakresu harmonizacji i koordynacji normalizacji, regulacji i kontroli jakości w dziedzinie leków, transfuzji krwi, przeszczepiania narządów, produktów farmaceutycznych i opieki farmaceutycznej.

— Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)

OECD promuje politykę zwiększania dobrobytu gospodarczego i społecznego ludności. Organizacja ta pracuje nad poprawą wskaźników zdrowotnych i danych dotyczących zdrowia oraz analizą organizacji i działania systemów opieki zdrowotnej, włącznie z kwestiami dotyczącymi pracowników służby zdrowia.

— Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)

WHO działa w ramach ONZ jako władza kierownicza i koordynująca w zakresie zdrowia. Należy do niej kierownictwo w kwestiach zdrowotnych o wymiarze światowym, kształtowanie programu badań w dziedzinie zdrowia, ustalanie norm i standardów, formułowanie wariantów strategicznych w oparciu o dowody naukowe, udzielanie państwom wsparcia technicznego oraz monitorowanie i ocena tendencji zdrowotnych.

3.6. Udzielanie zamówień

Zamówienia obejmują między innymi ocenę i monitorowanie działań i polityki; badania; zapewnianie doradztwa, danych i informacji w zakresie zdrowia; wsparcie naukowe i techniczne; działania w zakresie komunikacji, zwiększania świadomości i rozpowszechniania wyników oraz zastosowania technologii informacyjnej w ramach wspierania prowadzonej polityki. Oczekuje się, że zaproszenia do składania ofert zostaną opublikowane w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej* w pierwszym półroczu 2013 r. Stosowane będą umowy ramowe i nowe zamówienia na usługi.

3.7. Inne działania

Inne działania obejmują składki członkowskie płacone przez UE na rzecz organizacji, których UE jest członkiem, w rozumieniu art. 108 ust. 2 lit. d) rozporządzenia finansowego, umowy administracyjne ze Wspólnym Centrum Badawczym (JRC), subdelegację na rzecz Eurostatu, inspekcje systemowe w zakresie produktów leczniczych i wynagrodzenia specjalne wypłacane ekspertom za uczestnictwo w posiedzeniach i za pracę nad opiniami naukowymi oraz doradztwo w zakresie systemów opieki zdrowotnej.

3.8. Płatność UE na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu

Unia Europejska jest pełnoprawną stroną Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu. Wpłata składki UE za rok 2013 na rzecz Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu zostanie dokonana w ramach pozycji w budżecie 17 03 05 – Umowy międzynarodowe i członkostwo w organizacjach międzynarodowych zajmujących się zagadnieniami zdrowia publicznego i ograniczania palenia tytoniu, a nie z programu. Kwota tej płatności opiera się na decyzji w sprawie planu prac i budżetu na okres finansowy 2012–2013 przyjętej podczas czwartej konferencji stron konwencji w listopadzie 2010 r. (FCTC/COP/4/20).

Składka UE za 2013 r. ustalona jest na 145 225 USD. W celu uwzględnienia wahań kursów wymiany walut maksymalna kwota ustalona na 2013 r. wynosi 192 000 EUR. Sekretariat Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu będzie zarządzał środkami finansowymi zgodnie z przepisami finansowymi WHO.

4. PRIORYTETY NA 2013 R.

Zdrowie ludzi jest podstawowym atutem społeczeństwa i gospodarki. Zdrowe społeczeństwo odegra ważną rolę w osiągnięciu celów strategii „Europa 2020” na rzecz inteligentnego, trwałego wzrostu gospodarczego sprzyjającego włączeniu społecznemu. Obecny kryzys gospodarczy i finansowy uwydatnia potrzebę skutecznego inwestowania w zdrowie w celu świadczenia lepszych usług w ramach zrównoważonych budżetów przeznaczonych na opiekę zdrowotną. W niniejszym planie prac wspiera się działania na rzecz stworzenia nowoczesnych, elastycznych, obejmujących całe społeczeństwo i oszczędnych systemów opieki zdrowotnej, które byłyby jednocześnie stabilne. Badane będą skuteczne sposoby inwestowania w zdrowie, aby zapewnić państwom członkowskim doradztwo i informacje w celu wsparcia ich starań na rzecz wypracowania i utrzymania efektywnych i stabilnych systemów opieki zdrowotnej.

Lepsze warunki życia oraz postępy w medycynie i opiece zdrowotnej sprawiają, że ludzie żyją dłużej. Prowadzi to do zwiększonego zapotrzebowania na opiekę zdrowotną. W niniejszym planie prac wspiera się działania przyczyniające się do osiągnięcia celów „pilotażowego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu” w ramach inicjatywy przewodniej „Unia innowacji”⁽¹⁾. Szczególny nacisk kładzie się na współistnienie wielu chorób, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i zapobieganie upadkom. W planie prac zajęto się również rosnącym obciążeniem powodowanym przez stany chroniczne i choroby przewlekłe – ma temu służyć wsparcie działań na rzecz usprawnienia wymiany najlepszych praktyk, wyciągnięcie wniosków ze studium przypadku, którego przedmiotem była cukrzyca, oraz skupienie się na złożonej kwestii współistnienia wielu chorób. Wspierane będą również dodatkowe szczególne działania na rzecz promocji zdrowia wśród osób starszych.

Ze względu na rosnące obawy dotyczące niedoboru wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia oraz z uwagi na zmiany demograficzne powodujące wzrost zapotrzebowania na świadczenia, państwa członkowskie UE muszą znaleźć sposoby zapewnienia stabilności personelu służby zdrowia. W ramach niniejszego planu prac wspierane będą działania na rzecz znalezienia skutecznych rozwiązań tego problemu. Działania takie sprzyjają celom programu na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia⁽²⁾ i skierowane są zwłaszcza na wyposażenie obywateli w odpowiednie umiejętności umożliwiające znalezienie zatrudnienia.

Bezpieczne i wolne od zagrożeń społeczeństwo to nieodzowny warunek dobrobytu obywateli i wzrostu gospodarczego. Minione wydarzenia, takie jak wystąpienie ognisk zakażeń bakterią *E. coli* i problem z silikonowymi implantami piersi PIP, jasno wykazały dodatkowe korzyści, jakie daje skuteczne działanie na poziomie UE. W ramach niniejszego planu prac rozwija się współpracę mającą na celu zwiększenie zdolności reagowania i gotowości w odniesieniu do *transgranicznych zagrożeń zdrowotnych* oraz opracowanie i wdrożenie przepisów dotyczących bezpieczeństwa i jakości *narządów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i produktów krwiopochodnych, produktów farmaceutycznych i wyrobów medycznych*. Ostatecznym celem jest zdobycie i utrzymanie zaufania obywateli UE do skutecznych działań w tych obszarach na poziomie UE. Prowadzone będą również działania uzupełniające w stosunku do przepisów wykonawczych w dziedzinie *transgranicznej opieki zdrowotnej*.

Działania związane z nierównościami przyczyniają się do osiągnięcia celu Europejskiej platformy współpracy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym⁽³⁾, jakim jest ograniczenie liczby osób dotkniętych ubóstwem i wykluczeniem społecznym o co najmniej 20 milionów do 2020 r. Działania te mają ułatwić słabszym grupom społecznym dostęp do opieki zdrowotnej i wspierać ich włączenie społeczne.

Wspieranych będzie wreszcie szereg działań służących realizacji trzeciego celu programu, jakim jest „generowanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia”. Przewiduje się szereg działań polegających na gromadzeniu danych i informacji, dostarczaniu dowodów naukowych oraz przekazywaniu obywatelom, zainteresowanym stronom i decydom informacji pomocnych przy podejmowaniu decyzji dotyczących wielu kwestii mających wpływ na zdrowie osobiste i zbiorowe.

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0546:FIN:PL:PDF>

⁽²⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0682:FIN:PL:PDF>

⁽³⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0758:FIN:PL:PDF>

Celem wszystkich działań, które mają być finansowane w ramach niniejszego planu prac, jest uzyskanie dodatkowych korzyści na poziomie europejskim poprzez wspieranie wysiłków państw członkowskich w tych obszarach, w których działania krajowe nie są możliwe bądź nie są skuteczne. Pożądane dodatkowe korzyści mają charakter zarówno gospodarczy, w postaci niższych kosztów opieki zdrowotnej dzięki skuteczniejszym inwestycjom w zdrowie, oraz niegospodarczy, wiążący się z lepszym stanem zdrowia obywateli.

Program działań w dziedzinie zdrowia ma na celu pobudzenie synergii z innymi programami UE mającymi wpływ na kwestie zdrowia, zwłaszcza z siódmym programem ramowym w zakresie badań, w ramach jego tematu dotyczącego zdrowia. W ramach działań finansowanych na podstawie niniejszego planu prac powinno się czerpać z trwających lub finansowanych w przeszłości projektów badawczo-innowacyjnych, działać na rzecz ich wdrożenia w praktyce klinicznej i wykorzystywać ich wyniki, unikając powielania działań. Regularnie aktualizowany wykaz trwających projektów badawczo-innowacyjnych można znaleźć na stronie internetowej dotyczącej badań w dziedzinie zdrowia pod adresem: http://ec.europa.eu/research/health/index_en.html

W ramach wszelkich działań finansowanych z programu działań w dziedzinie zdrowia należy przestrzegać praw i zasad określonych w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej.

4.1. Działania w ramach pierwszego celu „Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli”

4.1.1. *Opracowanie strategii i mechanizmów zapobiegania zagrożeniom zdrowia oraz strategii i mechanizmów wymiany informacji i reagowania na zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi (pkt 1.1.1 załącznika do decyzji programowej)*

4.1.1.1. *Poprawa dostępu do wczesnej diagnostyki HIV/AIDS oraz prowadzone w odpowiednim czasie leczenie i opieka w odniesieniu do najbardziej zagrożonych grup i w regionach priorytetowych*

Celem tego działania jest poprawa wczesnej diagnostyki HIV/AIDS oraz zapewnienie w odpowiednim czasie leczenia i opieki zagrożonym grupom i w regionach priorytetowych. Wysoka częstość występowania HIV/AIDS w grupach najbardziej narażonych na zakażenie stanowi poważny problem z punktu widzenia zdrowia publicznego i z perspektywy społecznej. Dotarcie do tych grup z odpowiednią profilaktyką, diagnostyką i leczeniem ma duże znaczenie dla ograniczenia przenoszenia HIV/AIDS.

W ramach tego działania opracowane zostaną strategie mające na celu poprawę wczesnej diagnostyki i stworzenie narzędzi umożliwiających leczenie w odpowiednim czasie, ukierunkowane na priorytetowe grupy i regiony. Poszukiwane będą najlepsze sposoby dotarcia do osób potrzebujących badań i leczenia. We współpracy z pracownikami służby zdrowia, nosicielami wirusa HIV i osobami chorymi na AIDS oraz podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne i socjalne będą również propagowane, rozpowszechniane i wprowadzane wytyczne i podręczniki dotyczące dobrej praktyki. Działanie to przyczyni się do zwiększonego wykorzystania dostępnych opcji w zakresie profilaktyki, leczenia i opieki. Wspiera ono realizację celów komunikatu Komisji COM(2009) 569 final z dnia 26 października 2009 r. „Zwalczanie HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich w latach 2009–2013”⁽¹⁾, w którym szczególnie uwagę poświęca się grupom najbardziej narażonym na zakażenie i regionom priorytetowym.

[Dotacje na projekty] Orientacyjna kwota: 1 500 000 EUR

4.1.2. *Rozwijanie zdolności zarządzania ryzykiem i opracowanie odpowiednich procedur, zwiększenie gotowości i usprawnienie planowania w sytuacjach kryzysowych w dziedzinie zdrowia (pkt 1.1.3 załącznika do decyzji programowej)*

4.1.2.1. *Gotowość i planowanie w zakresie sytuacji kryzysowych w dziedzinie zdrowia publicznego*

Celem tego działania jest ocena gotowości państw członkowskich do reagowania na sytuacje kryzysowe w dziedzinie zdrowia publicznego. Działanie to jest konsekwencją wniosków wyciągniętych z wcześniejszych sytuacji kryzysowych w dziedzinie zdrowia, takich jak wystąpienie ognisk zakażeń bakterią *E. coli* w 2011 r. W wyniku tego działania przeprowadzone zostaną cztery badania: a) badanie na temat aktualnej sytuacji w odniesieniu do dostępności planów dotyczących ogólnej gotowości w państwach członkowskich, w tym analiza braków w obszarach nieobjętych planowaniem w zakresie gotowości oraz określenie rozbieżności między planami państw członkowskich, zwłaszcza dotyczących współpracy transgranicznej; b) badanie dotyczące koordynacji pomiędzy sektorami, koncentrujące się na określeniu, na poziomie europejskim, podstawowych sektorów innych niż zdrowotny, które muszą być gotowe na sytuacje kryzysowe, i ustalenie hierarchii priorytetowej tych sektorów; c) badanie analityczne mające na celu zwiększenie gotowości w obliczu ryzyka i konieczności komunikacji w sytuacjach kryzysowych oraz d) badanie odnoszące się do nowych zagrożeń zdrowotnych spowodowanych zwiększoną mobilnością w związku z globalizacją (turystyka, handel, podróże, natężenie ruchu) i globalnym ociepleniem. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 4.

[Umowa ramowa]

4.1.2.2. *Szkolenia i ćwiczenia w zakresie gotowości i reagowania*

Działanie to ma na celu poprawę i zwiększenie gotowości UE do reagowania na potencjalne zagrożenia. Minione wydarzenia pokazały, że istnieją luki w rozumieniu odpowiednich ustalonych ról, struktur i kompetencji. Istnieje zatem potrzeba zwiększenia wiedzy na temat zagrożeń transgranicznych i ich rozumienia oraz usprawnienia zarządzania reakcjami na tego typu zagrożenia dla zdrowia publicznego; należy przy tym określić braki w skutecznym zarządzaniu

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52009DC0569:PL:NOT>

sytuacjami kryzysowymi i przeszkody dla takiego zarządzania. Działanie to obejmuje dwa pakiety prac. Pierwszy odnosi się do ćwiczeń dla urzędników państw członkowskich w zakresie gotowości i reagowania na poważne transgraniczne zagrożenia zdrowotne. Ćwiczenia te będą dotyczyć obowiązków i ról różnych zainteresowanych stron w ramach istniejących struktur oraz ich współdziałania w zarządzaniu sytuacją kryzysową. Drugi pakiet prac odnosi się do szkoleń i stanowi kontynuację programu wymiany ekspertów i zainteresowanych stron z państw członkowskich w celu zwiększenia wiedzy na temat zarządzania kryzysowego poprzez wymianę najlepszych praktyk i doświadczeń. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 3.

[Umowa ramowa]

4.1.3. *Doradztwo naukowe i zarządzanie ryzykiem (pkt 1.2.1 załącznika do decyzji programowej)*

4.1.3.1. *Wsparcie naukowe i techniczne w zakresie funkcjonowania komitetów naukowych UE oraz komunikacji ryzyka, z uwzględnieniem wynagrodzeń specjalnych*

Celem tego działania jest zapewnienie Komisji niezależnego doradztwa wysokiej jakości dotyczącego zagrożeń zdrowotnych. Umożliwia ono nadanie solidnych podstaw naukowych polityce i środkom UE zgodnie z zasadami lepszego stanowienia prawa. Wspomniane doradztwo zapewniają komitety naukowe zgodnie z decyzją Komisji 2008/721/WE z dnia 5 sierpnia 2008 r. w sprawie utworzenia struktury doradczej komitetów naukowych i ekspertów w dziedzinie bezpieczeństwa konsumentów, zdrowia publicznego i środowiska oraz uchylającą decyzję 2004/210/WE⁽¹⁾. Działanie to przyczynia się do zwiększenia roli nauki w debacie orientacyjnej UE i wspomaga informowanie obywateli o różnych rodzajach ryzyka. Umożliwia ono także zarówno zainteresowanym stronom, jak i obywatelom lepsze zrozumienie polityki UE. Na działanie, o którym mowa, składają się dwa elementy: a) wynagrodzenia specjalne wypłacane ekspertom za opracowywanie opinii naukowych oraz b) wsparcie naukowe i techniczne w zakresie funkcjonowania komitetów naukowych oraz komunikacji ryzyka.

Eksperci otrzymują wynagrodzenia specjalne za opracowywanie opinii naukowych, jak przewidziano w decyzji 2008/721/WE.

[Inne działania] Orientacyjna kwota: 270 000 EUR

Wsparcie naukowe i techniczne w zakresie funkcjonowania komitetów naukowych oraz komunikacji ryzyka obejmuje: a) wyszukiwanie, analizę i syntezę literatury naukowej; b) przygotowywanie uproszczonych wersji opinii naukowych dla laików; c) przygotowywanie streszczeń; d) wyszukiwanie danych; e) sporządzanie bibliografii tematów poruszanych przez komitety oraz f) weryfikację tekstów. Wsparcie to jest niezbędne, ponieważ członkowie komitetów nie korzystają z żadnego wsparcia ze strony swoich organizacji. Działanie to obejmuje również organizację posiedzeń naukowych, posiedzeń roboczych oraz warsztatów tematycznych. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 20.

[Umowa ramowa]

4.1.4. *Bezpieczeństwo i jakość narządów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i produktów krwiopochodnych (pkt 1.2.2 załącznika do decyzji programowej)*

4.1.4.1. *Dobre praktyki w zakresie dawstwa, pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek rozrodczych do celów technik wspomaganego rozrodu oraz krwiotwórczych komórek macierzystych do celów przeszczepiania*

To wspólne działanie ma na celu opracowanie i propagowanie dobrych praktyk w zakresie dawstwa, pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek rozrodczych do celów technik wspomaganego rozrodu oraz krwiotwórczych komórek macierzystych do celów przeszczepiania. Działanie to obejmuje dwa główne pakiety prac. W ramach pierwszego z nich opracowane zostaną wytyczne, których celem jest przekazanie wiedzy i wskazówek podmiotom działającym w dziedzinie dawstwa, pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek rozrodczych do celów technik wspomaganego rozrodu. Celem jest zapewnienie bezpieczeństwa i jakości różnych procedur w placówkach zajmujących się technikami wspomaganego rozrodu. W ramach drugiego pakietu prac opracowane zostaną wytyczne, których celem jest przekazanie wiedzy i wskazówek podmiotom działającym w dziedzinie dawstwa, pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwiotwórczych komórek macierzystych do celów przeszczepiania. Celem jest zapewnienie bezpieczeństwa i jakości różnych procedur w rejestrach szpiku kostnego i bankach krwi pępowinowej. Prace uzupełniające obejmują utworzenie sieci wyspecjalizowanych inspektorów i organów w każdej dziedzinie oraz zapewnienie szkoleń na temat dobrych praktyk dla organów i podmiotów działających w danej dziedzinie. Działania te przyczynią się do spełnienia wymagań dotyczących bezpieczeństwa i jakości, określonych w dyrektywie 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⁽²⁾ i jej przepisach wykonawczych.

[Wspólne działanie] Orientacyjna kwota: 1 000 000 EUR

⁽¹⁾ Dz.U. L 241 z 10.9.2008, s. 21.

⁽²⁾ Dz.U. L 102 z 7.4.2004, s. 48.

4.1.4.2. Włączenie przepisów UE w sprawie substancji pochodzenia ludzkiego oraz wyników działań finansowanych w tej dziedzinie do poradników eksperckich Rady Europy

Działanie to ma na celu pomoc w opracowaniu poradników Rady Europy na temat bezpieczeństwa i jakości substancji pochodzenia ludzkiego oraz zagwarantowanie, by uwzględniały one w pełni przepisy UE i finansowane przez UE działania w tej dziedzinie. Poradniki te stanowią główne źródło odniesienia dla fachowców i organów działających w dziedzinie tkanek i komórek, krwi oraz narządów. Obecnie przygotowywane jest 17. wydanie wytycznych dotyczących krwi oraz 5. wydanie wytycznych dotyczących narządów. Opracowany zostanie nowy zestaw wytycznych poświęconych tkankom i komórkom. Ze względu na swój zasięg i strukturę Rada Europy może istotnie przyczynić się do rozpowszechniania najlepszej praktyki i dotrzeć do różnych środowisk w UE, jak również w państwach, z których i do których państwa członkowskie UE regularnie dokonują przywozu i wywozu substancji pochodzenia ludzkiego. Działanie to przyczyni się do lepszej realizacji wymagań dotyczących bezpieczeństwa i jakości, określonych w dyrektywie 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiającej normy jakości i bezpiecznego pobierania, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniającej dyrektywę 2001/83/WE⁽¹⁾, dyrektywie 2004/23/WE i dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/53/UE z dnia 7 lipca 2010 r. w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia⁽²⁾.

[Dotacja bezpośrednia na rzecz Rady Europy] Orientacyjna kwota: 100 000 EUR

4.1.4.3. Dobre praktyki w dziedzinie przetaczania krwi

Celem tego działania jest zapewnienie efektywnego wykorzystania krwi i składników krwi oraz pomoc szpitalom w osiągnięciu samowystarczalności w tym zakresie poprzez wdrożenie najlepszych praktyk. W ramach tego działania: a) opracowany zostanie poradnik na temat kryteriów, parametrów i materiałów dotyczący wdrażania najlepszych praktyk i oceny procesu; b) powstanie portal internetowy stanowiący forum wymiany najlepszych praktyk, wyników krajowych i konsultacji; c) utworzona zostanie sieć szpitali referencyjnych w UE w zakresie efektywnego zarządzania przetaczaniem krwi oraz d) opracowany zostanie program szkoleń dla instruktorów. Działanie to pomoże państwu członkowskim spełnić wymagania dyrektywy 2002/98/WE. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Zaproszenie do składania ofert]

4.1.5. Promowanie środków na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta przez wysoką jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej (pkt 1.2.3 załącznika do decyzji programowej)

4.1.5.1. Poradnik systematyczny dotyczący bezpieczeństwa pacjenta

Celem tego działania jest opracowanie podstawowego zestawu instrumentów służących zgłaszaniu w UE incydentów w zakresie bezpieczeństwa pacjenta, w tym wspólnego zbioru terminów (systematyki) dotyczących najczęstszych rodzajów zdarzeń niepożądanych, które są monitorowane w ramach europejskich systemów zgłaszania i uczenia się. Obejmie ono również zalecenia dotyczące minimalnej struktury systemów zgłaszania dostosowanej do potrzeb europejskich szpitali i instytucji zajmujących się bezpieczeństwem pacjenta. Zdolność do systematycznej i spójnej we wszystkich państwach członkowskich UE oceny zdarzeń niepożądanych ma podstawowe znaczenie dla gromadzenia porównywalnych danych i wymiany najlepszych praktyk.

WHO uważana jest za najodpowiedniejszą instytucję, która mogłaby przeprowadzić to działanie, ponieważ dysponuje rozległą wiedzą fachową z tej dziedziny. W ramach programu bezpieczeństwa pacjenta WHO opracowano w 2009 r. ramy międzynarodowej klasyfikacji dotyczącej bezpieczeństwa pacjenta (ICPS); program ten umożliwi także wykorzystanie jego międzynarodowej grupy ekspertów oraz ogólnosiwiatowej wspólnoty praktyków w zakresie systemów zgłaszania i uczenia się. Należy również uwzględnić prace prowadzone w ramach innych ważnych inicjatyw międzynarodowych.

Działanie to przyczynia się do wdrożenia dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁽³⁾. W dyrektywie tej propaguje się współpracę i wymianę najlepszych praktyk w zakresie bezpieczeństwa pacjenta między państwami członkowskimi, a wspólna terminologia dotycząca bezpieczeństwa pacjenta stanowi w tym względzie nieodzowny warunek. Działanie to jest również odpowiedzią na zalecenie Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2009/C 151/01)⁽⁴⁾, w którym wzywa się państwa członkowskie i Komisję Europejską do opracowania wspólnych definicji i terminologii, z uwzględnieniem międzynarodowej działalności normalizacyjnej, takiej jak międzynarodowa klasyfikacja dotycząca bezpieczeństwa pacjenta wprowadzona przez WHO.

[Dotacja bezpośrednia na rzecz WHO] Orientacyjna kwota: 200 000 EUR

4.1.5.2. Ułatwianie współpracy państw członkowskich na rzecz skutecznego działania systemu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii w UE

To działanie ma na celu wsparcie państw członkowskich w dążeniu do optymalnej organizacji i działania systemu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii w UE i w spełnianiu wymagań określonych w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/84/UE z dnia 15 grudnia 2010 r. zmieniającej – w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii – dyrektywę 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych

⁽¹⁾ Dz.U. L 33 z 8.2.2003, s. 30.

⁽²⁾ Dz.U. L 207 z 6.8.2010, s. 14.

⁽³⁾ Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45.

⁽⁴⁾ Dz.U. C 151 z 3.7.2009, s. 1.

stosowanych u ludzi⁽¹⁾. W ramach tego działania państwa członkowskie uzyskają wsparcie w poszukiwaniu sposobów organizacji krajowych systemów nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii i zarządzania nimi zgodnie z przepisami UE w tym zakresie, z położeniem nacisku na: a) wymianę najlepszych praktyk stosowanych w państwach członkowskich do celów prowadzenia skutecznego systemu gromadzenia informacji o podejrzewanych niepożądanych działaniach produktów leczniczych; b) alokację zasobów i niezbędnej wiedzy fachowej, w tym w dziedzinie komunikacji ryzyka; c) budowanie potencjału w zakresie oceny systemów jakości w celu kontroli działań z zakresu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii; d) opracowanie metodyki w celu ustalenia związku między sygnałami ze strony nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii a ewentualnymi błędami w stosowaniu leków, przedawkowaniem, niewłaściwym stosowaniem i nadużywaniem oraz działania następcze w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta oraz e) szkolenia dotyczące kontroli w ramach nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii oraz posługiwanie się pełnym opisem systemu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii, z naciskiem na efekty mnożnikowe, na przykład szkolenie instruktorów.

[Wspólne działanie] Orientacyjna kwota: 3 300 000 EUR

4.1.5.3. Kontrole systemowe w państwach dokonujących wywozu do UE substancji czynnych używanych w produktach leczniczych stosowanych u ludzi

Dyrektywą 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⁽²⁾ wprowadzono obowiązek zgodności z wymogami prawnymi regulującymi kwestie produktów leczniczych. Celem tego działania jest zapewnienie takiej zgodności dzięki kontrolom systemowym w państwach trzecich, które dokonują wywozu do UE substancji czynnych używanych w produktach leczniczych stosowanych u ludzi, oraz dzięki działaniom przygotowawczym w głównych państwach dokonujących wywozu. Działanie to pomoże zapewnić równowagę ram prawnych dotyczących wytwarzania farmaceutycznych składników czynnych, w tym systemów kontroli i egzekwowania, z odpowiednimi regulacjami unijnymi. Takie działania przygotowawcze i kontrole na miejscu w państwach trzecich będą organizowane we współpracy z państwami członkowskimi i Europejską Agencją Leków. Przyczyni się to do zapewnienia bezpieczeństwa i jakości produktów leczniczych. Ekspertom z państw członkowskich pokrywane będą koszty podróży i utrzymania związane z ich uczestnictwem w kontrolach systemowych.

[Inne działanie] Orientacyjna kwota: 300 000 EUR

4.1.5.4. Analiza zgłaszania incydentów

Działanie to ma na celu pomoc państwom członkowskim i UE w pogłębianiu wspólnej wiedzy dotyczącej jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta w całej UE. Analiza, która ma być przeprowadzona, skupiać się będzie na systemie nadzoru nad bezpieczeństwem wyrobów medycznych. Służy on jako przykład systemu, za pośrednictwem którego na poziomie krajowym zgłaszane są incydenty związane z bezpieczeństwem pacjenta i który mógłby umożliwić lepsze wykorzystanie na poziomie europejskim zgłoszeń krajowych. W ramach tego działania należy opracować zalecenia dotyczące mechanizmów skuteczniejszego wykrywania sygnałów, tendencji i zwiększonej częstotliwości incydentów. Takie mechanizmy mogłyby być stosowane w całym sektorze technologii medycznych.

[Umowa administracyjna ze Wspólnym Centrum Badawczym] Orientacyjna kwota: 260 000 EUR

4.2. Działania w ramach drugiego celu „Promocja zdrowia”

4.2.1. *Promowanie inicjatyw mających na celu wydłużenie lat zdrowego życia i promowanie zdrowego starzenia się (pkt 2.1.1 załącznika do decyzji programowej)*

4.2.1.1. *Przeciwdziałanie chorobom przewlekłym i propagowanie zdrowego starzenia się w całym cyklu życia*

Działanie to jest reakcją na wyzwanie, jakim jest rosnące obciążenie wywierane przez stany chroniczne i choroby przewlekłe na systemy opieki zdrowotnej i obywateli, ze szczególnym naciskiem na kwestię współistnienia wielu chorób. Stanowi ono również odpowiedź na priorytety Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu, konkluzje Rady z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie aktywności osób starszych⁽³⁾, konkluzje Rady z dnia 7 grudnia 2010 r. „Innowacyjne podejścia do chorób przewlekłych w systemach zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej”⁽⁴⁾ oraz proces refleksji dotyczący chorób przewlekłych zainicjowany przez państwa członkowskie i Komisję. Na to działanie składają się wspólne działania i dotacje na projekty.

Wspólne działanie obejmuje trzy pakiety prac. W ramach pierwszego z nich opracowany zostanie system gromadzenia, zatwierdzania i rozpowszechniania dobrych praktyk ukierunkowany na profilaktykę stanów chronicznych i chorób przewlekłych w całym cyklu życia, z naciskiem na innowacyjne podejścia w zakresie przeciwdziałania głównym czynnikiem ryzyka. W ramach drugiego pakietu prac wykorzystana zostanie cukrzyca jako studium przypadku klasycznej choroby przewlekłej, a nacisk zostanie położony na przeszkody dla profilaktyki, badań przesiewowych i leczenia oraz na możliwe sposoby ulepszenia przez państwa członkowskie koordynacji i współpracy. Mogłyby to obejmować monitorowanie realizacji przez państwa członkowskie krajowych programów przeciwdziałania cukrzycy oraz wymianę dobrych praktyk w całej UE. Trzeci pakiet prac ma na celu opracowanie wspólnych wskazówek i metodyki dotyczących sposobów opieki nad pacjentami cierpiącymi na wiele chorób jednocześnie. Wskazówki muszą koncentrować się na wzorach innowacyjnych, opłacalnych i ukierunkowanych na pacjenta sposobów podejścia do pacjentów cierpiących na wiele chorób jednocześnie, obejmujących interwencje z zakresu profilaktyki wtórnej, wczesną diagnostykę i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych oraz schematów dawkowania leków związanych z polipragmatką. Pakiet ten obejmuje również wymianę najlepszych praktyk i potwierdzonych danych, które mogą być intensyfikowane i powielane.

⁽¹⁾ Dz.U. L 348 z 31.12.2010, s. 74.

⁽²⁾ Dz.U. L 311 z 28.11.2001, s. 67.

⁽³⁾ Dok. 9489/10.

⁽⁴⁾ http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lisa/118282.pdf

[Wspólne działanie] Orientacyjna kwota: 5 000 000 EUR

Dotacje na projekty, stanowiące wsparcie wspólnego działania, ukierunkowane będą na propagowanie zdrowego trybu życia w grupie osób w wieku powyżej 65 lat poprzez zapobieganie poszczególnym zagrożeniom. Niezdrowy tryb życia i izolacja społeczna są podstawowymi czynnikami ryzyka chorób przewlekłych i mają niekorzystny wpływ na zdrowie osób starszych. W ramach tego działania należy propagować ukierunkowane, innowacyjne i opłacalne sposoby podejścia do promocji zdrowia w starszych grupach wiekowych.

[Dotacje na projekty] Orientacyjna kwota: 1 000 000 EUR

4.2.1.2. Wspieranie priorytetów Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu

Dotacje na projekty, stanowiące wsparcie praktycznej realizacji innowacyjnych rozwiązań będących odpowiedzią na priorytety Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu, będą wspierać działania pilotażowe na poziomie lokalnym i regionalnym, a nacisk zostanie położony na radzenie sobie z problemem współistnienia wielu chorób wśród osób starszych poprzez zintegrowane sposoby opieki, jak również na lepsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych oraz zapobieganie upadkom i słabowitości. Te działania pilotażowe zgrupują prowadzone i planowane publicznie i prywatnie wybitne działania w celu stworzenia innowacyjnych, praktycznych, wykonalnych i wymiernych projektów skoncentrowanych wokół:

- 1) realizacji zintegrowanych lub skoordynowanych interwencji w celu wczesnej identyfikacji i diagnostyki fizycznej słabowitości u osób starszych, którą może poprzedzać jednoczesna zapadalność na wiele chorób, a po niej następować rozwój niepełnosprawności. Przeciwdziałanie słabowitości znacząco przyczyni się do rozwoju indywidualnej zintegrowanej opieki, ułatwi koordynację działań pracowników medycznych i ograniczy zbędne wykorzystywanie zasobów służby zdrowia;
- 2) realizacji interwencji mających zaradzić problemom związanym z polipragmazją – braku właściwych wskazań, nieodpowiedniemu dawkowaniu i podklinicznej toksyczności leków. W ramach obecnych strategii używa się narzędzi przesiewowych, lecz interwencje z udziałem różnych pracowników służby zdrowia i z wykorzystaniem różnych schematów opieki dzięki monitorowaniu elektronicznemu również mogłyby być przydatne.

[Dotacje na projekty] Orientacyjna kwota: 6 000 000 EUR

4.2.2. Wspieranie inicjatyw mających na celu znalezienie przyczyn, rozwiązanie i ograniczenie nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich i między nimi; promowanie inwestycji w dziedzinie zdrowia we współpracy z innymi dziedzinami polityki wspólnotowej i funduszami; wspieranie współpracy w kwestiach transgranicznej opieki zdrowotnej oraz mobilności pacjentów i pracowników służby zdrowia (pkt 2.1.2 załącznika do decyzji programowej)

4.2.2.1. Pakiety szkoleniowe dla pracowników służby zdrowia w celu ułatwienia migrantom i mniejszościom etnicznym dostępu do świadczeń zdrowotnych i podniesienia jakości tych świadczeń

Działanie to ma na celu ułatwienie migrantom i mniejszościom etnicznym dostępu do świadczeń zdrowotnych i podniesienie jakości tych świadczeń dzięki ulepszonym szkoleniom dla pracowników służby zdrowia. W ramach tego działania opracowywane będą pakiety szkoleniowe i szkolenia pilotażowe oraz rozpowszechniane będą dobre praktyki. Skierowane jest ono do organów krajowych, podmiotów oferujących świadczenia zdrowotne i organizacji reprezentujących migrantów i mniejszości etniczne. W jego ramach przeprowadzony zostanie przegląd obecnych materiałów szkoleniowych, określone zostaną braki i potrzeby i stworzone zostaną podstawowe moduły odnoszące się do nowych materiałów szkoleniowych, które zostaną dostosowane do konkretnych uwarunkowań krajowych. W co najmniej pięciu państwach uczestniczących w programie prowadzone będą działania pilotażowe. Działanie to przyczynia się do wykonania komunikatu Komisji COM(2009) 567 final z dnia 20 października 2009 r. „Solidarność w zdrowiu – Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”⁽¹⁾, w którym wzywa się do działania na poziomie UE i opracowania profesjonalnych narzędzi szkoleniowych w celu przeciwdziałania nierównościom zdrowotnym przy pomocy programu działań w dziedzinie zdrowia, EFS i innych mechanizmów. Stanowi ono również odpowiedź na priorytet strategii „UE 2020”, jakim jest ograniczenie nierówności zdrowotnych w celu wspierania wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Zaproszenie do składania ofert]

4.2.2.2. Działanie wspierające w zakresie efektywnego wykorzystania Funduszu Spójności i funduszy strukturalnych do celów inwestycji zdrowotnych

Działanie to ma na celu propagowanie skutecznego zdobywania i efektywnego wykorzystywania środków finansowych na kwestie zdrowotne przez państwa członkowskie i regiony w ramach programowania funduszy strukturalnych w okresie 2014–2020, w celu poprawy efektywności, jakości i stabilności systemów opieki zdrowotnej. Stanowi ono odpowiedź na konkluzje Rady „Ku nowoczesnym, elastycznym i stabilnym systemom opieki zdrowotnej” (2011/C 202/04) z dnia 6 czerwca 2011 r.⁽²⁾ i stanowi kontynuację prac podgrupy ds. efektywnego wykorzystania funduszy strukturalnych działającej w ramach procesu refleksji nt. systemów opieki zdrowotnej. Celem tego działania jest rozwój wiedzy o korzystaniu z funduszy strukturalnych na rzecz zdrowia w nowym okresie programowania, rozpowszechnianie tej wiedzy i rozwój wiedzy fachowej na temat funduszy strukturalnych, w szczególności w ministerstwach zdrowia i innych odpowiednich organach zajmujących się kwestiami zdrowotnymi. Spodziewane wyniki tego działania to: a) analiza wykorzystania funduszy strukturalnych w dziedzinie zdrowia; b) zestawienie skutecznych praktyk oraz c) zestaw instrumentów na rzecz realizacji trwałych i efektywnych inwestycji w dziedzinie zdrowia, w tym w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki chorób, z użyciem funduszy strukturalnych, służący podmiotom działającym w sektorze zdrowia i sektorach mających wpływ na dziedzinę zdrowia na poziomie krajowym i regionalnym. Planowany czas trwania tego działania wynosi 18 miesięcy.

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0567:FIN:PL:PDF>

⁽²⁾ Dz.U. C 202 z 8.7.2011, s. 10.

[Umowa ramowa/zaproszenie do składania ofert]

4.2.2.3. Informacje dla obywateli i zainteresowanych stron na temat transpozycji dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej

Celem tego działania jest poinformowanie obywateli o ich prawach związanych z transgraniczną opieką zdrowotną. Działanie to dotyczy zarówno praw obywateli, jak i działań państw członkowskich mających na celu zapewnienie możliwości korzystania przez pacjentów z ich praw, a mianowicie ustanowienia przejrzystych procedur zwrotu kosztów, jasnego określenia uprawnień do opieki zdrowotnej, procedur udzielania zgody, dostarczania informacji na temat systemów opieki zdrowotnej i poszczególnych świadczeniodawców oraz utworzenia krajowych punktów kontaktowych. Działania informacyjne i komunikacyjne, które powinny być skierowane do wszystkich państw członkowskich, obejmują wideoklipy elektroniczne i inne innowacyjne narzędzia, konferencje, materiały informacyjne w językach urzędowych UE, szczegółowy poradnik dotyczący przepisów w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej w UE oraz interaktywną obecność w Internecie w językach urzędowych. Działanie to przyczyni się do skutecznego wdrożenia dyrektywy 2011/24/UE.

[Umowa ramowa/zaproszenie do składania ofert]

4.2.2.4. Ocena technologii medycznych: działania pilotażowe w ramach wczesnego dialogu dotyczące produktów farmaceutycznych i wyrobów medycznych

Dyrektywa 2011/24/UE przewiduje utworzenie dobrowolnej sieci łączącej organy krajowe odpowiedzialne za ocenę technologii medycznych w celu wspierania i ułatwiania współpracy między państwami członkowskimi. To działanie stanowi wkład w taką współpracę dzięki prowadzeniu działań pilotażowych w ramach wczesnego dialogu dotyczących produktów farmaceutycznych i wyrobów medycznych. Mają one na celu ułatwienie dialogu między przemysłem a organami regulacyjnymi, licznymi organami zajmującymi się oceną technologii medycznych i płatnikami w trakcie opracowywania technologii medycznych. Celem jest zapewnienie przemysłowi przewidywalności biznesowej w odniesieniu do dostępu do rynku po dopuszczeniu do obrotu lub udzieleniu licencji CE, racjonalizacja wymagań dotyczących różnych podmiotów, komplementarność względem doradztwa naukowego świadczonego przez Europejską Agencję Leków oraz opracowanie wymagań dotyczących etapu po dopuszczeniu do obrotu oraz oznakowaniu CE. W ramach tego działania zamierza się przeprowadzić do 10 projektów pilotażowych w ramach wczesnego dialogu. Oprócz wkładu we wdrożenie dyrektywy 2011/24/UE niniejsze działanie stanowi odpowiedź na konkluzje Rady w sprawie innowacji w sektorze wyrobów medycznych (2011/C 202/03). Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Zaproszenie do składania ofert]

4.2.2.5. Przegląd ram prawnych dotyczących elektronicznej dokumentacji zdrowotnej w państwach członkowskich

Sieć e-Zdrowie pracuje nad wytycznymi dotyczącymi interoperacyjności w zakresie e-zdrowia, które stanowiłyby ramy na poziomie prawnym, organizacyjnym, semantycznym i technicznym. Celem tych prac jest ulepszenie i zapewnienie sprawnego funkcjonowania usług e-zdrowia na poziomie europejskim, obejmujących elektroniczną wymianę skróconych zbiorów danych pacjenta, e-recepty i e-identyfikację w zakresie zdrowia, co ma zapewnić obywatelom bezpieczeństwo i ciągłość transgranicznej opieki zdrowotnej. Doświadczenia wynikające z zakrojonego na szeroką skalę projektu „Inteligentne otwarte usługi dla europejskich pacjentów” (EPSOS) dotyczącego transgranicznych usług e-zdrowia pokazały, że jedną z podstawowych przeszkód dla stabilności pilotażowych usług e-zdrowia są problemy związane z interoperacyjnością prawną.

Oczekiwanym wynikiem tego działania jest opracowanie, w ramach którego zostaną szczegółowo zbadane i poddane przeglądowi ramy regulacyjne na poziomie krajowym w zakresie elektronicznej dokumentacji zdrowotnej (EHR) oraz przedstawione zostaną zalecenia mające ułatwić prace sieci e-Zdrowie nad interoperacyjnością e-zdrowia pod względem prawnym. Będzie się ono opierać na dostępnych dowodach, zgromadzonych głównie w trakcie projektów unijnych wspieranych przez Dyрекcję Generalną ds. Sieci Komunikacyjnych, Treści i Technologii oraz Dyрекcję Generalną ds. Zdrowia i Konsumentów. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Zaproszenie do składania ofert]

4.2.2.6. Nadanie pacjentom szerszych praw w zakresie zarządzania kwestiami chorób przewlekłych

Działanie to ma na celu wyjaśnienie pojęcia nadawania pacjentom szerszych praw oraz określenie związanych z nim zalet i przeszkód poprzez szczegółową analizę obecnych inicjatyw w zakresie samokontroli chorób przewlekłych. Nadawanie pacjentom szerszych praw jest podstawową wartością nowoczesnych systemów opieki zdrowotnej skierowanych na pacjenta, za czym opowiedziała się Rada w swych konkluzjach w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej (2006/C 146/01) ⁽¹⁾. Pojęcie to nie jest jednak jasne i często nadawanie pacjentom takich praw postrzegane jest jedynie jako stosowanie narzędzi e-zdrowia. Istnieją także obawy, że pacjent dysponujący szerokimi prawami może stanowić większe obciążenie finansowe dla systemów opieki zdrowotnej. Spodziewane wyniki tego działania to: a) katalog skutecznych strategii i działań na rzecz nadania pacjentom szerszych praw; b) określenie przeszkód dla nadania pacjentom szerszych praw i zalet tego rozwiązania; c) metoda potwierdzania możliwości przenoszenia dobrych praktyk w zakresie nadawania pacjentom szerszych praw oraz d) scenariusze współpracy unijnej w zakresie nadawania pacjentom szerszych praw. Orientacyjne ramy czasowe na przedstawienie opracowania będącego wynikiem

⁽¹⁾ Dz.U. C 146 z 22.6.2006, s. 1.

tego działania to połowa 2014 r. Wyniki będą stanowić wkład w proces refleksji nad chorobami przewlekłymi w oparciu o konkluzje Rady w sprawie innowacyjnych podejść do chorób przewlekłych w systemach zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej, aby ułatwić świadczenie stabilnej opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Zaproszenie do składania ofert]

4.2.2.7. Pilotażowe sieci współpracy w ramach dyrektywy 2011/24/UE

Działanie to ma na celu utworzenie drogi europejskim sieciom referencyjnym przewidzianym w dyrektywie 2011/24/UE. Europejskie sieci referencyjne połączą świadczeniodawców opieki zdrowotnej z ośrodkami eksperckimi w państwach członkowskich. Celem jest ułatwienie dostępu do diagnostyki i zapewnienie opieki zdrowotnej wysokiej jakości pacjentom ze stanami wymagającymi szczególnej koncentracji zasobów lub wiedzy eksperckiej, zwłaszcza w sytuacjach gdy wiedza taka jest trudno dostępna, a dany przypadek rzadki. Działanie to ma na celu ustanowienie dwóch sieci pilotażowych, jednej obejmującej ośrodki onkologii pediatricznej, a drugiej – wyspecjalizowane ośrodki neurologii, neurofizjologii klinicznej i neurochirurgii. Prace w ramach obu sieci powinny obejmować konkretne cele i propozycje dotyczące koncentracji rzadkich lub bardzo złożonych procedur diagnostycznych i leczniczych w ramach takich usług, gdzie liczba przypadków jest odpowiednia, a wyniki sprawdzone. Działanie to obejmuje również ocenę wyników.

Celem pilotażowej sieci współpracy między ośrodkami onkologii pediatricznej jest wdrażanie i dalszy rozwój europejskich standardów opieki nad dziećmi dotkniętymi chorobami nowotworowymi. Ma się to odbywać w oparciu o najnowsze osiągnięcia, wiedzę i najlepsze praktyki. Działanie to koncentruje się na chorobach nowotworowych u dzieci, w tym na określonych rodzajach nowotworów, takich jak guzy lite, na przykład nerwiak niedojrzały, glejak siatkówki, guz Wilmsa, mięsak tkanek miękkich i kości. Powinno się ono opierać na pracach już przeprowadzonych w ramach następujących projektów: Europejskiej Sieci Badań nad Nowotworami u Dzieci i Młodzieży (ENCCA), <http://www.encca.eu/>; opieki PanCare nad osobami, które przeżyły choroby nowotworowe w dzieciństwie i okresie młodzieńczym oraz badań kontrolnych, PANCARESURFUP, <http://www.pancaresurfup.eu/>; europejskich badań klinicznych nad rzadkimi mięsakami w ramach zintegrowanej sieci badań translacyjnych, EUROSARC; międzynarodowego badania dotyczącego leczenia dziecięcej nawracającej białaczki limfocytowej ostrej przy pomocy standardowej terapii, systematycznego włączania nowych czynników i ustanowienia znormalizowanej diagnostyki i badań, INTREALL 2010, <http://www.intreall-fp7.eu/> oraz analizy i wykorzystywania wrażliwości guzów zarodkowych, ASSET, <http://www.ucd.ie/sbi/research/areasofresearch/sbicollaborativeprojects/assetfp7/consortiumpartners/>

[Dotacja na projekt] Orientacyjna kwota: 1 500 000 EUR

Celem pilotażowej sieci współpracy między wyspecjalizowanymi ośrodkami neurologii, neurofizjologii klinicznej i neurochirurgii jest propagowanie współpracy oraz badanie i wymiana standardów i najlepszych praktyk w zakresie wyspecjalizowanych i złożonych stanów neurologicznych i neurochirurgicznych, takich jak padaczka oporna, ciężkie stany czaszkowo-twarzowe, urazy splotu ramiennego, uporczywy ból neuropatyczny, dziedziczna ataksja i paraplegia, stwardnienie rozsiane i złożone stany mózgowo-naczyniowe. Ośrodki oferujące określone leczenie i procedury dotyczące stanów neurologicznych i neurochirurgicznych, takie jak skomplikowana neurochirurgia, chirurgia zaburzeń ruchu i neuromodulacja mózgową, potrzebują dostatecznego doświadczenia i fachowej wiedzy, jak również odpowiednich wysoko kwalifikowanych zasobów ludzkich i środków technicznych. Ośrodki takie powinny również oferować szeroką gamę uzupełniających świadczeń medycznych, ponieważ wymagają korzystania z różnych dyscyplin, takich jak neurologia, neurochirurgia, neurofizjologia, neuroradiologia, neuropatologia i intensywne opiece. Zasadnicze znaczenie mają również praca zespołowa oraz dobrze opracowane wytyczne i procedury.

[Dotacja na projekt] Orientacyjna kwota: 1 500 000 EUR

4.2.2.8. Przegląd programów kształcenia i szkolenia dla pracowników służby zdrowia w UE

Działanie to ma na celu dokonanie przeglądu programów kształceniowych i szkoleniowych dla pracowników służby zdrowia w UE poprzez analizę ilościową i jakościową. Pierwszym celem jest przeprowadzenie analizy struktury i potencjału programów krajowych w UE. Obejme ona uzyskanie informacji na temat systemu regulacyjnego kształcenia i szkolenia lekarskiego i pielęgniarskiego oraz odpowiednich struktur zarządzania w państwach członkowskich. Po drugie, wynikiem tego działania będzie opracowanie na temat jakościowego wymiaru programów w celu ustalenia, czy programy kształcenia i szkolenia dostarczają taką liczbę fachowców o odpowiednich umiejętnościach, która zaspokaja potrzeby systemów opieki zdrowotnej. W opracowaniu tym powinny również zostać przedstawione warianty i zalecenia dotyczące ewentualnego działania UE na rzecz promowania partnerstw między państwami członkowskimi w celu jak najlepszego wykorzystania potencjału szkoleniowego w UE. Działanie to przyczyni się do realizacji planu działań dotyczącego pracowników opieki zdrowotnej w UE przyjętego jako część komunikatu Komisji COM(2012) 173 final z dnia 18 kwietnia 2012 r. „W kierunku odnowy gospodarczej sprzyjającej zatrudnieniu”⁽¹⁾.

[Dotacja bezpośrednia na rzecz OECD] Orientacyjna kwota: 200 000 EUR

4.2.2.9. Przegląd i analiza ciągłego doskonalenia zawodowego pracowników służby zdrowia

Działanie to ma na celu dokonanie przeglądu i analizy ciągłego doskonalenia zawodowego pracowników służby zdrowia. Ze względu na rosnące obawy dotyczące niedoboru wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia oraz z uwagi na zmiany demograficzne powodujące wzrost zapotrzebowania na świadczenia, państwa członkowskie UE muszą znaleźć sposoby zapewnienia stabilności personelu służby zdrowia. Jak podkreślono w planie działań dotyczącym pracowników

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0173:FIN:PL:PDF>

opieki zdrowotnej w UE, dostęp do uczenia się przez całe życie i ciągłego doskonalenia zawodowego odgrywa ważną rolę w uaktualnianiu umiejętności zawodowych i zapewnianiu jakości opieki, a także jako środek motywowania i zatrzymywania pracowników. Systemy i regulacje dotyczące ciągłego doskonalenia zawodowego różnią się istotnie w całej UE; brakuje również danych odnoszących się do poszczególnych państw. Współpraca europejska w zakresie wymiany dobrych praktyk dotyczących sposobów podejścia i systemów akredytacji w dziedzinie ciągłego doskonalenia zawodowego przyniosłaby większe wzajemne zrozumienie między państwami członkowskimi i ułatwiłaby mobilność transgraniczną. Pierwszym krokiem w ramach tego działania będzie przegląd i analiza działających krajowych systemów, sposobów zarządzania i praktyk w celu zapewnienia ciągłego doskonalenia zawodowego pracowników służby zdrowia z myślą o propagowaniu dobrej praktyki. Na zakończenie zostaną również zorganizowane warsztaty z udziałem ekspertów krajowych i organizacji zawodowych. Działanie to stanowi część realizacji planu działań dotyczącego pracowników opieki zdrowotnej w UE przyjętego jako część komunikatu Komisji „W kierunku odnowy gospodarczej sprzyjającej zatrudnieniu”, z myślą o zwiększeniu zatrudnienia w sektorze zdrowia. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Zaproszenie do składania ofert]

4.2.2.10. Skuteczne strategie zatrudniania i zatrzymywania pracowników służby zdrowia

Celem tego działania jest przedstawienie wszechstronnej analizy strategii mającej na celu zatrudnianie i zatrzymywanie pracowników służby zdrowia, służącej uzupełnieniu i lepszemu kształtowaniu polityki państw członkowskich w zakresie zasobów ludzkich w czasach rosnących niedoborów siły roboczej. W jej ramach zbadane zostaną dane i dobre praktyki w UE i na poziomie międzynarodowym oraz określone zostaną warianty inicjatyw UE mających na celu wspieranie opracowywania i realizacji strategii krajowych. Analiza ta stanowić będzie wkład w trwające prace nad planowaniem i prognozowaniem dotyczącym siły roboczej oraz pogłębi rozważania nad ewentualnym przyszłym działaniem dotyczącym zatrudniania i zatrzymywania pracowników. Działanie to przyczyni się do realizacji planu działań dotyczącego pracowników opieki zdrowotnej w UE przyjętego jako część komunikatu Komisji „W kierunku odnowy gospodarczej sprzyjającej zatrudnieniu”, z myślą o zwiększeniu zatrudnienia w sektorze zdrowia. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Umowa ramowa]

4.2.3. *Zwrócenie uwagi na uwarunkowania zdrowotne w celu promowania i poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego; podejmowanie działań w zakresie podstawowych czynników, takich jak odżywianie i aktywność fizyczna oraz w zakresie uwarunkowań związanych z uzależnieniami, takimi jak papierosy i alkohol (pkt 2.2.1 załącznika do decyzji programowej)*

4.2.3.1. Europejska inicjatywa kontroli otyłości (COSI)

Celem tego działania jest przyczynienie się do ograniczenia chorób związanych z nadwagą i otyłością wśród młodzieży, a tym samym poprawa stanu zdrowia obywateli UE i zmniejszenie obciążeń, jakie dla systemów opieki zdrowotnej stanowią problemy zdrowotne. Działanie to wspiera realizację Strategii dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością określonej w białej księdze COM(2007) 279 final z dnia 30 maja 2007 r. (1). W ramach badania COSI prowadzonego przez WHO mierzy się wagę i wzrost dzieci w wieku od 6 do 9 lat. Obejmuje ono obecnie 15 państw członkowskich UE. Działanie, o którym mowa, rozszerza to badanie na pozostałe państwa członkowskie. Rozszerzenie badania umożliwi uzyskanie pełnych danych na temat chorób związanych z nadwagą i otyłością wśród dzieci i młodzieży. Dane te stanowić będą wkład w rozważania nad ewentualną przyszłą polityką i działaniem w zakresie ograniczania nadwagi i otyłości.

[Dotacja bezpośrednia na rzecz WHO] Orientacyjna kwota: 300 000 EUR

4.2.3.2. Działania komunikacyjne w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej

Właściwe rozumienie czynników ryzyka przez ogół społeczeństwa może przyczynić się do zmniejszenia obciążenia, jakie dla systemów opieki zdrowotnej stanowią problemy zdrowotne związane z chorobami niezakaźnymi. Inicjatywa ta, jako część realizacji Strategii dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością, ma na celu wsparcie starań państw członkowskich zmierzających do propagowania działań na rzecz zdrowego odżywiania i zwiększenia aktywności fizycznej, a tym samym przyczynia się do poprawy stanu zdrowia obywateli UE. Działanie to spowoduje również powstanie synergii z prowadzonymi przez Dyрекcję Generalną ds. Rolnictwa i Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Dyрекcję Generalną ds. Edukacji i Kultury inicjatywami w dziedzinie komunikacji dotyczącymi działań w zakresie promocji zdrowia na poziomie europejskim, takich jak program „Owoce w szkole” w ramach polityki rolnej oraz działania dotyczące młodzieży, edukacji, kultury i sportu. Ma ono również na celu koordynację do pięciu pilotażowych imprez i inicjatyw informacyjno-edukacyjnych skierowanych do dzieci, rodziców i społeczności lokalnych. Inicjatywa ta obejmie stworzenie wielojęzycznych materiałów kreatywnych, powiązanych z wybranymi działaniami UE i państw członkowskich. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Zaproszenie do składania ofert]

(1) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:PL:PDF>

4.2.3.3. Badania nad tytoniem

Celem tego działania jest zgromadzenie informacji i wiedzy służących ogólnemu wsparciu unijnej polityki ograniczania użycia tytoniu, a w szczególności regulacji dotyczących produktów tytoniowych, z naciskiem na wdrożenie 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⁾, w jej obecnej i przyszłej postaci. Na to działanie składają się trzy pakiety prac.

Pierwszy pakiet prac dotyczy śledzenia ruchu i pochodzenia, a jego celem jest analiza, opis i ewentualne przyczynienie się do opracowania norm dla systemu, który zapewni pełną identyfikowalność produktów tytoniowych i zabezpieczeń umożliwiających identyfikację „prawdziwych” produktów. Oczekiwane wyniki to: badanie obejmujące przegląd literatury; przegląd i ocena istniejących rozwiązań technicznych służących śledzeniu ruchu i pochodzenia produktów tytoniowych i zabezpieczaniu ich przed podrabianiem; określenie potencjalnych rozwiązań alternatywnych i ulepszeń w zakresie śledzenia ruchu i pochodzenia lub w zakresie zabezpieczeń; analiza kosztów i skutków alternatywnych rozwiązań oraz zalecenia dotyczące najodpowiedniejszych rozwiązań na poziomie UE.

Drugi pakiet prac dotyczy roli dodatków i opakowań w określaniu preferencji konsumentów. Jest powszechnie znanym faktem, że opakowania, dodatki aromatyzujące i inne dodatki zwiększają atrakcyjność produktów tytoniowych dla młodzieży; coraz liczniejsze są też dowody wskazujące na wpływ elementów stosowanych na opakowaniach jednostkowych i stosowanych dodatków na preferencje co do marki i rozpoczynanie palenia wśród młodzieży w Europie. Oczekiwane wyniki tego pakietu prac to: zaktualizowane badanie obejmujące określenie różnych czynników wpływających na atrakcyjność, preferencje konsumentów i leżące u ich podstaw tendencje i udoskonalenie metod ustalania, które dodatki aromatyzujące nadają produktom charakterystyczny smak i zapach.

Trzeci pakiet prac dotyczy dalszego opracowywania norm w zakresie etykietowania opakowań produktów tytoniowych.

Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 3–4.

[Umowa ramowa]

4.2.3.4. Wspólne działanie w celu wsparcia państw członkowskich w wypracowaniu wspólnych priorytetów zgodnie ze strategią UE dotyczącą alkoholu

Celem wspólnego działania jest wsparcie państw członkowskich w zapobieganiu szkodliwej konsumpcji alkoholu, a tym samym poprawa stanu zdrowia obywateli UE i zmniejszenie obciążenia powodowanego przez problemy zdrowotne. Działanie to przyczyni się do realizacji unijnej strategii dotyczącej alkoholu określonej w komunikacie Komisji COM(2006) 625 final z dnia 24 października 2006 r. „Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu”⁽²⁾. Stanowi ono zachętę dla państw członkowskich do zintensyfikowania współpracy i opracowania wspólnych sposobów podejścia. Koncentruje się ono na usprawnieniu monitorowania zwyczajów związanych z piciem alkoholu i szkodliwych skutków jego spożywania oraz na dobrej praktyce w zakresie informacji służących ochronie dzieci i młodzieży oraz zapobieganiu szkodliwym skutkom spożywania alkoholu wśród dorosłych. Wynikami tego działania powinny być: a) sprawozdanie zawierające porównywalne dane na temat zwyczajów związanych z piciem alkoholu i szkodliwych skutków jego spożywania; b) wytyczne dotyczące spożywania alkoholu w sposób niepowodujący poważnych zagrożeń w celu ochrony dzieci i młodzieży oraz zapobiegania szkodliwym skutkom wśród dorosłych oraz c) zestaw środków z zakresu dobrej praktyki, w postaci drukowanych i internetowych materiałów służących rozpowszechnianiu wytycznych na temat picia alkoholu w sposób niepowodujący poważnych zagrożeń oraz innych środków kształtowania własnych zachowań.

[Wspólne działanie] Orientacyjna kwota: 1 500 000 EUR

4.2.3.5. Wsparcie naukowe i techniczne dla Forum Zdrowia UE

Celem tego działania jest zapewnienie wsparcia naukowego i technicznego na rzecz Europejskiego Forum Zdrowia. Aktywny udział stron zainteresowanych kwestiami zdrowia w opracowywaniu polityki, ze szczególnym uwzględnieniem Forum Zdrowia, został określony w komunikacie Komisji COM(2007) 630 final „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013”. Działanie to dotyczy organizowania i wspierania działań Forum Polityki Zdrowotnej UE oraz Otwartego Forum. Obejmuje ono komunikację i tworzenie sieci kontaktów z członkami Forum, organizację posiedzeń i innych działań Forum Polityki Zdrowotnej UE oraz Otwartego Forum, jak również prace naukowe i techniczne związane z priorytetami Forum Zdrowia UE. Działalność Forum Zdrowia sprawia również, że działania UE w dziedzinie zdrowia są adekwatne do ogólnej sytuacji w zakresie zdrowia publicznego oraz rozumiane przez zainteresowane strony w tym obszarze. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Umowa ramowa]

⁽¹⁾ Dz.U. L 194 z 18.7.2001, s. 26.

⁽²⁾ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/com/2006/com2006_0625pl01.pdf

4.2.4. Profilaktyka poważnych i rzadkich chorób (pkt 2.2.2 załącznika do decyzji programowej)

4.2.4.1. Opracowanie europejskiego poradnika na temat poprawy jakości kompleksowego zwalczania chorób nowotworowych

Celem tego działania jest opracowanie europejskiego poradnika na temat poprawy jakości kompleksowego zwalczania chorób nowotworowych. W poradniku tym należy poruszyć różne aspekty skoordynowanego i zintegrowanego zwalczania chorób nowotworowych, w tym profilaktykę, badania przesiewowe, diagnostykę, leczenie, katamnezę, leczenie podtrzymujące, opiekę paliatywną, życie po zdiagnozowaniu choroby i badania naukowe. Działanie to przyczyni się do osiągnięcia celów europejskiego partnerstwa na rzecz walki z rakiem określonych w komunikacie Komisji COM(2009) 291 final z dnia 24 czerwca 2009 r. „Walka z rakiem: Partnerstwo europejskie”⁽¹⁾ i będzie się opierać zarówno na jego osiągnięciach, jak i na wynikach poprzednich działań UE w zakresie chorób nowotworowych, takich jak opracowanie czwartego wydania „Europejskich wytycznych w zakresie zapewniania jakości badań przesiewowych w kierunku raka piersi oraz jego diagnostyki”⁽²⁾, zawierających ramowe zasady kompleksowych świadczeń związanych z rakiem piersi.

[Wspólne działanie] Orientacyjna kwota: 3 000 000 EUR

4.2.4.2. Zintegrowany nadzór nad chorobami niezakaźnymi

Celem tego działania jest umożliwienie UE i WHO, z udziałem OECD, oceny i zwiększenia kompletności i aktualności danych na temat chorób przewlekłych i ich gromadzenia oraz określenia efektywnego przebiegu takich prac. Brak rzetelnych danych, na przykład na temat współczynnika zachorowalności na wybrane choroby, czynników ryzyka i ich uwarunkowań społecznych, utrudnia kształtowanie polityki w oparciu o dowody. Choroby przewlekłe stają się priorytetowym obszarem działań w dziedzinie zdrowia, a dostęp do wiarygodnych danych w odpowiednim momencie ma podstawowe znaczenie. Wszelkie gromadzenie danych odbywać się będzie w powiązaniu z istniejącymi wskaźnikami i ramami, zwłaszcza z Europejskim systemem informacji zdrowotnych. W krótkiej perspektywie działanie to przyniesie określenie luk i wgląd w ewentualne sposoby poprawy aktualnego systemu gromadzenia danych. W dalszej perspektywie pozwoli podnieść i lepiej skoordynować jakość, zakres i aktualność gromadzenia danych. Przyczyni się to do lepszego analizowania i sprawozdawczości w zakresie przewlekłych chorób niezakaźnych.

[Dotacja bezpośrednia na rzecz WHO] Orientacyjna kwota: 100 000 EUR

4.2.4.3. Badanie określające zakres działań w dziedzinie komunikacji dotyczących chorób przewlekłych

Celem tego działania jest przeprowadzenie badania określającego zakres, aby umożliwić zbadanie różnych narzędzi i metod w celu lepszego komunikowania i podnoszenia świadomości w zakresie uwarunkowań zdrowia i działań UE na rzecz profilaktyki chorób przewlekłych, z wykorzystaniem dowodów uzyskanych dzięki naukom społecznym i behawioralnym. Choroby przewlekłe stanowią największy ciężar, jeśli chodzi o choroby w UE, lecz można im skutecznie zapobiegać poprzez oddziaływanie na wspólne czynniki ryzyka. W ramach wspomnianego badania opracowany zostanie szereg zaleceń i propozycji dotyczących podstawowych komunikatów; pomoże ono również kształtować skuteczne kampanie dostosowane do różnych grup docelowych. Działanie to przyczyni się do realizacji strategii UE w zakresie nadwagi i otyłości, strategii UE dotyczącej alkoholu i działań UE dotyczących tytoniu. Przyczyni się również do wdrożenia konkluzji Rady ws. innowacyjnych podejść do chorób przewlekłych w systemach zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej z dnia 7 grudnia 2010 r. i będzie stanowić wkład w proces refleksji nad chorobami przewlekłymi zainicjowany przez państwa członkowskie i Komisję. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Umowa ramowa]

4.2.4.4. Wspieranie rejestrów i sieci dotyczących chorób rzadkich z uwagi na ich stabilność

Celem tego działania jest utworzenie stabilnej platformy służącej koordynacji i utrzymywaniu rejestrów i sieci dotyczących chorób rzadkich. Rejestry i bazy danych stanowią kluczowe narzędzia poszerzania wiedzy na temat chorób rzadkich oraz rozwoju badań klinicznych. Stanowią one jedyny sposób gromadzenia danych w celu uzyskania wystarczająco dużej próby do badań epidemiologicznych lub klinicznych. Działanie to opierać się będzie na działaniach i doświadczeniach rozwijanych dzięki inicjatywom finansowanym w ramach programów działań UE w dziedzinie zdrowia oraz programów w zakresie badań naukowych i innowacji.

[Dotacja na projekt/umowa administracyjna ze Wspólnym Centrum Badawczym]

Orientacyjna kwota: 2 000 000 EUR

4.2.4.5. Wsparcie sieci informacyjnej dotyczącej międzybłoniaka płuc

Celem tego działania jest wsparcie powstania sieci informacyjnej koncentrującej się na najlepszych praktykach w zakresie leczenia międzybłoniaka płuc, który staje się chorobą rzadką dzięki skutecznym wysiłkom w zakresie profilaktyki, i na rozpowszechnianiu tych praktyk. Oczekuje się, że połączenie wiedzy fachowej przyczyni się do zmniejszenia kosztów ponoszonych w ramach poszczególnych systemów opieki zdrowotnej. Działanie to nie powinno obejmować działalności Komisji Europejskiej dotyczącej ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie azbestu w miejscu pracy.

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0291:FIN:PL:PDF>

⁽²⁾ <http://bookshop.europa.eu/pl/european-guidelines-for-quality-assurance-in-breast-cancer-screening-and-diagnosis-pbND7306954/>

[Dotacja na projekt] Orientacyjna kwota: 830 900 EUR

4.3. **Działania w ramach trzeciego celu „Generowanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia”**

4.3.1. *Europejski system informacji zdrowotnych (pkt 3.2.1 załącznika do decyzji programowej)*

4.3.1.1. **Poprawa aktualności i porównywalności danych dotyczących zdrowia**

Działanie to zostanie przeprowadzone przez Eurostat w celu wsparcia prac nad systemami opieki zdrowotnej, aktywnym starzeniem się w dobrym zdrowiu, e-zdrowiem i informacjami na temat zdrowia. Obejmuje ono dwa pakiety prac. W ramach pierwszego z nich zbadana zostanie możliwość wytworzenia na poziomie UE danych na temat wydatków w podziale na poszczególne choroby. Celem jest uzyskanie danych na poziomie pacjenta, obejmujących informacje na temat pacjenta i leczenia oraz rzeczywistego wykorzystania zasobów i wiarygodne dane na temat cen i kosztów, włącznie z przedstawieniem rzetelnych danych na temat wydatków prywatnych. Prace dotyczyć będą również gromadzenia danych o kosztach pośrednich, takich jak powiązanie z utraconymi latami życia lub utratą potencjalnych lat pracy. Dane na temat wydatków w podziale na choroby mogą przyczynić się do analizy wyników działania systemów opieki zdrowotnej dzięki dostarczeniu zróżnicowanych według wieku i płci danych na temat środków wydawanych na profilaktykę i leczenie poszczególnych chorób. Działanie to powinno uwzględniać rosnące potrzeby starzejących się społeczeństw europejskich w zakresie opieki zdrowotnej.

Przedmiotem drugiego pakietu prac jest statystyka przyczyn zgonów. W jego ramach zbadana zostanie kwestia utworzenia zmodernizowanego zintegrowanego systemu poświadczania, przetwarzania i wymiany danych dotyczących przyczyn zgonów. Dzięki elektronicznemu poświadczaniu przyczyn zgonów możliwe byłoby również wytworzenie informacji o wielorakich przyczynach zgonu, co ze względu na starzenie się społeczeństwa budzi rosnące zainteresowanie. Celem jest większa aktualność i lepsza porównywalność danych. Przyczyniłoby się to do lepszej alokacji zasobów w państwach członkowskich dzięki ograniczeniu wielokrotnego kodowania tych samych danych.

[Subdelegacja na rzecz Eurostatu] Orientacyjna kwota: 1 000 000 EUR

4.3.1.2. **Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie: „Europa 2014”**

Celem tego działania jest kontynuacja prac nad wskaźnikami jakościowymi opieki zdrowotnej i dalsze wydawanie wspólnie z OECD publikacji „Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie: Europa” w celu dostarczania najnowszych porównywalnych danych na temat różnych aspektów działania systemów opieki zdrowotnej w państwach członkowskich UE, państwach należących do EFTA/EOG oraz państwach kandydujących do UE. Działanie to ma na celu pomoc decydom poprzez dostarczanie rzetelnych dowodów.

[Dotacja bezpośrednia na rzecz OECD] Orientacyjna kwota: 300 000 EUR

4.3.1.3. **Składka wnoszona przez Komisję z tytułu członkostwa w Europejskim Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej**

Działanie to stanowi wykonanie decyzji Komisji (C(2009) 10213 final) z dnia 21 grudnia 2009 r. w sprawie jej włączenia do Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej w charakterze organizacji uczestniczącej do czasu zakończenia bieżącego programu działań w dziedzinie zdrowia w 2013 r. W decyzji ustala się wysokość składki członkowskiej Komisji na 500 000 EUR rocznie. Celem uczestnictwa Komisji w Obserwatorium jest generowanie i rozpowszechnianie wysokiej jakości informacji oraz dowodów umożliwiających podjęcie decyzji lub działań dotyczących systemów opieki zdrowotnej w UE. Obserwatorium, które jest uznanym źródłem fachowej wiedzy, niezależnych analiz i cenionego doradztwa, stanowi projekt partnerski Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, rządów Belgii, Finlandii, Hiszpanii, Irlandii, Norwegii, Słowenii i Szwecji, regionu Wenecji Euganejskiej we Włoszech, Komisji Europejskiej (w okresie trwania programu działań w dziedzinie zdrowia w latach 2009–2013), Europejskiego Banku Inwestycyjnego (EBI), Międzynarodowego Banku Odbudowy i Rozwoju (Grupy Banku Światowego), Francuskiego Związku Kas Ubezpieczeń Zdrowotnych (fr. Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, UNCAM), Londyńskiej Szkoły Ekonomii (LSE) oraz Londyńskiej Szkoły Higieny i Medycyny Tropikalnej (LSHTM). Komisja będzie uprzywilejowanym partnerem, a tematy stanowiące przedmiot jej zainteresowania będą włączane do programu prac Obserwatorium.

[Inne działania] Orientacyjna kwota: 500 000 EUR

4.3.2. **Rozpowszechnianie, analizowanie i stosowanie informacji zdrowotnych; przekazywanie informacji obywatelom, zainteresowanym stronom i decydom (pkt 3.2.2 załącznika do decyzji programowej)**

4.3.2.1. **Grupa ekspertów ds. doradztwa w zakresie skuteczności i efektywności systemów opieki zdrowotnej**

Celem tego działania jest powołanie wielosektorowej i niezależnej grupy ekspertów zapewniającej, na wniosek Komisji, doradztwo w zakresie efektywnych sposobów inwestowania w zdrowie zgodnie z decyzją Komisji (2012/C 198/06) ⁽¹⁾ z dnia 5 lipca 2012 r. Działanie to stanowi odpowiedź na konkluzje Rady z dnia 6 czerwca 2011 r. w sprawie przejścia ku nowoczesnym, elastycznym i stabilnym systemom opieki zdrowotnej. Państwa członkowskie i Komisja zostały wezwane do zainicjowania procesu refleksji zmierzającego „do określenia efektywnych sposobów inwestowania w zdrowie, tak by dążyć do stworzenia nowoczesnych, elastycznych i stabilnych systemów zdrowotnych”. Komisja ma wspierać ten proces przy pomocy odpowiednich środków, takich jak ułatwianie dostępu do nieformalnego i niezależnego wielosektorowego doradztwa eksperckiego. Jak przewidziano w decyzji (2012/C 198/06), członkom grupy i zaproszonym ekspertom wypłaca się wynagrodzenia.

⁽¹⁾ Dz.U. C 198 z 6.7.2012, s. 7.

[Inne działania] Orientacyjna kwota: 500 000 EUR

4.3.2.2. Komunikacja, promowanie i rozpowszechnianie informacji o unijnej polityce zdrowotnej i wynikach programów działań w dziedzinie zdrowia

Celem tego działania jest dostarczanie dokładnych i aktualnych informacji na temat działalności UE w obszarze zdrowia publicznego, przewidzianej w art. 168 TFUE, a tym samym przybliżenie struktur europejskich obywatelom Europy. Ma ono również na celu szerokie rozpowszechnienie wyników programów działań w dziedzinie zdrowia zarówno na poziomie UE, jak i na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. Działanie to pomoże nadać powszechny rozgłos działalności UE w dziedzinie polityki zdrowotnej, a tym samym zyskać dla niej poparcie. Przyczyni się ono również do optymalizacji skutków działań finansowanych w ramach programów działań w dziedzinie zdrowia, co pomoże zapewnić ich stabilność.

Na pakiet prac w zakresie komunikacji i promowania składają się: a) organizacja 5. konkursu o nagrodę UE dla dziennikarzy; b) rozpowszechnianie wyników drugiego programu działań w dziedzinie zdrowia na poziomie UE oraz c) rozpowszechnianie informacji o inicjatywach UE w dziedzinie polityki zdrowotnej i powiązanych działaniach. Działania, które mają być finansowane, obejmują przygotowywanie i rozpowszechnianie materiałów audiowizualnych oraz publikacji w formie elektronicznej i papierowej, warsztaty i spotkania ekspertów oraz punkty informacyjne i inne materiały informacyjne i promocyjne.

Celem pakietu prac w zakresie rozpowszechniania jest dostarczenie państwu członkowskiemu nadających się do zastosowania narzędzi i usług służących skutecznemu rozpowszechnianiu w państwach członkowskich wyników działań finansowanych w ramach programów działań w dziedzinie zdrowia. Obejmuje to konferencje i warsztaty oraz inne odpowiednie środki skutecznego udostępniania wyników różnym odbiorcom. Ten pakiet prac stanowi odpowiedź na zalecenia dotyczące końcowej oceny *ex post* programu działań w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2007) ⁽¹⁾ oraz oceny śródkresowej programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 ⁽²⁾. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 10 w ramach obowiązującej umowy ramowej. Zostanie również ogłoszone zaproszenie do składania ofert dotyczących rozpowszechniania na poziomie UE.

[Umowy ramowe]

4.3.2.3. Narzędzia technologii informacyjnych wspierające politykę zdrowia publicznego

Celem środków objętych tym działaniem jest wsparcie unijnej polityki zdrowia publicznego określonej w art. 168 TFUE poprzez stworzenie i utrzymywanie odpowiednich narzędzi informatycznych. Te narzędzia informatyczne stanowią również wsparcie dla celów określonych w strategii „UE 2020”, takich jak propagowanie aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu i e-zdrowia, zmniejszanie nierówności w dziedzinie zdrowia i zapewnianie lepszego dostępu do systemów opieki zdrowotnej. Orientacyjny wykaz narzędzi, które mają być objęte tym działaniem, jest następujący: portal zdrowia publicznego; badania Eurobarometru, nauczanie za pośrednictwem nośników elektronicznych (e-learning); IDB (baza danych o urazach) i ECHI (wskaźniki zdrowotne Wspólnoty Europejskiej); MediEQ, EuroMedStat, Euphix, Health Data; Crisis Portal; EHIS (HEIDI – Zdrowie w Europie: platforma informacji i danych) Wiki; HEDIS (system informowania o zdrowiu i chorobach) i MedIsys (system informacji medycznej); Ras-BICHAT (system wczesnego ostrzegania służący do wymiany informacji o zagrożeniach dla zdrowia spowodowanych umyślnym uwolnieniem czynników chemicznych, biologicznych, radiologicznych i jądrowych), Ras-Chem (system wczesnego ostrzegania służący do wymiany informacji o incydentach spowodowanych czynnikami chemicznymi); platformy związane z żywieniem, alkoholem i zdrowiem psychicznym; platforma innowacji w zakresie zdrowia; narzędzia związane z krwią, komórkami, tkankami i tytoniem, w tym SARE i Rapid Alert Blood; baza danych ekspertów; NanoHazard; Spindex, Manif, Risk Assessors; Scoma oraz transgraniczna opieka zdrowotna. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 20.

[Umowy ramowe]

4.3.3. Analizy i sprawozdawczość (pkt 3.2.3 załącznika do decyzji programowej)

4.3.3.1. Sprawozdania w dziedzinie zdrowia i analizy ekonomiczne

Celem tego działania jest tworzenie informacji w postaci sprawozdań i analiz ekonomicznych, zapotrzebowanie na które zgłaszane jest z krótkim wyprzedzeniem, w celu wsparcia opracowywania lub realizacji polityki bądź legislacji oraz oceny skutków realizacji polityki. Sprawozdania w dziedzinie zdrowia powinny dostarczać obywatelom UE, zainteresowanym stronom i decydom usystematyzowanych i rzetelnych informacji na temat aktualnych kwestii. Analizy ekonomiczne będą źródłem informacji na temat zdrowia i zjawisk związanych ze zdrowiem, służących jako rzetelna podstawa dowodowa w kształtowaniu polityki. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1–4.

[Umowa ramowa]

4.3.3.2. Badanie ekonomiki systemów finansowania podstawowej opieki zdrowotnej

Celem tego działania jest przeprowadzenie badania ekonomiki systemów finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Działanie to stanowi odpowiedź na konkluzje Rady z dnia 6 czerwca 2011 r. w sprawie przejścia ku nowoczesnym, elastycznym i stabilnym systemom opieki zdrowotnej. Państwa członkowskie i Komisja zostały wezwane do dzielenia się doświadczeniami, najlepszymi praktykami i wiedzą fachową w celu zrozumienia rosnących i zmieniających się społecznych potrzeb w dziedzinie zdrowia, wynikających w szczególności ze starzenia się społeczeństwa, i odpowiedniego reagowania na nie. Zostały również wezwane do efektywnego i wydajnego planowania inwestycji w sektorze zdrowia oraz do współpracy w mierzeniu i monitorowaniu skuteczności tych inwestycji. Wspomniane badanie ma na celu

⁽¹⁾ http://ec.europa.eu/health/programme/docs/ex_post_evaluation_en.pdf

⁽²⁾ http://ec.europa.eu/health/programme/docs/mthp_final_report_oct2011_en.pdf

określenie istniejących typologii w zakresie finansowania indywidualnych świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, takich jak opłaty zależne od zrealizowanych świadczeń, opłaty zależne od liczby pacjentów, personel otrzymujący stałe wynagrodzenie bądź systemy mieszane, oraz na wyższym poziomie organizacyjnym, takich jak systemy kwot ryczałtowych i poprawki ze względu na połączenie przypadków. Jego celem jest również wyciągnięcie wniosków z najlepszych praktyk i określenie potencjalnych zysków dla państw członkowskich w odniesieniu do skutków dla pacjentów oraz w zakresie budżetów publicznej służby zdrowia. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Umowa ramowa]

4.3.3.3. Badanie systemów wyceny i taryfikacji obowiązujących w państwach członkowskich w celu zdefiniowania kosztochłonnej opieki zdrowotnej

Celem tego działania jest umożliwienie zdefiniowania kosztochłonnej opieki zdrowotnej. Ma ono na celu określenie ewentualnych i możliwie obiektywnych kryteriów kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz ustalenie sposobów definiowania kosztochłonnej opieki zdrowotnej w oparciu o takie kryteria. Jego celem jest również znalezienie najlepszego sposobu definiowania „wysoko specjalistycznej” opieki zdrowotnej. Działanie to przyczyni się do wdrożenia dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Umowa ramowa]

4.3.3.4. Analiza tablic trwania życia: ocena opłacalności systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach członkowskich

Działanie to ma umożliwić ocenę opłacalności systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach członkowskich. Jego celem jest wyjaśnienie niektórych zawiłości właściwych dla pomiarów wyników działania systemów opieki zdrowotnej na poziomie populacji. Działanie to stanowi odpowiedź na konkluzje Rady z dnia 6 czerwca 2011 r. w sprawie przejścia ku nowoczesnym, elastycznym i stabilnym systemom opieki zdrowotnej, w których wezwano państwa członkowskie i Komisję do współpracy w mierzeniu i monitorowaniu skuteczności inwestycji w służbę zdrowia. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Zaproszenie do składania ofert]

4.3.3.5. Ocena programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013

Celem tego działania jest spełnienie wymogu określonego w art. 13 ust. 3 lit. c) decyzji nr 1350/2007/WE. Komisja ma przedłożyć Parlamentowi Europejskiemu, Radzie, Europejskiemu Komitetowi Ekonomiczno-Społecznemu oraz Komitetowi Regionów zewnętrzne niezależne sprawozdanie z oceny *ex post*, obejmujące wdrażanie i wyniki programu. Należy je przedłożyć nie później niż do dnia 31 grudnia 2015 r. W sprawozdaniu będącym wynikiem tego działania należy ocenić realizację i wyniki programu i przedstawić zalecenia dotyczące przyszłej realizacji programu. Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 1.

[Umowa ramowa]

4.3.3.6. Badanie Eurobarometru na temat bezpieczeństwa pacjenta i oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe

Celem tego działania jest przeprowadzenie dwóch badań Eurobarometru, z których jedno dotyczyć będzie bezpieczeństwa pacjenta. Pierwsze badanie Eurobarometru na temat bezpieczeństwa pacjenta zostało przeprowadzone po przyjęciu zalecenia Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2009/C 151/01) ⁽¹⁾. W ramach tego badania przeanalizowane zostaną zmiany pod względem postrzegania bezpieczeństwa pacjenta, świadomości praw przysługujących w ramach opieki transgranicznej oraz doświadczeń związanych ze zdarzeniami niepożądanymi. Celem jest przedstawienie analizy tendencji w zakresie postrzegania przez obywateli i ich doświadczeń po czterech latach od przyjęcia wspomnianego zalecenia. Badanie pomoże również ocenić realizację tego zalecenia.

Drugie badanie dotyczyć będzie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe, stanowiąc uzupełnienie badania Eurobarometru przeprowadzonego w 2010 r. W ramach tego badania przeanalizowana zostanie ewolucja zachowań dotyczących oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz rozsądnego stosowania środków przeciwdrobnoustrojowych w leczeniu ludzi. Ma się ono rozpocząć z końcem 2013 r. jako część wykonania komunikatu Komisji COM(2011) 748 z dnia 15 listopada 2011 r. „Plan działania na rzecz zwalczania rosnącego zagrożenia związanego z opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe” ⁽²⁾.

Orientacyjna liczba przewidywanych umów wynosi 2.

[Umowa ramowa]

⁽¹⁾ http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_pl.pdf

⁽²⁾ http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/communication_amr_2011_748_pl.pdf

ZAŁĄCZNIK II

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

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

1. ZASADY OGÓLNE

1. Dokumentami referencyjnymi dla realizacji programu działań 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 (art. 113 rozporządzenia finansowego i art. 172 przepisów wykonawczych),
- zasadą braku korzyści: celem ani skutkiem dotacji nie może być osiągnięcie korzyści przez beneficjenta (art. 109 ust. 2 rozporządzenia finansowego i art. 165 przepisów wykonawczych),
- zasadą niedziałania prawa wstecz: koszty kwalifikujące się do finansowania 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 określony projekt danemu beneficjentowi może być przyznana tylko jedna dotacja (art. 111 rozporządzenia finansowego) ⁽¹⁾.

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

- kryteriów wykluczenia i kwalifikowalności (art. 114 rozporządzenia finansowego),
- kryteriów wyboru, w celu oceny zdolności finansowych i operacyjnych wnioskodawcy do zrealizowania proponowanego działania (art. 115 rozporządzenia finansowego),
- kryteriów przyznawania, w celu oceny jakości wniosku z uwzględnieniem jego kosztów.

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

4. Projekty muszą:

- mieć charakter innowacyjny i nie mogą mieć charakteru powtarzalnego,
- być na tyle duże, aby umożliwić osiągnięcie ambitnych celów ze znaczną europejską wartością dodaną i realizować skuteczną europejską strategię rozpowszechniania,
- wnosić wartość dodaną na poziomie UE w zakresie zdrowia; projekty powinny prowadzić do osiągnięcia istotnych korzyści skali, obejmować odpowiednią liczbę kwalifikujących się państw w odniesieniu do zakresu projektu i dawać możliwość ich zastosowania w innych miejscach,
- przyczynić się do rozwoju polityki UE w zakresie zdrowia i wspierać ten rozwój,
- mieć skuteczną strukturę zarządzania, obejmować jasny proces oceny i zawierać dokładny opis spodziewanych wyników,
- obejmować plan wykorzystania wyników na poziomie UE oraz ich rozpowszechniania wśród odpowiednich grup docelowych.

2. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

1. Wnioskodawcy zostaną wykluczeni z udziału w procedurze przyznawania finansowania w ramach programu działań w dziedzinie zdrowia, jeżeli znajdują się w jednej z sytuacji wykluczenia wymienionych w art. 93 ust. 1 i art. 94 rozporządzenia finansowego.

Dowody: wnioskodawcy muszą przedstawić należycie podpisane i opatrzone datą oświadczenie, stwierdzające, że nie znajdują się oni w żadnej z wymienionych powyżej sytuacji.

2. Wnioski obejmujące tylko jedno kwalifikujące się państwo lub jeden jego region zostaną odrzucone.

⁽¹⁾ Oznacza to, że określone działanie objęte wnioskiem jednego z wnioskodawców o dotację może zostać dopuszczone do współfinansowania przez Komisję tylko raz, niezależnie od czasu trwania tego działania.

3. 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 rozumieniu art. 178 ust. 2 przepisów wykonawczych.

W skład każdego wniosku muszą wchodzić dokumenty wymagane w zaproszeniu do składania wniosków, w tym:

- dane administracyjne dotyczące głównego partnera i partnerów stowarzyszonych,
- opis techniczny projektu,
- całkowity budżet projektu i wnioskowany poziom współfinansowania UE.

Dowody: treść wniosku.

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

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

3. KRYTERIA WYBORU

Jedynie wnioski spełniające kryteria wykluczenia i kwalifikowalności będą kwalifikowały się do oceny. Spełnione muszą być 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 przedstawić swe rachunki zysków i strat oraz bilanse za dwa ostatnie pełne lata obrotowe.

Weryfikacja zdolności finansowej nie będzie dotyczyć organów publicznych, międzynarodowych organizacji publicznych utworzonych na podstawie porozumień międzyrządowych ani utworzonych przez te organizacje agencji specjalistycznych.

2. Zdolności operacyjne

Wnioskodawcy muszą dysponować profesjonalnymi zasobami oraz posiadać kompetencje i kwalifikacje niezbędne do zrealizowania proponowanego działania.

Dowody: wnioskodawcy muszą przedstawić najbardziej aktualne roczne sprawozdanie z działalności ich organizacji, zawierające szczegółowe informacje operacyjne, finansowe i techniczne, a także życiorysy wszystkich wykwalifikowanych pracowników wszystkich organizacji uczestniczących w działaniu, którego dotyczy wniosek.

3. Dokumentacja uzupełniająca, którą należy dostarczyć na żądanie Komisji

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

4. KRYTERIA PRYZNAWANIA

Jedynie projekty spełniające kryteria wykluczenia, kwalifikowalności i wyboru będą kwalifikowały się do dalszej oceny na podstawie poniższych kryteriów przyznawania.

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

- a) wkład projektu w realizację celów i priorytetów określonych w planie prac na 2013 r. (8 punktów);
- b) znaczenie strategiczne w odniesieniu do unijnej strategii zdrowia⁽¹⁾ oraz oczekiwanego wkładu w aktualną wiedzę i skutki dla zdrowia (8 punktów);
- c) wartość dodana na poziomie UE w zakresie zdrowia publicznego (8 punktów):
 - skutki dla grup docelowych, skutki długoterminowe i potencjalne efekty mnożnikowe, takie jak powtarzalne, możliwe do przeniesienia i trwałe działania,
 - wkład w komplementarność, synergię i zgodność ze stosownymi politykami i programami UE;

d) adekwatność zasięgu geograficznego (8 punktów):

wnioskodawcy muszą zapewnić zasięg geograficzny projektu proporcjonalny do jego celów oraz wyjaśnić partnerską rolę kwalifikujących się państw, a także adekwatność środków przeznaczonych na projekt lub grup docelowych, które reprezentują;

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

- e) kontekst społeczny, kulturowy i polityczny (8 punktów):
wnioskodawcy muszą wyjaśnić związek projektu z sytuacją panującą w danych państwach lub na danych obszarach, zapewniając zgodność przewidywanych działań z kulturą i poglądami grup docelowych.
2. Jakość techniczna (30 punktów, próg: 15 punktów):
- a) podstawy merytoryczne (6 punktów):
wnioskodawcy muszą załączyć analizę problemu i jasno opisać czynniki, skutki, skuteczność i zastosowanie proponowanych środków;
- b) specyfikacja dotycząca treści (6 punktów):
wnioskodawcy muszą jasno opisać cele i grupy docelowe z uwzględnieniem odpowiednich czynników geograficznych, metod oraz spodziewanych skutków i wyników;
- c) innowacyjny charakter, komplementarność techniczna i unikanie powielania innych już prowadzonych działań na poziomie UE (6 punktów):
wnioskodawcy muszą jasno określić oczekiwany postęp, jaki dany projekt ma wnieść do danej dziedziny w odniesieniu do istniejącego stanu wiedzy, oraz opracować projekt w taki sposób, aby nie powielał niepotrzebnie innych projektów i działań już prowadzonych na poziomie UE i międzynarodowym ani nie pokrywał się z nimi, w całości lub w części;
- d) strategia oceny (6 punktów):
wnioskodawcy muszą jasno opisać proponowane metody i wybrane wskaźniki oraz ich adekwatność;
- e) strategia rozpowszechniania (6 punktów):
wnioskodawcy muszą jasno zilustrować adekwatność planowanej strategii i metodyki w celu zapewnienia możliwości przenoszenia wyników i ich stałego rozpowszechniania.
3. Jakość zarządzania i budżet (30 punktów, próg: 15 punktów):
- a) planowanie i organizacja (5 punktów):
wnioskodawcy muszą jasno 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 jasno opisać strukturę zarządzania, kompetencje personelu, zakresy obowiązków, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji oraz monitorowanie i nadzór;
- c) jakość partnerstwa (5 punktów):
wnioskodawcy muszą jasno opisać przewidywane partnerstwa pod względem ich zakresu, ról i obowiązków, relacji pomiędzy partnerami, a także synergii i komplementarności partnerów oraz struktury sieci;
- d) strategia komunikacyjna (5 punktów):
wnioskodawcy muszą jasno opisać strategię komunikacyjną w odniesieniu do planowania, grup docelowych, adekwatności wykorzystanych kanałów oraz uwidocznienia współfinansowania przez UE;
- e) budżet ogólny i szczegółowy, w tym zarządzanie finansami (10 punktów, próg: 5 punktów):
budżet projektu musi być sporządzony przez wnioskodawców w sposób adekwatny, stosowny, wyważony i spójny wewnętrznie, w odniesieniu do partnerów i do szczegółowych celów projektu. Budżet powinien być podzielony pomiędzy partnerów w minimalnym uzasadnionym stopniu, z uniknięciem jego nadmiernego rozdrobnienia.
Wnioskodawcy muszą jasno opisać obieg środków finansowych, zakresy obowiązków oraz procedury sprawozdawcze i kontrolne.

Każdy wniosek, który nie osiągnie wszystkich progów punktów, zostanie odrzucony.

Po dokonaniu oceny zostaje sporządzona lista wniosków rekomendowanych do przyznania wsparcia finansowego, ułożona według całkowitej liczby przyznanych punktów. W zależności od dostępnego budżetu współfinansowaniem zostaną objęte wnioski, które otrzymały najwyższą liczbę punktów.

ZAŁĄCZNIK III

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

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

1. ZASADY OGÓLNE

1. Dokumentami referencyjnymi dla realizacji programu działań 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 (art. 113 rozporządzenia finansowego i art. 172 przepisów wykonawczych),

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

— zasadą niedziałania prawa wstecz: koszty kwalifikujące się do finansowania 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: danemu beneficjentowi w danym roku obrotowym może być przyznana tylko jedna dotacja na działalność (art. 111 rozporządzenia finansowego) ⁽¹⁾.

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

— kryteriów wykluczenia i kwalifikowalności (art. 114 rozporządzenia finansowego),

— kryteriów wyboru, w celu oceny zdolności finansowych i operacyjnych wnioskodawcy do zrealizowania proponowanego działania (art. 115 rozporządzenia finansowego),

— kryteriów przyznawania, w celu oceny jakości wniosku z uwzględnieniem jego kosztów.

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

2. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

1. Wkłady finansowe przyznawane przez UE mogą wiązać się z funkcjonowaniem organizacji pozarządowej lub kosztami związanymi z koordynowaniem specjalistycznej sieci przez organizację nienastawioną na zysk. Specjalistyczna sieć to europejska sieć reprezentująca organizacje nienastawione na zysk prowadzące działalność w państwach członkowskich lub państwach uczestniczących w programie działań w dziedzinie zdrowia, która promuje zasady i politykę 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 protokół ustaleń). Organizacja lub specjalistyczna sieć może otrzymać finansowanie, jeśli:

— nie jest nastawiona na osiąganie zysku i nie znajduje się w sytuacji konfliktu interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju interesów,

— ma członków w przynajmniej połowie państw członkowskich,

— ma zrównoważony zasięg geograficzny,

— realizuje jeden cel lub kilka celów programu działań w dziedzinie zdrowia jako podstawowy cel swojej działalności,

— nie realizuje celów ogólnych pozostających w bezpośredniej lub pośredniej sprzeczności z polityką UE ani jej wizerunek nie ma szkodliwego wpływu na wizerunek UE,

— 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 ust. 1 i art. 94 rozporządzenia finansowego.

Wnioskodawców pracujących z podmiotami sektora prywatnego uznanymi za niekwalifikujące się ze względu na charakter ich działalności, który jest niezgodny z zasadami Unii Europejskiej określonymi w art. 2 i 3 Traktatu UE, uznaje się za niedopuszczalnych.

⁽¹⁾ Oznacza to, że roczny program prac objęty wnioskiem o dotację na działalność złożonym przez jednego wnioskodawcę może zostać dopuszczony do współfinansowania przez Komisję tylko raz.

2. 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 rozumieniu art. 178 ust. 2 przepisów wykonawczych.

3. Kryterium „braku konfliktu interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju interesów” zostanie ocenione zgodnie z załącznikiem VI.

3. KRYTERIA WYBORU

Jedynie wnioski spełniające kryteria wykluczenia i kwalifikowalności będą kwalifikowały się do oceny.

Kryteria wyboru umożliwiają ocenę zdolności finansowej i operacyjnej wnioskującej organizacji do realizacji proponowanego programu prac.

Jedynie organizacje posiadające zasoby niezbędne do zapewnienia funkcjonowania swoich struktur mogą otrzymać dotację. Na dowód posiadania tych zasobów organizacje te muszą:

- załączyć kopię rocznego sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy, w odniesieniu do którego sprawozdanie zamknięto przed złożeniem wniosku. Jeśli wniosek o dotację pochodzi od nowej organizacji europejskiej, wnioskodawca musi przedstawić roczne sprawozdanie finansowe (łącznie z bilansem oraz rachunkiem zysków i strat) organizacji członkowskich nowego organu za ostatni rok obrotowy, w odniesieniu do którego sprawozdanie zamknięto przed złożeniem wniosku,
- przedstawić szczegółowy przewidywany budżet dla organizacji, zrównoważony pod względem przychodów i wydatków,
- dołączyć sprawozdanie z audytu zewnętrznego sporządzone przez biegłego rewidenta w przypadku wniosków o dotację na działalność na kwotę przekraczającą 100 000 EUR, poświadczające sprawozdanie finansowe za ostatni dostępny rok obrotowy i przedstawiające ocenę kondycji finansowej organizacji wnioskodawcy.

Jedynie organizacje, które dysponują niezbędnymi zasobami operacyjnymi i których pracownicy posiadają niezbędne 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 UE, zawarciu umów o udzieleniu dotacji i zawarciu umów finansowanych z budżetu UE.

4. KRYTERIA PRZYZNAWANIA

Jedynie wnioski spełniające kryteria wykluczenia, kwalifikowalności i wyboru będą kwalifikowały się do oceny.

Kryteria przyznawania umożliwiają wybieranie programów prac, w przypadku których możliwe jest zagwarantowanie zgodności z celami i priorytetami UE oraz prawidłowego rozpowszechniania i komunikacji, w tym uwidocznienia finansowania unijnego.

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 działań 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 2013 r. przyjętym w ramach programu działań w dziedzinie zdrowia (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 wyników. Wnioskodawcy muszą wykazać, że przedstawiony program prac zawiera prawdziwe i rzetelne informacje na temat wszystkich działań organizacji lub specjalistycznej sieci planowanych na 2013 r., w tym tych działań, które nie wpisują się w plan prac na 2013 r. przyjęty w ramach programu działań w dziedzinie zdrowia (10 punktów);

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

- b) ramy operacyjne: programy prac wszystkich wnioskodawców muszą zawierać jasny opis planowanych działań, zadań i obowiązków oraz harmonogramy tej części programu prac, która jest zgodna z planem pracy na 2013 r. przyjętym w ramach programu działań w dziedzinie zdrowia, a także opis powiązania tych działań z innymi obszarami działalności wnioskodawców (10 punktów);
- c) strategia oceny: programy prac wszystkich wnioskodawców muszą zawierać jasny opis wewnętrznej i zewnętrznej oceny działań i wskaźników, które mają być wykorzystane (10 punktów);
- d) strategia rozpowszechniania: wnioskodawcy muszą jasno przedstawić adekwatność działań i metod komunikacji i rozpowszechniania (10 punktów).
3. Jakość zarządzania (35 punktów, próg: 18 punktów):
- a) planowanie rocznej pracy: wnioskodawcy muszą jasno opisać działania, które zostaną podjęte, ich harmonogram i główne etapy, wyniki, charakter i podział zadań, a także sporządzić analizę ryzyka (10 punktów);
- b) zdolności organizacyjne: wnioskodawcy muszą jasno opisać proces zarządzania, zasoby ludzkie i kompetencje personelu, zakresy obowiązków, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji, monitorowanie i nadzór. Wnioskodawcy muszą również jasno określić charakter współpracy z odpowiednimi partnerami i zainteresowanymi stronami (10 punktów);
- c) budżet ogólny i szczegółowy: budżet projektu musi być sporządzony przez wnioskodawców w sposób adekwatny, stosowny, zrównoważony i spójny wewnętrznie oraz w odniesieniu do szczegółowych celów projektu (10 punktów);
- d) zarządzanie finansami: wnioskodawcy muszą jasno opisać obieg środków finansowych, zakresy obowiązków, procedury sprawozdawcze oraz, w miarę możliwości, procedury kontrolne (5 punktów).

Każdy wniosek, który nie osiągnie wszystkich progów punktów, zostanie odrzucony.

Po dokonaniu oceny zostaje sporządzona lista wniosków rekomendowanych do przyznania wsparcia finansowego, ułożona według całkowitej liczby przyznanych punktów. W zależności od dostępnego budżetu współfinansowaniem zostaną objęte wnioski, które otrzymały najwyższą liczbę punktów.

ZAŁĄCZNIK IV

Kryteria dotyczące wkładów finansowych we wspólne działania w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013

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

1. ZASADY OGÓLNE

1. Dokumentami referencyjnymi dla realizacji programu działań 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 (art. 113 rozporządzenia finansowego i art. 172 przepisów wykonawczych),
- zasadą braku korzyści: celem ani skutkiem dotacji nie może być osiągnięcie korzyści przez beneficjenta (art. 109 ust. 2 rozporządzenia finansowego i art. 165 przepisów wykonawczych),
- zasadą niedziałania prawa wstecz: koszty kwalifikujące się do finansowania 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 określone wspólne działanie danemu beneficjentowi może być przyznana tylko jedna dotacja (art. 111 rozporządzenia finansowego) ⁽¹⁾.

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

- kryteriów wykluczenia i kwalifikowalności (art. 114 rozporządzenia finansowego),
- kryteriów wyboru, w celu oceny zdolności finansowych i operacyjnych wnioskodawcy do zrealizowania proponowanego działania (art. 115 rozporządzenia finansowego),
- kryteriów przyznawania, w celu oceny jakości wniosku z uwzględnieniem jego kosztów.

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

2. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

1. Wspólne działania mogą być realizowane z organami publicznymi lub organizacjami pozarządowymi, które:

- nie są nastawione na osiąganie zysku i nie znajdują się w sytuacji konfliktu interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju interesów,
- realizują jeden cel lub kilka celów programu działań w dziedzinie zdrowia jako podstawowy cel swojej działalności,
- nie realizują celów ogólnych pozostających w bezpośredniej lub pośredniej sprzeczności z polityką lub wartościami UE określonymi w traktatach,
- przekazały Komisji zadowalające informacje dotyczące swoich członków, zasad wewnętrznych i źródeł finansowania,
- zostały wyznaczone w drodze przejrzystej procedury przez państwo członkowskie lub zainteresowany właściwy organ oraz uznane przez Komisję,
- nie znajdują się w żadnej z sytuacji wykluczenia wymienionych w art. 93 ust. 1 i art. 94 rozporządzenia finansowego.

⁽¹⁾ Oznacza to, że określone działanie objęte wnioskiem jednego z wnioskodawców o dotację może zostać dopuszczone do współfinansowania przez Komisję tylko raz, niezależnie od czasu trwania tego działania.

Wnioskodawców pracujących z podmiotami sektora prywatnego uznanymi za niekwalifikujące się ze względu na ich działalność, która jest niezgodna z zasadami Unii Europejskiej określonymi w art. 2 i 3 Traktatu UE, uznaje się za niedopuszczalnych.

2. 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 rozumieniu art. 178 ust. 2 przepisów wykonawczych.

3. Kryterium „braku konfliktu interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju interesów” zostanie ocenione zgodnie z załącznikiem VI.

3. KRYTERIA WYBORU

Jedynie wnioski spełniające kryteria wykluczenia i kwalifikowalności będą kwalifikowały się do oceny.

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

Wnioskodawcy muszą dysponować profesjonalnymi zasobami oraz 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 działaniu,
- kopię rocznego sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy, w odniesieniu do którego sprawozdanie zamknięto przed złożeniem wniosku (dotyczy organizacji nienastawionych na zysk innych niż organy publiczne).

4. KRYTERIA PRZYZNAWANIA

Jedynie wspólne działania spełniające kryteria wykluczenia, kwalifikowalności i wyboru będą kwalifikowały się do dalszej oceny na podstawie poniższych kryteriów przyznawania.

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

- a) wkład wspólnego działania w realizację celów i priorytetów określonych w planie prac na 2013 r. (8 punktów);
- b) znaczenie strategiczne w odniesieniu do unijnej strategii zdrowia⁽¹⁾ oraz oczekiwanego wkładu w aktualną wiedzę i skutki dla zdrowia (8 punktów);
- c) wartość dodana na poziomie UE w zakresie zdrowia publicznego (8 punktów):
 - skutki dla grup docelowych, skutki długoterminowe i potencjalne efekty mnożnikowe, takie jak powtarzalne, możliwe do przeniesienia i trwałe działania,
 - wkład w komplementarność, synergię i zgodność ze stosowną polityką i innymi programami UE;

d) adekwatność zasięgu geograficznego (8 punktów):

wnioskodawcy muszą zapewnić zasięg geograficzny wspólnego działania odpowiedni do jego celów, wyjaśnić partnerską rolę kwalifikujących się państw oraz adekwatność środków przeznaczonych na wspólne działanie lub grup docelowych, które reprezentują. Wnioski obejmujące tylko jedno kwalifikujące się państwo lub jeden jego region zostaną odrzucone;

e) kontekst społeczny, kulturowy i polityczny (8 punktów):

wnioskodawcy muszą wyjaśnić, w jaki sposób wspólne działanie jest powiązane z sytuacją panującą w danych państwach lub na danych obszarach, zapewniając zgodność przewidywanych działań z kulturą i poglądami grup docelowych.

2. Jakość techniczna (30 punktów, próg: 15 punktów):

a) podstawy merytoryczne (6 punktów):

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

wnioskodawcy muszą załączyć analizę problemu i jasno opisać czynniki, skutki, skuteczność i zastosowanie proponowanych środków;

b) specyfikacja dotycząca treści (6 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno opisać cele i grupy docelowe z uwzględnieniem odpowiednich czynników geograficznych, metod oraz spodziewanych skutków i wyników;

c) innowacyjny charakter, komplementarność techniczna i unikanie powielania innych już prowadzonych działań na poziomie UE (6 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno określić oczekiwany postęp, jaki dane wspólne działanie ma wnieść w odniesieniu do istniejącego stanu wiedzy, oraz opracować działanie w taki sposób, aby nie powieliło niepotrzebnie innych projektów i działań już prowadzonych na poziomie UE i międzynarodowym ani się z nimi nie pokrywało, w całości lub w części;

d) strategia oceny (6 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno opisać proponowane metody i wybrane wskaźniki oraz ich adekwatność;

e) strategia rozpowszechniania (6 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno zilustrować adekwatność planowanej strategii i metodyki w celu zapewnienia możliwości przeniesienia wyników i ich stałego rozpowszechniania.

3. Jakość zarządzania i budżet (30 punktów, próg: 15 punktów):

a) planowanie i organizacja (5 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno 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 jasno opisać strukturę zarządzania, kompetencje personelu, zakresy obowiązków, komunikację wewnętrzną, proces podejmowania decyzji oraz monitorowanie i nadzór;

c) jakość partnerstwa (5 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno opisać przewidywane partnerstwa pod względem ich zakresu, ról i obowiązków, relacji pomiędzy partnerami, a także synergii i komplementarności partnerów oraz struktury sieci;

d) strategia komunikacyjna (5 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno opisać strategię komunikacyjną w odniesieniu do planowania, grup docelowych, adekwatności wykorzystanych kanałów i uwidocznienia współfinansowania przez UE;

e) budżet ogólny i szczegółowy, w tym zarządzanie finansami (10 punktów, próg: 5 punktów):

budżet projektu musi być sporządzony przez wnioskodawców w sposób adekwatny, stosowny, zrównoważony i spójny wewnętrznie, w odniesieniu do partnerów i do szczegółowych celów wspólnego działania. Budżet powinien być podzielony pomiędzy partnerów w minimalnym uzasadnionym stopniu, z uniknięciem jego nadmiernego rozdrobnienia.

Wnioskodawcy muszą jasno opisać obieg środków finansowych, zakresy obowiązków oraz procedury sprawozdawcze i kontrolne.

Każdy wniosek, który nie osiągnie wszystkich progów punktów, zostanie odrzucony.

Po dokonaniu oceny zostaje sporządzona lista wniosków rekomendowanych do przyznania wsparcia finansowego, ułożona według całkowitej liczby przyznanych punktów.

ZAŁĄCZNIK V

Kryteria dotyczące wkładów finansowych w konferencje w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013

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

1. ZASADY OGÓLNE

1. Dokumentami referencyjnymi dla realizacji programu działań 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 (art. 113 rozporządzenia finansowego i art. 172 przepisów wykonawczych),

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

— zasadą niedziałania prawa wstecz: koszty kwalifikujące się do finansowania 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 określoną konferencję danemu beneficjentowi może być przyznana tylko jedna dotacja (art. 111 rozporządzenia finansowego) ⁽¹⁾.

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

— kryteriów wykluczenia i kwalifikowalności (art. 114 rozporządzenia finansowego),

— kryteriów wyboru, w celu oceny zdolności finansowych i operacyjnych wnioskodawcy do zrealizowania proponowanego działania (art. 115 rozporządzenia finansowego),

— kryteriów przyznawania, w celu oceny jakości wniosku z uwzględnieniem jego kosztów.

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

2. KRYTERIA WYKLUCZENIA I KWALIFIKOWALNOŚCI

1. Wnioskodawcy zostaną wykluczeni z udziału w procedurze przyznawania finansowania w ramach programu działań w dziedzinie zdrowia, jeżeli znajdują się w jednej z sytuacji wykluczenia wymienionych w art. 93 ust. 1 i art. 94 rozporządzenia finansowego.

Dowody: wnioskodawcy muszą przedstawić należycie podpisane i opatrzone datą oświadczenie, stwierdzające, że nie znajdują się oni w żadnej z wymienionych powyżej sytuacji.

2. 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 rozumieniu art. 178 ust. 2 przepisów wykonawczych.

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

— dane administracyjne dotyczące głównego partnera,

— opis techniczny konferencji,

— całkowity budżet konferencji i wnioskowany poziom współfinansowania unijnego.

Dowody: treść wniosku.

⁽¹⁾ Oznacza to, że określone działanie objęte wnioskiem jednego z wnioskodawców o dotację może zostać dopuszczone do współfinansowania przez Komisję tylko raz, niezależnie od czasu trwania tego działania.

4. Działania, które zostały rozpoczęte przed datą zarejestrowania wpłynięcia wniosku o przyznanie dotacji, zostaną wyłączone z uczestnictwa w programie działań w dziedzinie zdrowia. Czas trwania działania nie może przekroczyć 12 miesięcy.

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

3. KRYTERIA WYBORU

Jedynie wnioski spełniające wymogi wykluczenia i kwalifikowalności będą kwalifikowały się do oceny. Spełnione muszą być 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 przedstawić swe rachunki zysków i strat oraz bilanse za dwa ostatnie pełne lata obrotowe.

Weryfikacja zdolności finansowej nie będzie dotyczyć organów publicznych, międzynarodowych organizacji publicznych utworzonych na podstawie porozumień międzyrządowych ani utworzonych przez te organizacje agencji specjalistycznych.

2. Zdolności operacyjne

Wnioskodawcy muszą dysponować profesjonalnymi zasobami oraz posiadać kompetencje i kwalifikacje niezbędne do zrealizowania proponowanego działania.

Dowody: wnioskodawcy muszą przedstawić najbardziej aktualne roczne sprawozdanie z działalności ich organizacji, zawierające szczegółowe informacje operacyjne, finansowe i techniczne, a także życiorysy wszystkich wykwalifikowanych pracowników wszystkich organizacji uczestniczących w działaniu, którego dotyczy wniosek.

3. Dokumentacja uzupełniająca, którą należy dostarczyć na żądanie Komisji

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

4. KRYTERIA PRYZNAWANIA

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

a) adekwatność treści i pożądaných rezultatów wydarzenia w odniesieniu do celów i priorytetów opisanych w planie prac na 2013 r. (15 punktów);

b) uczestnictwo (15 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno podać oczekiwaną liczbę uczestników wydarzenia oraz opisać ich profil i funkcję w podziale na państwa członkowskie, organizacje i rodzaj wiedzy specjalistycznej;

c) wymiar europejski (15 punktów):

konferencje muszą mieć wymiar obejmujący całą Unię Europejską, a ich uczestnikami powinni być przedstawiciele z co najmniej 10 państw uczestniczących w programie działań w dziedzinie zdrowia;

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

wnioskodawcy muszą jasno opisać strategię rozpowszechniania. Wymagane jest przedstawienie odpowiedniej oceny sporządzonej na podstawie planu oceny, w tym powiązanego projektu, metody, obowiązków i harmonogramu, przy użyciu wskaźników.

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

a) planowanie wydarzenia (15 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno opisać metodykę, narzędzia, harmonogram i główne etapy, wyniki, charakter i podział zadań, obieg środków finansowych, a także sporządzić analizę ryzyka;

b) zdolności organizacyjne (10 punktów):

wnioskodawcy muszą jasno opisać strukturę zarządzania, kompetencje personelu, zakresy obowiązków, proces podejmowania decyzji, monitorowanie i nadzór;

c) budżet ogólny i szczegółowy (15 punktów):

budżet projektu musi być sporządzony przez wnioskodawców w sposób adekwatny, stosowny, wyważony i spójny wewnątrz oraz w odniesieniu do celów konferencji.

Każdy wniosek, który nie osiągnie wszystkich progów punktów, zostanie odrzucony.

Po dokonaniu oceny zostaje sporządzona lista wniosków rekomendowanych do przyznania wsparcia finansowego, ułożona według całkowitej liczby przyznanych punktów. W zależności od dostępnego budżetu współfinansowaniem zostaną objęte wnioski, które otrzymały najwyższą liczbę punktów.

ZAŁĄCZNIK VI

Kryteria dotyczące braku konfliktu interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju interesów mające zastosowanie do dotacji na działalność i dotacji na wspólne działania w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013

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

Konflikt interesów ma miejsce, gdy osoba lub organizacja ma wiele interesów, z których jeden może wpływać na motywację do działania w związku z innym.

Kryterium „braku konfliktu interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innego rodzaju 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, gospodarcze lub innego rodzaju sprzeczne 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 lub pośrednią trzeciego podmiotu jak wspomniany drugi podmiot.

Kontrola może przyjmować w szczególności jedną z następujących form:

- a) bezpośrednie lub pośrednie posiadanie udziału przekraczającego 50 % wartości nominalnej kapitału podstawowego danego podmiotu prawnego bądź 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 będą jednak uważane same w sobie za powodujące powstanie stosunku kontroli:

- c) sytuacja, w której posiadaczem, bezpośrednio lub pośrednio, udziału przekraczającego 50 % wartości nominalnej wyemitowanego kapitału podstawowego organizacji wnioskodawcy lub posiadaczem większości praw głosu akcjonariuszy lub wspólników danych podmiotów prawnych jest ten sam organ publiczny;
- d) właścicielem danych podmiotów prawnych lub podmiotem sprawującym nadzór nad nimi jest ten sam organ publiczny.

2. NIEZALEŻNOŚĆ FINANSOWA

Aby organizacje wnioskodawcy zostały uznane za niezależne, muszą jednostronnie zobowiązać się do nieotrzymywania więcej niż 20 % podstawowego finansowania od organizacji sektora prywatnego⁽¹⁾ reprezentujących sprzeczne interesy, lub z innych źródeł reprezentujących sprzeczne interesy, w latach obrotowych, których dotyczy dotacja.

Za podstawowe finansowanie uważa się finansowanie wymagane dla utrzymania podstawowej struktury organizacji, w tym wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy, obiektów, wyposażenia, komunikacji oraz bezpośrednich wydatków w codziennej pracy. Podstawowe finansowanie obejmuje także finansowanie wszystkich stałych lub regularnie powtarzanych działań. Wymagania dotyczące podstawowego finansowania stanowią często w budżecie pozycję osobną w stosunku do innych kosztów, takich jak konkretne działania lub projekty.

3. PRZEJRZYSTOŚĆ DZIAŁALNOŚCI I FINANSOWANIA WNIOSKODAWCY

Wszelka działalność wnioskodawcy powinna być przedstawiona w publikowanym przez niego sprawozdaniu rocznym⁽²⁾.

Wszelkie informacje o finansowaniu należy podać do publicznej wiadomości na stronie internetowej wnioskodawcy, w podziale według rodzaju (finansowanie podstawowe i finansowanie projektu, wkłady rzeczowe) oraz według podmiotu finansującego.

Dotychczasowe oświadczenia wnioskodawców dotyczące wymogu ich przejrzystości muszą być dostępne publicznie.

4. OCENA NIEZALEŻNOŚCI

Podstawą oceny niezależności prawnej i przejrzystości są ostatnie dostępne informacje dostarczone przez wnioskodawcę razem z wnioskiem. Niezależność finansowa zostanie oceniona na podstawie informacji finansowych dotyczących roku

⁽¹⁾ Termin „sektor prywatny” obejmuje nastawione na zysk spółki osobowe, przedsiębiorstwa, spółki kapitałowe, organizacje gospodarcze lub inne podmioty, niezależnie od ich charakteru prawnego (wpisane do rejestrów 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 znajdujących się w położeniu, które mogłoby prowadzić do konfliktu interesów (art. 52 rozporządzenia finansowego oraz art. 34 przepisów wykonawczych).

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 biegłego rewidenta. Jeżeli w sprawozdaniach tych zostanie wykazane, że w ciągu jakiegokolwiek roku obrotowego objętego dotacją beneficjenci otrzymywali ponad 20 % podstawowego finansowania od organizacji sektora prywatnego reprezentujących sprzeczne interesy lub z innych źródeł reprezentujących sprzeczne interesy, odzyskana zostanie cała kwota dotacji.

ZAŁĄCZNIK VII

Kryteria wyjątkowej użyteczności dotyczące dotacji na projekty, dotacji na działalność i wspólnych działań w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013

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

1. ZASADY OGÓLNE

Status wyjątkowej użyteczności może zostać przyznany wnioskowi charakteryzującym się bardzo wysoką europejską wartością dodaną w następujących obszarach:

wkład w:

- poprawę zdrowia obywateli europejskich, mierzoną w miarę możliwości na podstawie właściwych wskaźników, w tym wskaźnika lat zdrowego życia,
- zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich i regionach UE oraz pomiędzy nimi,
- budowanie zdolności do formułowania i wdrażania skutecznej polityki zdrowia publicznego, zwłaszcza w obszarach wysokiego zapotrzebowania,
- zaangażowanie nowych (nietradycyjnych) podmiotów w działania na rzecz zdrowia o charakterze trwałym, polegającym na współpracy i uzasadnionym etycznie, na poziomie regionalnym jak i lokalnym oraz w różnych państwach uczestniczących. Obejmuje to sektor publiczny, sektor prywatny i zainteresowane strony w szerzej rozumianym społeczeństwie obywatelskim, których podstawowe cele nie ograniczają się do zdrowia publicznego (na przykład spośród młodzieży, grup etnicznych i z innych obszarów interesu publicznego, takich jak środowisko i sport).

Wnioski spełniające powyższe kryteria można uznać za wnioski o wyjątkowej użyteczności. Wnioskodawcy muszą być w stanie wykazać, w jaki sposób proponowane działania będzie służyło wyżej wymienionym obszarom dzięki spełnieniu kryteriów określonych poniżej.

2. WYJĄTKOWA UŻYTECZNOŚĆ PROJEKTÓW

Można przewidzieć maksymalny wkład UE na jednego beneficjenta (tj. na głównego beneficjenta i współbeneficjenta) w wysokości 80 % kwalifikowalnych kosztów, jeśli wniosek charakteryzuje się wyjątkową użytecznością zgodnie z określonymi powyżej „zasadami ogólnymi”. Współfinansowanie przez 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 przeznaczanego na działanie należy przeznaczyć na finansowanie pracowników. Kryterium to ma na celu budowanie zdolności do formułowania i wdrażania skutecznej polityki zdrowia publicznego,
- co najmniej 25 % budżetu proponowanego działania musi być przekazane państwom członkowskim, których PKB na mieszkańca (zgodnie z najnowszym sprawozdaniem statystycznym opublikowanym przez Eurostat) znajduje się w dolnym kwartylu wszystkich państw członkowskich UE. Kryterium to ma przyczynić się do zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich UE,
- należy uzyskać co najmniej pięć z ośmiu punktów w ramach wszystkich kryteriów przyznawania należących do zestawu mającego znaczenie dla polityki wspomnianego w załączniku II. Kryterium to ma na celu wspieranie poprawy zdrowia obywateli europejskich poprzez lepsze dostosowanie polityki,
- co najmniej 10 % budżetu musi być przydzielone organizacjom, które w ciągu minionych pięciu lat nie otrzymały żadnego finansowania w ramach programu działań w dziedzinie zdrowia. Kryterium to ma na celu promowanie zaangażowania nowych podmiotów prowadzących działania na rzecz zdrowia.

3. WYJĄTKOWA UŻYTECZNOŚĆ DOTACJI NA DZIAŁALNOŚĆ

Można przewidzieć maksymalny wkład UE w wysokości 80 % kwalifikowalnych kosztów, jeśli wniosek o dotację na działalność charakteryzuje się wyjątkową użytecznością zgodnie z określonymi powyżej „zasadami ogólnymi”. Wnioski dotyczące dotacji na działalność wymagających współfinansowania w wysokości przekraczającej 60 % będą musiały spełniać następujące kryteria:

- co najmniej 25 % liczby członków lub członków-kandydatów organizacji pozarządowych lub organizacji tworzących specjalistyczną sieć pochodzi z państw członkowskich, których PKB na mieszkańca (zgodnie z najnowszym sprawozdaniem statystycznym opublikowanym przez Eurostat) znajduje się w dolnym kwartylu wszystkich państw członkowskich UE,

- zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia na poziomie unijnym, krajowym lub regionalnym przejawia się w misji oraz w rocznym programie prac organizacji wnioskodawcy lub specjalistycznej sieci.

4. WYJĄTKOWA UŻYTECZNOŚĆ WSPÓLNYCH DZIAŁAŃ

Można przewidzieć maksymalny wkład UE w wysokości 70 % kwalifikowalnych kosztów, jeśli wniosek dotyczący wspólnego działania charakteryzuje się wyjątkową użytecznością zgodnie z określonymi powyżej „zasadami ogólnymi”. Wnioski dotyczące wspólnych działań wymagające współfinansowania w wysokości przekraczającej 50 % będą musiały spełniać następujące kryteria:

- co najmniej 60 % całkowitego budżetu przeznaczonego na działanie należy przeznaczyć na finansowanie pracowników. Kryterium to ma na celu budowanie zdolności do formułowania i wdrażania skutecznej polityki zdrowia publicznego,
 - co najmniej 25 % budżetu proponowanego działania musi być przekazane państwom członkowskim, których PKB na mieszkańca (zgodnie z najnowszym sprawozdaniem statystycznym opublikowanym przez Eurostat) znajduje się w dolnym kwartyle wszystkich państw członkowskich UE. Kryterium to ma przyczynić się do zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich UE,
 - należy uzyskać co najmniej pięć z ośmiu punktów w ramach wszystkich kryteriów przyznawania należących do zestawu mającego znaczenie dla polityki wspomnianego w załączniku IV. Kryterium to ma na celu wspieranie poprawy zdrowia obywateli europejskich poprzez lepsze dostosowanie polityki,
 - co najmniej 10 % budżetu musi być przydzielone organizacjom, które w ciągu minionych pięciu lat nie otrzymały żadnego finansowania w ramach programu działań w dziedzinie zdrowia. Kryterium to ma na celu promowanie zaangażowania nowych podmiotów prowadzących działania na rzecz zdrowia,
 - we wspólnym działaniu powinny uczestniczyć organy z co najmniej 10 państw uczestniczących lub organy z trzech państw uczestniczących, jeżeli działanie jest proponowane przez organ państwa członkowskiego, które przystąpiło do Unii Europejskiej nie wcześniej niż dnia 1 maja 2004 r., lub przez państwo kandydujące.
-