

DECYZJE PRZYJĘTE WSPÓLNIE PRZEZ PARLAMENT EUROPEJSKI I RADĘ

DECYZJA NR 1350/2007/WE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY

z dnia 23 października 2007 r.

ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

PARLAMENT EUROPEJSKI I RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

uwzględniając Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, w szczególności jego art. 152,

uwzględniając wniosek Komisji,

uwzględniając opinię Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego ⁽¹⁾,uwzględniając opinię Komitetu Regionów ⁽²⁾,stanowiąc zgodnie z procedurą przewidzianą w art. 251 Traktatu ⁽³⁾,

a także mając na uwadze, co następuje:

(1) Wspólnota może przyczynić się do ochrony zdrowia i bezpieczeństwa obywateli przez działania w dziedzinie zdrowia publicznego. Przy określaniu i wdrażaniu wszelkich wspólnotowych strategii i działań należy zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 152 Traktatu Wspólnota ma obowiązek odgrywać aktywną rolę przez podejmowanie działań, których nie mogą podjąć pojedyncze państwa członkowskie zgodnie z zasadą pomocniczości. Wspólnota w pełni przestrzega właściwości państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej.

⁽¹⁾ Dz.U. C 88 z 11.4.2006, str. 1.

⁽²⁾ Dz.U. C 192 z 16.8.2006, str. 8.

⁽³⁾ Opinia Parlamentu Europejskiego z dnia 16 marca 2006 r. (Dz.U. C 291 E z 30.11.2006, str. 372), wspólne stanowisko Rady z dnia 22 marca 2007 r. (Dz.U. C 103 E z 8.5.2007, str. 11) i stanowisko Parlamentu Europejskiego z dnia 10 lipca 2007 r. (dotychczas nieopublikowane w Dzienniku Urzędowym). Decyzja Rady z dnia 9 października 2007 r.

(2) Sektor opieki zdrowotnej charakteryzuje się z jednej strony znacznym potencjałem wzrostu, innowacyjnością oraz dynamiką, a z drugiej – obecnością wyzwań związanych z trwałością finansową i społeczną oraz wydajnością systemów opieki zdrowotnej, między innymi ze względu na starzenie się społeczeństwa oraz postępy medycyny.

(3) Wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008), przyjęty decyzją nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ⁽⁴⁾, był pierwszym zintegrowanym programem Wspólnoty w tej sferze i przyniósł już wiele istotnych zmian i ulepszeń.

(4) Konieczne jest dokładanie ciągłych starań, aby osiągnąć cele już wyznaczone przez Wspólnotę w dziedzinie zdrowia publicznego. Jest zatem właściwe ustanowienie drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 (zwanego dalej „programem”).

(5) Istnieje wiele poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowotnych, które potencjalnie mogą mieć charakter ogólnosiwiatowy, ciągle też pojawiają się nowe zagrożenia, wymagające dalszych działań Wspólnoty. Poważne transgraniczne zagrożenia zdrowotne wymagają priorytetowego traktowania ze strony Wspólnoty. Program powinien kłaść nacisk na wzmocnienie ogólnych zdolności Wspólnoty przez dalszy rozwój współpracy między państwami członkowskimi. Monitorowanie, wczesne ostrzeżenie i zwalczanie poważnych zagrożeń dla zdrowia są ważnymi dziedzinami, w ramach których skuteczne i skoordynowane reagowanie na zagrożenia dla zdrowia powinno być propagowane na szczeblu wspólnotowym. Aby móc reagować na zagrożenia dla zdrowia, niezbędne jest działanie zapewniające wysoką jakość współpracy diagnostycznej między laboratoriami. Program powinien zachęcać do ustanowienia systemu wspólnotowych laboratoriów referencyjnych. Taki system musi jednak być oparty na solidnej podstawie prawnej.

⁽⁴⁾ Dz.U. L 271 z 9.10.2002, str. 1. Decyzja zmieniona decyzją nr 786/2004/WE (Dz.U. L 138 z 30.4.2004, str. 7).

- (6) Zgodnie ze sprawozdaniem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) o stanie zdrowia w Europie za rok 2005 najważniejszymi przyczynami obciążenia chorobowego w regionie europejskim WHO w przeliczeniu na utracone potencjalne lata życia z uwzględnieniem niesprawności (Disability Adjusted Life-Years – DALYs) są choroby niezakaźne (77 % wszystkich zachorowań), urazy zewnętrzne oraz zatrucia (14 %), a także choroby zakaźne (9 %). Siedem głównych grup chorób: choroba niedokrwienna serca, jednobiegunowe zaburzenia depresyjne, choroby naczyń mózgowych, zaburzenia związane z używaniem alkoholu, przewlekłe choroby płuc, rak płuc i urazy w wyniku wypadków drogowych, odpowiada za 34 % DALY w regionie. Siedem głównych czynników ryzyka: tytoń, alkohol, wysokie ciśnienie krwi, wysoki poziom cholesterolu, nadwaga, niewielkie spożycie owoców i warzyw oraz brak aktywności fizycznej, odpowiada za 60 % DALY. Dodatkowym zagrożeniem dla zdrowia wszystkich obywateli Europy stają się choroby zakaźne, takie jak HIV/AIDS, grypa, gruźlica i malaria. Istotnym zadaniem programu, realizowanym tam, gdzie to właściwe, we współpracy ze wspólnotowym programem statystycznym, powinna być lepsza identyfikacja głównych obciążeń zdrowotnych we Wspólnocie.
- (7) Wśród chorób niezakaźnych największą zachorowalność i śmiertelność w regionie europejskim WHO powoduje osiem następujących chorób: choroby sercowo-naczyniowe, zaburzenia neuropsychiatryczne, nowotwory, choroby układu pokarmowego, choroby układu oddechowego, choroby narządów zmysłów, choroby układu mięśniowo-szkieletowego oraz cukrzyca. Program pozostający w harmonii z innymi inicjatywami i projektami finansowania powinien przyczynić się do poszerzenia wiedzy i informacji o zapobieganiu poważnym chorobom, rozpoznawaniu ich i leczeniu. W związku z powyższym Komisja może przedstawić w trakcie realizacji programu wnioski dotyczące odpowiednich zaleceń Rady. Program powinien również wspierać odpowiednią koordynację i synchronizację wspólnotowych inicjatyw dotyczących zbierania danych porównawczych na temat poważnych chorób, w tym raka.
- (8) Zdrowiu obywateli Europy zaczyna zagrażać odporność bakterii na antybiotyki oraz zakażenia szpitalne. Największe obawy wzbudza brak nowych skutecznych antybiotyków oraz środków zapewnienia należytych metod stosowania istniejących antybiotyków. Dlatego należy gromadzić i analizować właściwe dane.
- (9) W zwalczaniu chorób zakaźnych ważne jest wzmocnienie roli Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ustanowionego rozporządzeniem (WE) nr 851/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady⁽¹⁾.
- (10) Obecny program powinien opierać się na osiągnięciach poprzedniego programu działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008). Powinien przyczynić się on do osiągnięcia wysokiego poziomu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz większej równości w kwestiach zdrowotnych w całej Wspólnocie dzięki działaniom w kierunku poprawy zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom i zaburzeniom występującym u ludzi oraz usuwania źródeł zagrożeń dla zdrowia w celu zwalczania zachorowalności oraz przedwczesnej umieralności. Powinien ponadto przyczynić się do zapewnienia obywatelom lepszego dostępu do informacji, zwiększając w ten sposób ich zdolność do podejmowania decyzji najlepiej odpowiadających ich interesom.
- (11) Program powinien kłaść nacisk na poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży oraz propagowanie zdrowego stylu życia i zachowań profilaktycznych wśród nich.
- (12) Program powinien wspierać włączenie celów związanych ze zdrowiem do wszystkich strategii i działań Wspólnoty, nie powielając działań prowadzonych w innych dziedzinach polityki wspólnotowej. Koordynacja z innymi dziedzinami polityki i programami Wspólnoty stanowi kluczowy element celu, jakim jest włączenie zdrowia do innych dziedzin polityki. W celu promowania synergii oraz uniknięcia nakładania się działań podjęte mogą zostać działania wspólne z odpowiednimi programami i działaniami Wspólnoty, a inne fundusze i programy Wspólnoty, w tym istniejące i przyszłe ramowe programy badań i ich wyniki, fundusze strukturalne, Europejski Fundusz Solidarności, europejska strategia ochrony zdrowia w miejscu pracy, program działań Wspólnoty w dziedzinie polityki ochrony konsumentów (2007–2013)⁽²⁾, program „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach”, program „Walka z przemocą (Daphne)” i wspólnotowy program statystyczny, powinny zostać właściwie wykorzystane w zakresie ich odnośnych działań.
- (13) Szczególne wysiłki powinny zostać podjęte w celu zapewnienia spójności i synergii między programem a zewnętrznymi działaniami Wspólnoty, zwłaszcza w zakresie grypy ptaków, HIV/AIDS, gruźlicy i innych transgranicznych zagrożeń zdrowotnych. Ponadto powinna istnieć współpraca międzynarodowa w celu promowania ogólnej reformy zdrowia oraz ogólnych instytucjonalnych zagadnień związanych ze zdrowiem w krajach trzecich.
- (14) Zwiększanie wskaźnika lat zdrowego życia (Healthy Life Years, HLY) przez zapobieganie chorobom i promowanie polityki służących prowadzeniu zdrowszego stylu życia jest istotne dla dobrego samopoczucia obywateli UE i pomaga realizować zadania procesu lizbońskiego w odniesieniu do społeczeństwa opartego na wiedzy i zrównoważenia finansów publicznych, obciążonych wzrastającymi kosztami opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego.

(1) Dz.U. L 142 z 30.4.2004, str. 1.

(2) Decyzja nr 1926/2006/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. L 404 z 30.12.2006, str. 39).

- (15) Rozszerzenie Unii Europejskiej przyniosło dodatkowe problemy związane z nierównością w zakresie zdrowia w UE, które prawdopodobnie uwydatnią się w jeszcze większym stopniu na dalszych etapach rozszerzenia. Zagadnienie to powinno być w związku z tym jednym z priorytetów programu.
- (16) Program powinien pomóc w identyfikacji przyczyn nierówności w zakresie zdrowia i zachęcać między innymi do wymiany sprawdzonych rozwiązań w dziedzinie likwidacji takich nierówności.
- (17) Niezbędne jest systematyczne gromadzenie, przetwarzanie i analizowanie danych porównawczych – w ramach ograniczeń krajowych – w celu skutecznego monitorowania stanu zdrowia w Unii Europejskiej. Umożliwi to Komisji i państwom członkowskim lepsze informowanie opinii publicznej oraz przygotowanie odpowiednich strategii, polityk i działań mających na celu osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego. W działaniach i środkach wsparcia powinno się dążyć do kompatybilności i interoperacyjności systemów i sieci wymiany informacji i danych na temat zdrowia publicznego. W dziedzinie zdrowia istotne znaczenie mają płeć, status społeczno-ekonomiczny i wiek. Przy gromadzeniu danych powinno się więc w miarę możliwości korzystać z istniejących prac, a wnioski dotyczące nowych zbiorów powinny być oszacowane pod względem kosztów i uzasadnione wyraźną potrzebą. Gromadzenie danych powinno być zgodne z odpowiednimi przepisami prawnymi dotyczącymi ochrony danych osobowych.
- (18) Ważne są sprawdzone rozwiązania, ponieważ promocja zdrowia oraz działania zapobiegawcze powinny być mierzone pod kątem wydajności i skuteczności, a nie w kontekście czysto ekonomicznym. Powinno się propagować sprawdzone rozwiązania i najnowsze metod leczenia chorób i urazów, w celu zapobiegania przyszłemu pogorszeniu zdrowia, oraz rozwoju europejskich sieci referencyjnych dla konkretnych stanów medycznych.
- (19) Należy podjąć działania mające na celu zapobieganie urazom przez gromadzenie danych, analizowanie czynników wpływających na urazy oraz rozpowszechnianie istotnych informacji.
- (20) Za usługi zdrowotne odpowiedzialne są głównie państwa członkowskie, jednak współpraca na szczeblu wspólnotowym może przynieść korzyści pacjentom i systemom zdrowotnym. Działania finansowane przez program, jak również nowe wnioski opracowane w ich wyniku, powinny należycie uwzględniać konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej⁽¹⁾ przyjęte w czerwcu 2006 r., które potwierdzają oświadczenie w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej UE oraz wzywają instytucje Unii Europejskiej do ich przestrzegania w swojej pracy. Program powinien uwzględniać dalszy rozwój w odniesieniu do działań Wspólnoty w dziedzinie usług zdrowotnych, jak również prace Grupy Wysokiego Szczebla ds. Usług Zdrowotnych i Opieki Medycznej, która stanowi ważne forum współpracy i wymiany najlepszych praktyk między systemami opieki zdrowotnej państw członkowskich.
- (21) Program powinien przyczynić się do gromadzenia danych, wspierania i rozwoju metod i narzędzi, ustanowienia sieci i różnego rodzaju współpracy i promowania właściwej polityki w zakresie mobilności pacjentów, jak również mobilności specjalistów w zakresie opieki zdrowotnej. Powinien on ułatwić dalszy rozwój Europejskiego Obszaru e-Zdrowia przez wspólne europejskie inicjatywy obejmujące także inne dziedziny polityki UE, w tym politykę regionalną, wnosząc wkład w działania dotyczące ustanowienia kryteriów jakościowych dla stron internetowych poświęconych zdrowiu oraz Europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego. Należy wziąć pod uwagę telemedycynę, ponieważ jej zastosowania mogą przyczynić się do opieki transgranicznej przy jednoczesnym zapewnieniu opieki medycznej w domu.
- (22) Poważne zagrożenie dla zdrowia i poważny powód do obaw ze strony obywateli Europy stanowi zanieczyszczenie środowiska. Specjalne działania powinny skupić się na dzieciach i innych grupach, które są szczególnie narażone na niebezpieczne warunki środowiskowe. Program powinien uzupełniać działania podjęte w ramach europejskiego planu działania 2004–2010 na rzecz środowiska i zdrowia.
- (23) Program powinien dotyczyć kwestii zdrowotnych mających związek z płcią i ze starzeniem.
- (24) Program powinien uznać znaczenie holistyczno-pluralistycznego podejścia do zagadnień dotyczących zdrowia publicznego i uwzględnić w swych działaniach medycynę komplementarną i alternatywną, jeżeli jest to uzasadnione i jeżeli jej skuteczność została dowiedziona naukowo lub klinicznie.
- (25) Podstawowymi czynnikami ochrony zdrowia ludzkiego są zasada zapobiegania i ocena ryzyka, powinny więc one być ściślej zintegrowane z innymi dziedzinami polityki i działaniami Wspólnoty.
- (26) Niniejsza decyzja ustanawia na cały okres trwania programu, kopertę finansową, która stanowi główny punkt odniesienia dla władzy budżetowej podczas corocznej procedury budżetowej w rozumieniu pkt 37 porozumienia międzyinstytucjonalnego z dnia 17 maja 2006 r. pomiędzy Parlamentem Europejskim, Radą i Komisją w sprawie dyscypliny budżetowej i należytego zarządzania finansami⁽²⁾.

⁽¹⁾ Dz.U. C 146 z 22.6.2006, str. 1.

⁽²⁾ Dz.U. C 139 z 14.6.2006, str. 1.

- (27) W celu zapewnienia wysokiego poziomu koordynacji między działaniami a inicjatywami podjętymi przez Wspólnotę i państwa członkowskie przy wdrażaniu programu konieczne jest promowanie współpracy między państwami członkowskimi i wzmocnienie wydajności istniejących i przyszłych sieci w dziedzinie zdrowia publicznego. We wdrażaniu programu należy uwzględnić udział władz krajowych, regionalnych i lokalnych, na właściwym szczeblu, zgodnie z systemami krajowymi.
- (28) Niezbędne jest zwiększenie inwestycji UE w ochronę zdrowia i projekty z nią związane. W związku z powyższym zachęca się państwa członkowskie do przyznania kwestiom poprawy ochrony zdrowia priorytetowego znaczenia w poszczególnych krajowych programach rozwoju. Niezbędne jest propagowanie wiedzy na temat możliwości uzyskania funduszy UE na ochronę zdrowia. Powinno zachęcać się państwa członkowskie do wymiany doświadczeń w zakresie finansowania ochrony zdrowia ze środków funduszy strukturalnych.
- (29) Jednostki pozarządowe i wyspecjalizowane sieci również mogą odegrać ważną rolę w wypełnianiu celów programu. Dążąc do realizacji jednego lub większej liczby celów programu, mogą one potrzebować wkładu Wspólnoty. Dlatego też, zgodnie z decyzją Rady 1999/468/WE z dnia 28 czerwca 1999 r. ustanawiającą warunki wykonywania uprawnień wykonawczych przyznanych Komisji ⁽¹⁾, powinno określić się szczegółowe kryteria kwalifikowalności, przepisy dotyczące przejrzystości finansowej i czasu udzielania wsparcia wspólnotowego jednostkom pozarządowym i wyspecjalizowanym sieciom kwalifikującym się do pomocy wspólnotowej. Kryteria takie powinny obejmować zobowiązanie takich jednostek i sieci do określenia jasnych celów, planów działania oraz wymiernych rezultatów i wyników reprezentujących silny wymiar europejski oraz rzeczywistą wartość dodaną dla celów programu. Zważywszy na szczególnie charakter wspomnianych jednostek i wyspecjalizowanych sieci i w przypadkach wyjątkowej użyteczności, dla wznowienia wsparcia Wspólnoty dla ich działania powinno być możliwe uniknięcie zasady stopniowej regresji wielkości wsparcia Wspólnoty.
- (30) Realizacja programu powinna przebiegać w ścisłej współpracy z właściwymi organizacjami i agencjami, w szczególności zaś z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób.
- (31) Środki niezbędne do wdrożenia niniejszej decyzji powinny zostać przyjęte zgodnie z decyzją 1999/468/WE, przy jednoczesnym poszanowaniu konieczności zachowania przejrzystości, a także rozsądnej równowagi między poszczególnymi zadaniami programu.
- (32) Porozumienie o Europejskim Obszarze Gospodarczym (zwane dalej „porozumieniem EOG”) przewiduje współpracę w dziedzinie zdrowia między Wspólnotą Europejską a jej państwami członkowskimi, z jednej strony, oraz państwami Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu uczestniczącymi w Europejskim Obszarze Gospodarczym (zwanymi dalej „państwami EFTA/EOG”), z drugiej strony. Należy również wprowadzić przepis otwierający program na uczestnictwo innych krajów, w szczególności krajów sąsiadujących z Unią Europejską oraz ubiegających się o członkostwo, kandydujących lub przystępujących do Wspólnoty, ze szczególnym uwzględnieniem faktu, że zagrożenia zdrowia występujące w innych krajach stanowią potencjalne zagrożenie na terytorium Wspólnoty.
- (33) Aby wspomagać osiągnięcie celów programu, powinno się ułatwić nawiązywanie właściwych stosunków z państwami trzecimi nieuczestniczącymi w programie, z uwzględnieniem wszelkich właściwych umów zawieranych między tymi państwami a Wspólnotą. Stosunki te mogą obejmować państwa trzecie podejmujące działania będące uzupełnieniem działań finansowanych przez program w obszarach wspólnego zainteresowania, jednak państwa te nie powinny korzystać z wkładu finansowego w ramach programu.
- (34) Należy rozwijać współpracę z odpowiednimi organizacjami międzynarodowymi, takimi jak Organizacja Narodów Zjednoczonych i jej wyspecjalizowane agencje, w szczególności z WHO, oraz Radą Europy i Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju w celu realizacji programu przez zwiększenie efektywności i skuteczności działań związanych ze zdrowiem na szczeblu wspólnotowym i międzynarodowym, z uwzględnieniem szczególnych możliwości i zadań poszczególnych organizacji.
- (35) Pomyślna realizacja celów wyznaczonych w programie powinna opierać się na dobrym uwzględnieniu zagadnień ujętych w rocznych planach prac, na wybraniu właściwych działań i finansowaniu projektów zawierających właściwy mechanizm monitorowania i oceny, na systematycznym monitorowaniu i ocenie, w tym niezależnych ocenach zewnętrznych, które powinny być stosowane do pomiaru wpływu tych działań i wykazania ich wkładu do ogólnych celów programu. Ocena programu powinna uwzględniać fakt, że osiągnięcie celów programu może potrwać dłużej niż sam program.
- (36) Roczny plan prac powinien obejmować główne przewidywalne działania, które mają być finansowane w ramach programu za pomocą wszelkich istniejących mechanizmów finansowych, w tym przetargów.

⁽¹⁾ Dz.U. L 184 z 17.7.1999, str. 23. Decyzja zmieniona decyzją 2006/512/WE (Dz.U. L 200 z 22.7.2006, str. 11).

(37) Jako że cele niniejszej decyzji nie mogą być osiągnięte w sposób wystarczający przez państwa członkowskie z uwagi na transgraniczny charakter istotnych zagadnień, ale mogą być lepiej osiągnięte na poziomie Wspólnoty dzięki możliwościom bardziej efektywnych i skutecznych działań Wspólnoty w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa obywateli, Wspólnota może przyjąć środki zgodnie z zasadą pomocniczości określoną w art. 5 Traktatu. Zgodnie z zasadą proporcjonalności określoną w tym artykule niniejsza decyzja nie wykracza poza zakres niezbędny do osiągnięcia tych celów.

(38) Zgodnie z art. 2 Traktatu, stanowiącym, że jedną z zasad Wspólnoty jest równość mężczyzn i kobiet, oraz z art. 3 ust. 2 Traktatu, stanowiącym, że we wszystkich działaniach wspólnotowych, w tym mających na celu osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia, Wspólnota zmierza do zniesienia nierówności oraz wspierania równości mężczyzn i kobiet, wszelkie cele i działania objęte programem powinny służyć propagowaniu lepszemu zrozumieniu i uznania różnych potrzeb mężczyzn i kobiet oraz ich podejścia do zdrowia.

(39) Właściwe jest zapewnienie przejścia między niniejszym programem a poprzednim, który zostaje zastąpiony niniejszym programem, w szczególności w sprawie kontynuacji wieloletnich uzgodnień dotyczących zarządzania nim, takich jak finansowanie pomocy technicznej i administracyjnej. Jeśli zajdzie taka konieczność, od dnia 1 stycznia 2014 r. ze środków na pomoc techniczną i administracyjną pokryte powinny zostać wydatki związane z zarządzaniem działaniami, które nie zostaną ukończone do końca 2013 r.

(40) Niniejsza decyzja zastępuje decyzję nr 1786/2002/WE. Wspomniana decyzja powinna zatem zostać uchylona,

STANOWIĄ, CO NASTĘPUJE:

Artykuł 1

Ustanowienie programu

Niniejszym ustanawia się drugi program „Działania Wspólnoty w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013”, zwany dalej „programem”, na okres od dnia 1 stycznia 2008 r. do dnia 31 grudnia 2013 r.

Artykuł 2

Cele i zadania

1. Program stanowi uzupełnienie, wsparcie oraz wartość dodaną w stosunku do polityki państw członkowskich w różnych dziedzinach oraz przyczynia się do zwiększenia

solidarności i dobrobytu w Unii Europejskiej przez ochronę i promowanie ludzkiego zdrowia i bezpieczeństwa oraz poprawę zdrowia publicznego.

2. Szczegółowe zadania realizowane przez działania przewidziane w załączniku są następujące:

— poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli,

— promocja zdrowia, w tym zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia,

— generowanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia.

Działania, o których mowa w pierwszym akapicie, służą, w stosownych przypadkach, profilaktyce poważnych chorób i przyczyniają się do ograniczenia ich występowania, jak również zmniejszenia powodowanych przez nie zachorowalności i śmiertelności.

Artykuł 3

Finansowanie

1. Koperta finansowa dla realizacji programu w okresie wskazanym w art. 1 jest niniejszym ustalona na kwotę 321 500 000 EUR.

2. Wartość środków przyznanych na okres jednego roku zatwierdzana jest przez władzę budżetową w granicach ram finansowych.

Artykuł 4

Wkład finansowy

1. Wkład finansowy Wspólnoty nie może przekroczyć następujących poziomów:

a) 60 % kosztów na działania zmierzające do wspierania realizacji celu stanowiącego część programu, z wyjątkiem przypadków wyjątkowej użyteczności, w których wkład Wspólnoty nie przekracza 80 %; oraz

b) 60 % kosztów na działanie jednostki pozarządowej lub wyspecjalizowanej sieci, która nie ma charakteru zarobkowego i jest niezależna od interesów branżowych, handlowych, gospodarczych lub innych interesów kolidujących z programem, posiada członków w przynajmniej połowie państw członkowskich, ma równomierny zakres geograficzny oraz jako swój główny cel działalności realizuje jeden lub więcej celów programu, a wsparcie takie jest konieczne do realizacji tych celów. W przypadkach wyjątkowej użyteczności wkład Wspólnoty nie przekracza 80 %.

2. Wznowienie wkładu finansowego, o którym mowa w ust. 1 lit. b), na rzecz jednostek pozarządowych i sieci wyspecjalizowanych nie musi podlegać zasadzie stopniowej degresji.

3. Wkład finansowy Wspólnoty, w razie potrzeb związanych z realizacją zamierzonego celu, może obejmować wspólne finansowanie przez Wspólnotę i jedno lub kilka państw członkowskich lub przez Wspólnotę i właściwe organy państw uczestniczących. W takim przypadku wkład Wspólnoty nie przekracza 50 %, z wyjątkiem przypadków wyjątkowej użyteczności, w których wkład Wspólnoty nie przekracza 70 %. Taki wkład Wspólnoty może być przyznany organizacji publicznej lub organizacji pozarządowej o charakterze niezarobkowym, niezależnej od interesów branżowych, handlowych, biznesowych lub innych interesów kolidujących z programem, której głównym kierunkiem działalności jest jeden lub więcej celów programu, wyznaczonej w drodze przejrzystej procedury przez państwo członkowskie lub właściwy organ zatwierdzony przez Komisję.

4. Wkład finansowy Wspólnoty może polegać również na finansowaniu w formie płatności ryczałtowej oraz stawek ryczałtowych, jeśli odpowiada to charakterowi zamierzonych działań. Do takiego wkładu nie stosuje się limitów procentowych określonych w ust. 1 i 3, pomimo że współfinansowanie jest nadal wymagane.

Artykuł 5

Pomoc administracyjna i techniczna

1. Ze środków finansowych przyznanych na realizację programu można również pokrywać wydatki związane z przygotowaniem, monitorowaniem, kontrolą, audytami i oceną, niezbędnymi bezpośrednio do zarządzania programem i realizacji jego celów, zwłaszcza zaś wydatki na opracowania, spotkania, działalność informacyjną i publikacyjną, sieci informatyczne służące wymianie informacji oraz wszelkie inne wydatki na wsparcie techniczne i administracyjne, którego Komisja może potrzebować do celów zarządzania programem.

2. Wkład finansowy może również pokrywać wydatki na wsparcie techniczne i administracyjne służące zapewnieniu przejścia między programem a środkami przyjętymi na mocy

decyzji nr 1786/2002/WE. W razie potrzeby można przewidzieć w budżecie po 2013 r. środki na pokrycie podobnych wydatków, aby umożliwić zarządzanie działaniami, które nie zostaną zakończone do dnia 31 grudnia 2013 r.

Artykuł 6

Metody realizacji

Działania zmierzające do osiągnięcia celów i zadań określonych w art. 2 w pełni wykorzystują właściwe metody realizacji, w tym w szczególności:

- a) bezpośrednią lub pośrednią realizację przez Komisję w sposób scentralizowany; oraz
- b) w odpowiednich przypadkach – zarządzanie wspólnie z organizacjami międzynarodowymi.

Artykuł 7

Realizacja programu

1. Komisja zapewnia realizację działań i środków określonych w programie w ścisłej współpracy z państwami członkowskimi zgodnie z art. 3 oraz 8.

2. Komisja i państwa członkowskie podejmują właściwe działania w ramach swoich kompetencji w celu zapewnienia skutecznego działania programu i stworzenia na szczeblu Wspólnoty i państw członkowskich mechanizmów koniecznych do osiągnięcia jego celów. Zapewniają przedstawianie odpowiednich informacji o działaniach objętych programem oraz osiągnięcie odpowiedniego uczestnictwa.

3. Aby osiągnąć cele programu, Komisja w ścisłej współpracy z państwami członkowskimi:

- a) dąży do zapewnienia porównywalności danych i informacji oraz zgodności i interoperacyjności systemów i sieci wymiany danych i informacji o zdrowiu; oraz
- b) zapewnia niezbędną kooperację i komunikację z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób oraz innymi odpowiednimi agencjami UE, aby zoptymalizować wykorzystanie funduszy Wspólnoty.

4. Przy wdrażaniu programu Komisja Europejska wraz z państwami członkowskimi zapewnia zgodność ze wszystkimi właściwymi przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz, w odpowiednich przypadkach, wprowadzenie mechanizmów zapewniających poufność i bezpieczeństwo tych danych.

Artykuł 8

Środki wykonawcze

1. Środki niezbędne do wykonania niniejszej decyzji, odnoszące się do kwestii wymienionych poniżej, przyjmuje się zgodnie z procedurą, o której mowa w art. 10 ust. 2:

a) roczny plan pracy dotyczący realizacji programu określający:

(i) priorytety i działania, które należy podjąć, w tym podział środków finansowych;

(ii) kryteria procentowego udziału finansowania wspólnotowego, w tym kryteria oceny, czy ma zastosowanie zasada wyjątkowej użyteczności;

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

b) kryteria wyboru, kwalifikacji oraz inne kryteria wkładów finansowych do działań w ramach programu, zgodnie z art. 4.

2. Wszystkie pozostałe środki niezbędne do wykonania niniejszej decyzji przyjmuje się zgodnie z procedurą, o której mowa w art. 10 ust. 3.

Artykuł 9

Wspólne strategie i działania

1. W celu zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego przy określaniu i wdrażaniu polityki Wspólnoty we wszystkich dziedzinach i wszystkich działań Wspólnoty oraz w celu promowania włączenia kwestii zdrowia do innych działań, cele programu mogą być realizowane jako wspólne strategie i wspólne działania przez tworzenie powiązań z odpowiednimi programami, działaniami i funduszami Wspólnoty.

2. Komisja zapewnia optymalną synergię programu z innymi programami, działaniami i funduszami wspólnotowymi.

Artykuł 10

Komitet

1. Komisja jest wspomagana przez komitet (zwany dalej „Komitetem”).

2. W przypadku odesłania do niniejszego ustępu stosuje się art. 4 i 7 decyzji 1999/468/WE, z uwzględnieniem przepisów art. 8 tej decyzji.

Okres, o którym mowa w art. 4 ust. 3 decyzji 1999/468/WE, wynosi dwa miesiące.

3. W przypadku odesłania do niniejszego ustępu stosuje się art. 3 i 7 decyzji 1999/468/WE, z uwzględnieniem przepisów art. 8 tej decyzji.

Artykuł 11

Uczestnictwo państw trzecich

Uczestnictwo w programie jest otwarte dla:

a) państw EFTA/EOG zgodnie z warunkami ustalonymi w porozumieniu EOG; oraz

b) państw trzecich, w szczególności państw, do których znajduje zastosowanie europejska polityka sąsiedztwa, państw ubiegających się o członkostwo, kandydujących lub przystępujących do Unii Europejskiej, a także państw Bałkanów Zachodnich włączonych do procesu stabilizacji i stowarzyszenia, zgodnie z warunkami określonymi w odpowiednich dwu- i wielostronnych umowach ustanawiających ogólne zasady uczestnictwa w programach wspólnotowych.

Artykuł 12

Współpraca międzynarodowa

Podczas realizacji programu należy podtrzymywać stosunki i współpracę z państwami trzecimi nieuczestniczącymi w programie oraz właściwymi organizacjami międzynarodowymi, w szczególności ze Światową Organizacją Zdrowia.

Artykuł 13

Monitorowanie, ocena i upowszechnianie wyników

1. Komisja w bliskiej współpracy z państwami członkowskimi monitoruje realizację działań programu pod kątem jego zadań. Komisja składa komitetowi coroczne sprawozdania na temat wszystkich działań i projektów finansowanych w ramach programu oraz informuje Parlament Europejski i Radę.

2. Na wniosek Komisji, która unika nieproporcjonalnego wzrostu obciążenia administracyjnego państw członkowskich, państwa członkowskie przedkładają wszelkie dostępne informacje w sprawie realizacji i skutków programu.

3. Komisja przedkłada Parlamentowi Europejskiemu, Radzie Europejskiemu Komitetowi Ekonomiczno-Społecznemu oraz Komitetowi Regionów:

- a) nie później niż do dnia 31 grudnia 2010 r. zewnętrzne i niezależne śródkresowe sprawozdanie oceniające uzyskane wyniki w odniesieniu do celów programu oraz jakościowych i ilościowych aspektów jego wdrażania, jak również jego spójność i komplementarność z innymi stosownymi programami, działaniami i funduszami wspólnotowymi. Sprawozdanie to pozwala w szczególności na ocenę wpływu zastosowanych środków we wszystkich państwach. Sprawozdanie zawiera także streszczenie głównych wniosków, a wraz ze sprawozdaniem Komisja przedkłada swoje uwagi;
- b) nie później niż do dnia 31 grudnia 2011 r. komunikat w sprawie kontynuacji programu;
- c) zewnętrzne niezależne sprawozdanie z oceny *ex post*, obejmujące wdrażanie i wyniki programu – nie później niż do dnia 31 grudnia 2015 r.

4. Komisja publikuje wyniki działań podjętych zgodnie z niniejszą decyzją i zapewnia ich rozpowszechnianie.

Artykuł 14

Uchylenie

Uchyla się decyzję nr 1786/2002/WE z dniem 1 stycznia 2008 r.

Komisja przyjmuje przepisy administracyjne konieczne do zapewnienia zmiany środków przyjętych zgodnie z decyzją nr 1786/2002/WE na środki stosowane zgodnie z programem.

Artykuł 15

Wejście w życie

Niniejsza decyzja wchodzi w życie następnego dnia po jej opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Sporządzono w Strasburgu, dnia 23 października 2007 r.

W imieniu Parlamentu
Europejskiego
H.-G. PÖTTERING
Przewodniczący

W imieniu Rady
M. LOBO ANTUNES
Przewodniczący

ZAŁĄCZNIK

Działania, o których mowa w art. 2 ust. 2.

1. Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli
 - 1.1. Ochrona obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi
 - 1.1.1. Opracowanie strategii i mechanizmów zapobiegania zagrożeniom zdrowia oraz strategii i mechanizmów wymiany informacji i reagowania na zagrożenia, takie jak: zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi, zagrożenia pochodzenia fizycznego, chemicznego lub biologicznego, w tym także zagrożenia związane z aktami celowego uwolnienia; podejmowanie działań zapewniających wysoką jakość współpracy między laboratoriami państw członkowskich w zakresie diagnostyki; wspieranie pracy istniejących laboratoriów prowadzących prace istotne z punktu widzenia Wspólnoty; praca nad utworzeniem sieci wspólnotowych laboratoriów referencyjnych.
 - 1.1.2. Wspieranie opracowywania polityki w zakresie profilaktyki, szczepień i uodporniania; usprawnienie partnerstwa, sieci, narzędzi i systemów służących raportowaniu stanu uodpornienia oraz monitorowania zdarzeń niepożądanych.
 - 1.1.3. Rozwijanie zdolności zarządzania ryzykiem i opracowanie odpowiednich procedur; zwiększenie gotowości i usprawnienie planowania w sytuacjach kryzysowych w dziedzinie zdrowia, w tym także przygotowanie przez UE i społeczność międzynarodową skoordynowanych procedur reagowania na takie sytuacje; opracowanie procedur powiadamiania o ryzyku i konsultacji dotyczących środków zaradczych.
 - 1.1.4. Promowanie współpracy oraz zwiększanie istniejących zdolności i zasobów w zakresie reagowania, w tym także sprzętu ochronnego, środków izolacyjnych i ruchomych laboratoriów do szybkiego rozlokowania w sytuacjach kryzysowych.
 - 1.1.5. Opracowanie strategii i procedur sporządzania koncepcji, zwiększania zdolności mobilizacji zasobów w nagłych przypadkach, prowadzenia ćwiczeń i testów, oceny i przeglądu ogólnych planów awaryjnych i szczegółowych planów w przypadku zagrożenia zdrowia oraz ich interoperacyjności między państwami członkowskimi.
 - 1.2. Poprawa bezpieczeństwa obywateli
 - 1.2.1. Poprawa jakości doradztwa naukowego i specjalistycznej oceny zagrożeń, np. przez promowanie wczesnego rozpoznawania zagrożeń; analiza ich potencjalnego oddziaływania; wymiana informacji na temat zagrożeń i ryzyka; propagowanie zintegrowanego i zharmonizowanego podejścia.
 - 1.2.2. Pomoc na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa i jakości narządów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i substancji krwiopochodnych; działania na rzecz ich obecności, identyfikowalności oraz dostępności do zastosowań medycznych przy jednoczesnym respektowaniu odpowiedzialności państw członkowskich, jak określono w art. 152 ust. 5 Traktatu.
 - 1.2.3. Promowanie środków na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta przez wysoką jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej, w tym także w odniesieniu do antybiotykooporności i zakażeń szpitalnych.
2. Promocja zdrowia
 - 2.1. Promowanie zdrowszych stylów życia oraz zmniejszanie nierówności w zakresie zdrowia
 - 2.1.1. Promowanie inicjatyw mających na celu wydłużenie lat zdrowego życia i promowanie zdrowego starzenia się; wspieranie działań mających na celu promowanie i badanie wpływu zdrowia na produktywność i aktywność zawodową, by przyczynić się do realizacji celów strategii lizbońskiej; środki wspierające służące zbadaniu wpływu innych polityk na zdrowie.
 - 2.1.2. Wspieranie inicjatyw mających na celu znalezienie przyczyn, rozwiązanie i ograniczenie nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich i między nimi, w tym nierówności związanych z płcią, aby przyczynić się tym samym do osiągnięcia dobrobytu i spójności; promowanie inwestycji w dziedzinie zdrowia we współpracy z innymi dziedzinami polityki wspólnotowej i funduszami; zwiększenie solidarności między krajowymi systemami opieki zdrowotnej przez wspieranie współpracy w kwestiach transgranicznej opieki zdrowotnej oraz mobilności pacjentów i pracowników służby zdrowia.
 - 2.2. Propagowanie zdrowszego stylu życia oraz ograniczenie występowania poważnych chorób i urazów przez oddziaływanie na uwarunkowania zdrowotne
 - 2.2.1. Zwrócenie uwagi na uwarunkowania zdrowotne w celu promowania i poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego, tworzenie warunków wspierających zdrowy styl życia i profilaktyka chorób; podejmowanie działań w zakresie podstawowych czynników, takich jak odżywianie, aktywność fizyczna i zdrowie seksualne oraz w zakresie uwarunkowań związanych z uzależnieniami, takimi jak papierosy, alkohol, nielegalne narkotyki i niewłaściwie stosowane leki, przez skupienie się na kluczowych zagadnieniach, czyli edukacji i miejscu pracy, oraz na całym okresie życia.

- 2.2.2. Propagowanie działań w zakresie profilaktyki poważnych chorób mających szczególne znaczenie ze względu na ogólne obciążenie, jakie stanowią one dla Wspólnoty oraz w zakresie rzadkich chorób, w odniesieniu do których działalność Wspólnoty polegająca na oddziaływaniu na ich uwarunkowania zdrowotne może stanowić znaczną wartość dodaną dla wysiłków krajowych.
- 2.2.3. Zwrócenie uwagi na skutki zdrowotne szeroko rozumianych uwarunkowań środowiskowych, w tym jakości powietrza w pomieszczeniach i narażenia na toksyczne substancje chemiczne, jeżeli nie zostały objęte zakresem innych inicjatyw wspólnotowych, oraz uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.
- 2.2.4. Promowanie działań służących ograniczeniu liczby wypadków i urazów.
3. Generowanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia
- 3.1. Wymiana wiedzy i sprawdzonych rozwiązań
- 3.1.1. Wymiana wiedzy i sprawdzonych rozwiązań w zakresie zagadnień związanych ze zdrowiem w ramach programu.
- 3.1.2. Wspieranie współpracy w celu wzmożonego stosowania najlepszej praktyki w państwach członkowskich, w tym wspieranie w razie potrzeby europejskich sieci referencyjnych.
- 3.2. Gromadzenie, analizowanie i rozpowszechnianie informacji zdrowotnych
- 3.2.1. Dalszy rozwój trwałego systemu monitorowania zdrowia, dysponującego mechanizmem gromadzenia porównawczych danych i informacji z odpowiednimi wskaźnikami; zapewnienie odpowiedniej koordynacji i monitorowania inicjatyw wspólnotowych dotyczących rejestrów zachorowań na raka, opartych między innymi na danych zgromadzonych w ramach wykonania zalecenia Rady z dnia 2 grudnia 2003 r. w sprawie wykrywania raka⁽¹⁾; gromadzenie danych o stanie zdrowia i polityce zdrowotnej; rozwój, przy wykorzystaniu wspólnotowego programu statystycznego, elementu statystycznego tego systemu.
- 3.2.2. Opracowanie mechanizmów przeprowadzania analiz i informowania, łącznie ze sprawozdaniami o ochronie zdrowia we Wspólnocie, portalem o zdrowiu i konferencjami; przekazywanie informacji obywatelom, stronom zainteresowanym i decydentom, opracowanie mechanizmów konsultacji i procesów uczestnictwa; ustanowienie regularnych sprawozdań o stanie zdrowia w Unii Europejskiej w oparciu o dane i wskaźniki wraz z analizą jakościową i ilościową.
- 3.2.3. Dostarczanie analiz i pomocy technicznej w zakresie wsparcia opracowywania i wdrażania polityki odnoszącej się do zakresu programu lub odpowiedniego prawodawstwa.
-

⁽¹⁾ Dz.U. L 327 z 16.12.2003, str. 34.

**TRÓJSTRONNE OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DRUGIEGO WSPÓLNOTOWEGO PROGRAMU
DZIAŁAŃ W DZIEDZINIE ZDROWIA PUBLICZNEGO NA LATA 2008–2013**

Parlament Europejski, Rada i Komisja:

- podzielają pogląd, że w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2008–2013) należy zapewnić środki finansowe, które zagwarantują jego pełne wdrożenie,
- przypominają, że pkt 37 porozumienia międzyinstytucjonalnego w sprawie dyscypliny budżetowej i należytego zarządzania finansami ⁽¹⁾ przewiduje, iż władza budżetowa i Komisja zobowiązują się nie odchodzić od przewidzianej kwoty o więcej niż 5 %, chyba że pojawią się nowe obiektywne długoterminowe okoliczności, dla których podane zostaną wyraźne przyczyny. Jakikolwiek zwiększenie tej kwoty wynikające z takich zmian musi się mieścić w granicach pułapu istniejącego dla danego działu,
- zapewniają o gotowości do przeprowadzenia w ramach corocznej procedury budżetowej rzetelnej oceny szczegółowych potrzeb i uwarunkowań programu działań w dziedzinie zdrowia.

⁽¹⁾ Dz.U. C 139 z 14.6.2006, str. 1.

DEKLARACJA KOMISJI

1. Dnia 24 maja 2006 r. Komisja przedłożyła zmieniony wniosek dotyczący drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia (2007–2013) ⁽¹⁾. W art. 7 zaproponowano ustalenie kwoty referencyjnej programu w wysokości 365,6 mln EUR na okres rozpoczynający się w 2007 r. i kończący się w 2013 r.
2. Z powodu opóźnień w procedurze legislacyjnej w dniu 23 marca 2007 r. Komisja poinformowała władzę budżetową, że rozpoczęcie nowego programu w dziedzinie zdrowia publicznego będzie musiało zostać odłożone do roku budżetowego 2008 ⁽²⁾. W rezultacie koperta dla nowego programu w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2008–2013 musiałaby zostać zmieniona do poziomu 321,5 mln EUR.
3. Kwota 44,1 mln EUR zostanie wykorzystana w roku budżetowym 2007 w ramach obecnego programu w dziedzinie zdrowia publicznego ⁽³⁾ w celu zapewnienia maksymalnej ciągłości działań w dziedzinie zdrowia publicznego. Z tego powodu całkowita koperta dla działań w dziedzinie zdrowia publicznego finansowana z programów w okresie 2007–2013 wynosi 365,6 mln EUR.

⁽¹⁾ COM(2006) 234.

⁽²⁾ COM(2007) 150.

⁽³⁾ Decyzja nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. przyjmująca program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008) (Dz.U. L 271 z 9.10.2002, str. 1).
