

32004D0192

27.2.2004

DZIENNIK URZĘDOWY UNII EUROPEJSKIEJ

L 60/58

**DECYZJA KOMISJI**  
**z dnia 25 lutego 2004 r.**  
**przyjmująca plan pracy na rok 2004 w celu wykonania programu działania Wspólnoty w dziedzinie**  
**zdrowia publicznego (2003–2008), łącznie z rocznym programem pracy dla dotacji**  
**(Tekst mający znaczenie dla EOG)**

(2004/192/WE)

KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH,

uwzględniając Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską,

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

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Artykuł 110 rozporządzenia Rady (WE, Euratom) nr 1605/2002 przewiduje, że przyznanie dotacji następuje w ramach rocznych programów, publikowanych na początku roku.
- (2) Zgodnie z art. 166 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 2342/2002 roczny program pracy dla dotacji przyjmowany jest przez Komisję oraz musi określać akt podstawowy, cele, harmonogram zaproszeń do składania wniosków wraz z szacowaną kwotą i oczekiwanymi wynikami.
- (3) Zgodnie z art. 15 ust. 2 decyzji Komisji z dnia 28 marca 2003 r. w sprawie wewnętrznych zasad wykonywania budżetu ogólnego Wspólnot Europejskich (sekcja dotycząca Komisji) roczny program pracy dla dotacji stanowi decyzję w sprawie finansowania w rozumieniu art. 75 roz-

porządzenia (WE, Euratom) nr 1605/2002 oraz art. 90 rozporządzenia (WE, Euratom) nr 2342/2002, pod warunkiem że określa wystarczająco szczegółowe ramy.

- (4) Artykuł 8 decyzji nr 1786/2002/WE przewiduje przyjęcie przez Komisję rocznego planu pracy w celu wykonania programu, określającego priorytety i działania, których podjęcie jest konieczne, w tym przydział zasobów.
- (5) W związku z powyższym należy przyjąć plan pracy na rok 2004.
- (6) Środki przewidziane w niniejszej decyzji są zgodne z opinią Komitetu ds. Programu,

PRZYJMUJE NINIEJSZĄ DECYZJĘ:

*Artykuł*

Przyjmuje się plan pracy na rok 2004 w celu programu działania Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008), zawarty w Załączniku.

Dyrektor Generalny ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów publikuje roczny program oraz zapewnia jego wykonanie.

Sporządzono w Brukseli, dnia 25 lutego 2004 r.

w imieniu Komisji

David BYRNE

Członek Komisji

<sup>(1)</sup> Dz.U. L 248 z 16.9.2002, str. 1.<sup>(2)</sup> Dz.U. L 357 z 31.12.2002, str. 1.<sup>(3)</sup> Dz.U. L 251 z 9.10.2002, str. 1.

## ZAŁĄCZNIK

## Działanie Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008)

## Plan pracy na rok 2004

## 1. OGÓLNE WPROWADZENIE

## 1.1. Kontekst prawny

w dniu 23 września 2005 r. Parlament Europejski i Rada podjęły decyzję w sprawie przyjęcia programu działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008) <sup>(1)</sup>.

Ogólne cele programu są następujące:

- a) pogłębienie informacji i podniesienie wiedzy na temat rozwoju zdrowia publicznego;
- b) poszerzenie zdolności szybkiego, skoordynowanego reagowania na zagrożenia dla zdrowia;
- c) promocja zdrowia oraz zapobieganie chorobom w drodze ustalenia uwarunkowań zdrowia we wszystkich politykach i działaniach.

w związku z tym program przyczynia się do:

- a) zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzi przy określaniu i wykonywaniu wszystkich polityk i działań wspólnotowych, w drodze promocji zintegrowanej i międzysektorowej strategii zdrowia;
- b) pokonywania nierówności w dziedzinie zdrowia;
- c) zachęcania do współpracy między Państwami Członkowskimi w dziedzinach objętych art. 152 Traktatu.

Powyższe ogólne cele są osiąganymi poprzez działania wymienione w Załączniku do decyzji. w art. 3 decyzji ustanawia się różne formy działalności w celu realizacji działań w ramach pięciu głównych zagadnień (działania dotyczące monitorowania i systemów szybkiego reagowania; działania w sprawie uwarunkowań zdrowia; działania dotyczące prawodawstwa; działania dotyczące konsultacji, wiedzy i informacji; promowanie koordynacji organizacji pozarządowych na poziomie europejskim).

Te cele, działania i działalności tworzą ramy referencyjne dla planów programu pracy, które są ustanawiane corocznie, oraz ustalają działania priorytetowe dla prac, które mają zostać podjęte, w tym przydział zasobów.

Zaproszenie do składania wniosków wystosowane w 2003 r., w oparciu o plan pracy na ten rok, zaowocowało 427 wnioskami w sprawie projektów ubiegających się o wsparcie w łącznej wysokości przekraczającej 500 milionów EUR, dziesięciokrotność budżetu dostępnego na 2003 r. Wyraźnie obrazuje to olbrzymie zainteresowanie wywołane nowym programem oraz ogólnie działalnością Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego. Ze względu na ogromne zainteresowanie jedynie ograniczona liczba złożonych wniosków mogła uzyskać wsparcie w ramach budżetu na 2003 r. Niemniej jednak projekty te umożliwią zapoczątkowanie skutecznych działań w wielu dziedzinach priorytetowych w ramach planu pracy. Zamierza się stworzyć plan pracy na 2004 r. w oparciu o podstawy stworzone w ubiegłym roku.

W 2004 r. 10 Państw przystępujących uzyska pełne członkostwo w UE i będzie w pełni uczestniczyć w programie, nie tylko w charakterze „aktywnych obserwatorów” w spotkaniach Komitetu przedstawicieli Państw Członkowskich wspierających Komisję. Komisja zapewni nie tylko efektywne zaangażowanie tych państw, ale również zaangażowanie trzech krajów kandydujących oraz krajów EOG/EFTA w realizację programu.

## 1.2. Kontekst polityczny

Program zdrowia publicznego stanowi kluczowy instrument wspierający rozwój strategii wspólnotowej w dziedzinie zdrowia. Artykuł 2 ust. 3 decyzji w sprawie programu przewiduje, że program przyczynia się do promocji zintegrowanej i międzysektorowej strategii. Jednym z kluczowych elementów jest rozwój powiązań z odpowiednimi programami i działaniami wspólnotowymi oraz z inicjatywami regionalnymi w celu promowania synergii i unikania nakładania się kompetencji.

Działania w ramach programu powinny polegać na informowaniu, wspieraniu i dalszym rozwijaniu polityki i wdrożeń w priorytetowych dziedzinach wspólnotowej strategii zdrowia. Komisja zamierza przedstawić w 2004 r. komunikat dotyczący dalszego rozwoju tej strategii. Program odgrywa ważną rolę we wsparciu dla tego procesu. Rozwój polityki w pełni angażuje kluczowe podmioty w dziedzinie zdrowia, szczególnie za pośrednictwem Forum Zdrowia UE.

<sup>(1)</sup> Decyzja nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2005 r. w sprawie przyjęcia programu działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008) (Dz.U. L 271 z 9.10.2002, str. 1).

Zachęcać się będzie do integracji i koordynacji między projektami łączącymi działania w celu zajęcia się daną kwestią w dziedzinie zdrowia publicznego. Na przykład prace nad informacjami i wiedzą na temat zdrowia powinny wspierać właściwe planowanie i szybkie reagowanie oraz działania mające na celu zajęcie się uwarunkowaniami zdrowia. Z działalności grup roboczych na rzecz wspierania systemu monitorowania zdrowia, które mają zostać ustanowione w 2003 r., jak też z prac komitetów i grup roboczych, które zostały ustanowione w dziedzinie zagrożeń dla zdrowia, odniesione zostaną korzyści.

Dążyć się będzie do spójności i komplementarności z pracami podejmowanymi przez odpowiednie organizacje międzynarodowe działające w dziedzinie zdrowia, takie jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Rada Europy i Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), a współpraca z nimi zostanie zacieśniona w trakcie realizacji programu. Zostanie również rozwinięta współpraca z państwami trzecimi w celu dzielenia się doświadczeniem i najlepszymi praktykami.

Korzystając z doświadczeń planu pracy na 2003 r., podjęto decyzję o niegrupowaniu szeregu działań, tak jak uczyniono to w ubiegłym roku, jako tematów powiązanych ze sobą. Komisja będzie szczególnie zainteresowana projektami zajmującymi się kwestiami nierówności, wspomagającymi proces rozszerzenia; promującymi najlepsze praktyki w dziedzinie zdrowia publicznego, rozszerzającymi możliwości i umiejętności w dziedzinie zdrowia publicznego oraz pomagającymi w przygotowaniu ustanowienia Centrum UE ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób <sup>(1)</sup>, w drodze zapewnienia ciągłości wsparcia dla kluczowych sieci w dziedzinie chorób zakaźnych do czasu, gdy rozpoczęcie działalności wnioskowanego Centrum Europejskiego zapewni budżet dla wsparcia finansowego pracy tych sieci.

Do celów informacyjnych i jako wskazówkę, następujące dziedziny pracy zidentyfikowano jako obszary priorytetowe w 2004 r.:

- 1) informacje na temat zdrowia: rozwój i koordynacja systemu informacji na temat zdrowia; funkcjonowanie systemu monitorowania zdrowia; mechanizmy sprawozdań i analiz zagadnień dotyczących zdrowia oraz sporządzanie sprawozdań na temat zdrowia publicznego; poprawa dostępu do danych na poziomie UE oraz ich przekazywanie (portal zdrowia publicznego UE) oraz innych platform publikacyjnych; e-Zdrowie; ocena wpływu zdrowia; współpraca pomiędzy Państwami Członkowskimi w zakresie polityki zdrowotnej;
- 2) zagrożenia dla zdrowia: rozwój i integracja nadzoru; bezpieczeństwo krwi i organów; strategie kontroli odporności na antybiotyki; tworzenie sieci i poprawa jakości laboratoriów, docelowe budowanie możliwości;
- 3) uwarunkowania zdrowia: tytoń; alkohol; narkotyki; odżywianie i aktywność fizyczna; zdrowie seksualne i rozrodcze; zdrowie psychiczne; zapobieganie urazom; środowiskowe uwarunkowania zdrowia; społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zdrowia; promocja zdrowia w określonych miejscach; szkolenie w dziedzinie zdrowia publicznego; zapobieganie chorobom, w szczególności chorobom sercowo-naczyniowym, nowotworom i cukrzycy.

Szósty program ramowy Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie badań <sup>(2)</sup> przewiduje wsparcie naukowe dla polityk wspólnotowych. Te konkretne badania mają na celu zapewnienie wsparcia polityk, które skupiają się szczególnie na pilnych potrzebach, spójnych w różnych dziedzinach polityki wspólnotowej oraz wrażliwych na zmiany polityki. Opracowano zadania priorytetowe w ścisłej współpracy ze służbami Komisji, w tym z Dyrekcją Generalną ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów. Zadania mające znaczenie dla zdrowia publicznego można znaleźć w szczegółowym programie w dziedzinie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji:

„Integrowanie i wzmocnianie Europejskiej Przestrzeni Badawczej (2002–2006)” <sup>(3)</sup>, na podstawie „badań zorientowanych na politykę”, część 2, „Zapewnienie zdrowia, bezpieczeństwa i możliwości obywatelom Europy”.

Obszary mające znaczenie dla zdrowia publicznego na podstawie „Zapewnienie zdrowia, bezpieczeństwa i możliwości obywatelom Europy” są następujące:

- 1.2.1. uwarunkowania zdrowia oraz świadczenie wysokiej jakości i trwałych usług zdrowotnych oraz systemów emerytalnych (w szczególności w kontekście starzenia się i zmian demograficznych);
- 1.2.2. zagadnienia dotyczące zdrowia publicznego, w tym epidemiologia przyczyniająca się do zapobiegania chorobom i reakcji na powstające rzadkie i zakaźne choroby, alergie, procedury w celu zapewnienia bezpiecznego przekazywania krwi i organów, metody badań bez testowania na zwierzętach;
- 1.2.3. wpływ zagadnień związanych ze środowiskiem naturalnym na zdrowie (w tym bezpieczeństwo pracy i metody oceny ryzyka oraz łagodzenie ryzyka klęsk żywiołowych dla ludzi);
- 1.2.4. zagadnienia związane z obroną cywilną (w tym bezpieczeństwo biologiczne oraz ochrona przeciwko ryzykom w związku z atakami terrorystycznymi) oraz zarządzanie kryzysami.

<sup>(1)</sup> Wniosek o wydanie rozporządzenia przez Parlament Europejski i Radę w sprawie ustanowienia Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (COM(2003) 441 wersja ostateczna – COD(2003) 174).

<sup>(2)</sup> Decyzja nr 1513/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 czerwca 2005 r. (Dz.U. L 232 z 29.8.2002, str. 1)

<sup>(3)</sup> Dz.U. C 243 z 10.10.2003, str. 85. Link do trzeciego wezwania FP6 w sprawie badań zorientowanych na politykę naCORDIS: [http://fp6.cordis.lu/fp6/call\\_details.cfm?CALL\\_ID = 83](http://fp6.cordis.lu/fp6/call_details.cfm?CALL_ID = 83).

Istnieje zamiar, aby badania prowadzone w tych obszarach uzupełniały obszary priorytetowe zidentyfikowane w planie pracy na 2004 r. dla działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego, tym samym wspierając opracowanie strategii wspólnotowej w dziedzinie zdrowia. Ostatnie zaproszenie do składania wniosków (trzecie zaproszenie) zostało opublikowane w dniu 10 października 2003 r., a termin składania wniosków upłynął w dniu 13 stycznia 2004 r. (1).

### 1.3. Przydział zasobów

Działania w ramach niniejszego programu powinny przyczynić się do wysokiego poziomu ochrony zdrowia oraz poprawy zdrowia publicznego. Finansowanie może odbywać się za pośrednictwem dotacji do projektów oraz zamówień publicznych (przetargów).

Niniejszy plan pracy przedstawia ogólny zarys działań, które mają zostać zapoczątkowane w 2004 r. Niektóre z nich będą realizowane za pośrednictwem zaproszenia do składania wniosków „Zdrowie Publiczne – 2004”, które ma zostać opublikowane w Dzienniku Urzędowym w lutym 2004 r. (data orientacyjna). Zasady, kryteria i procedury wyboru i finansowania projektów w celu realizacji działań programu przedstawione w dokumencie „Zasady, kryteria i procedury wyboru i finansowania działalności na podstawie programu zdrowia publicznego” [por. decyzja C(2003) 690 z dnia 10 marca 2003 r. opublikowana w Dz.U. C 62 z 15.3.2003, w szczególności sekcje 1.1, 1.2, 1.3, 2, 3.A, 3.B (14, 15, 16, 17, 19, 20)] mają również zastosowanie do zaproszenia „Zdrowie Publiczne – 2004”.

Wnioski są przedstawiane przez wnioskodawców w terminie dwóch miesięcy od daty publikacji zaproszeń do składania wniosków w Dzienniku Urzędowym.

Ocenia się, że po tym nieprzekraczalnym terminie konieczne będzie dalszych pięć miesięcy na przeprowadzenie wszystkich procedur prowadzących do przyjęcia przez Komisję decyzji w sprawie pomocy finansowej.

Zostaną opublikowane konkretne zaproszenia do składania wniosków, odnoszące się do objętych nimi sekcji planu pracy.

Linia budżetu dla kredytów operacyjnych: 17 03 01 01 – Zdrowie publiczne (2003–2008).

Linia budżetu dla kredytów administracyjnych: 17 01 04 02 – Zdrowie publiczne (2003–2008) – wydatki na zarządzanie administracyjne.

Ramy finansowe programu na okres od 2003 r. do 2008 r. wynoszą 312 milionów EUR. Budżet dostępny na 2004 r. (zobowiązania) szacuje się na około 58 750 000 EUR (EU 25 (2)) / 52 222 223 EUR (EU 15). Do tego budżetu powinien zostać dodany:

— wkład państw EOG/EFTA: szacowany na około 1 281 150 EUR (EU 25) (3) / 1 190 800 EUR (EU 15),

— wkład trzech państw kandydujących (Bułgaria, Rumunia i Turcja): szacowany na około 1 317 621 EUR (4).

W związku z powyższym budżet całkowity na 2004 r. szacuje się na około 61 348 771 EUR (EU 25) (3) (5) / 54 730 644 EUR (EU 15) (5).

Obejmuje on zarówno zasoby z przeznaczeniem na budżet operacyjny (dotacje i zaproszenia do składania wniosków) oraz zasoby na pomoc techniczną i administracyjną oraz wydatki wspierające (w tym ustalenia strukturalne dla realizacji programu).

Kwotę całkowitą budżetu operacyjnego szacuje się na około 53 720 616 EUR (EU 25) (3) (5) / 47 942 000 EUR (EU 15) (5).

Kwotę całkowitą budżetu administracyjnego szacuje się na około 7 628 155 EUR (EU 25) (3) (5) / 6 788 644 EUR (EU 15) (5).

odniesieniu do przydziału zasobów, zostanie zachowana równowaga pomiędzy różnymi obszarami priorytetowymi programu. Niemniej jednak pierwszy obszar priorytetowy otrzyma nieznacznie więcej niż dwa pozostałe obszary, tak więc ramy finansowe zostały podzielone 36 % (w szczególności, aby pozwolić na działania w dziedzinie wymiany informacji na temat rzadkich chorób), 32 % i 32 % (6). Oszacowanie to zostało zrewidowane w porównaniu z 2003 r., tak aby uwzględnić budżet, który został ostatecznie wykonany dla każdego obszaru priorytetowego. Oszacowania te należy również zrewidować w świetle liczby, jakości i skali projektów oraz ofert przetargowych przedłożonych do realizacji planu pracy na 2004 r. Proponuje się wydać poniżej 10 % budżetu operacyjnego na zaproszenia do składania wniosków. Szacunkowa kwota całkowita na zaproszenia do składania wniosków wyniesie do 5 372 062 EUR (EU 25) (3) (5) / 4 794 200 EUR (EU 15) (5). w rezultacie szacunkowa kwota całkowita zaproszeń do składania wniosków wyniosłaby około 48 348 554 EUR (EU 25) (3) (5) / 43 147 800 EUR (EU 15) (5).

Uwzględniając komplementarny i motywacyjny charakter dotacji wspólnotowych, co najmniej 40 % kosztów projektu powinno zostać sfinansowanych z innych źródeł niż przez program „Zdrowie Publiczne”. W rezultacie powyższego kwota wkładu finansowego w ramach tego programu może wynieść, zasadniczo, do 60 % kosztów kwalifikowanych rozważanych projektów. Normalna kwota wyniesie prawdopodobnie mniej niż 60 %. Komisja określi w każdym poszczególnym przypadku maksymalną kwotę procentową, jaka ma zostać przyznana.

(1) Decyzja nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2005 r. w sprawie przyjęcia programu działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008) (Dz.U. L 271 z 9.10.2002, str. 1).

(2) Kwota szacunkowa, na podstawie zatwierdzenia Organu Budżetowego.

(3) Wniosek o wydanie rozporządzenia przez Parlament Europejski i Radę w sprawie ustanowienia Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (COM(2003) 441 wersja ostateczna – COD(2003) 174).

(4) Kwota szacunkowa; ta wielkość jest maksymalną kwotą i zależy od efektywnej wielkości wkładu przez państwa kandydujące.

(5) Decyzja nr 1513/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 czerwca 2005 r. (Dz.U. L 232 z 29.8.2002, str. 1)

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

Jednakże, wyjątkowo, maksymalne współfinansowanie 80 % kwalifikowanych kosztów mogłoby zostać przewidziane w przypadku, gdy projekt ma znaczną wartość dodaną dla UE, angażuje w znacznym stopniu państwa przystępujące i państwa kandydujące, a także uwzględniając powiązane ze sobą zagadnienia, przedstawione powyżej.

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

## 2. OBSZARY PRIORYTETOWE NA ROK 2004

Dla większej przejrzystości działania zostały podzielone na sekcje odpowiadające obszarom priorytetowym, o których mowa w ppkt 1.2: informacje na temat zdrowia; zagrożenia dla zdrowia; uwarunkowania zdrowia. Każde działanie odnosi się do odpowiedniego artykułu/załącznika do decyzji 1786/2002/WE.

Plan pracy na 2003 r. musiał ustanowić podstawy dla realizacji wszechstronnego programu zdrowia publicznego. Uwzględniając bardzo rozległy plan pracy na ten rok, właściwy jest plan o węższym zakresie na 2004 r. w planie pracy na 2004 r. zasoby programu będą koncentrować się na mniejszej liczbie kluczowych priorytetów i obszarów działania (26 zamiast 29). Zostały one zidentyfikowane z uwzględnieniem potrzeby wsparcia działań Państw Członkowskich i wzmocnienia współpracy w kontekście UE, zobowiązań prawnych i ich wdrożenia, ważniejszych obszarów zainteresowania zidentyfikowanych przez Radę Europejską, Radę i Parlament; a także potrzeby zapewnienia kontynuacji działalności zapoczątkowanych na podstawie wcześniejszych programów zdrowia publicznego<sup>(1)</sup>, w których wyraźnie wykazano ich wagę i znaczenie dla nowego programu, jak też działania, które były współfinansowane na podstawie zaproszenia do składania wniosków z 2003 r. Niemniej jednak przewiduje się zmniejszenie liczby obszarów działania dla przyszłych planów pracy w celu faworyzowania obszarów działania, dla których wybrano kilka wniosków.

Działalnością przewidzianą w programie, chociaż niezidentyfikowaną jako priorytety na 2004 r., można zająć się jedynie wówczas, gdy pozostaną środki po pokryciu priorytetów. Działania priorytetowe na 2004 r. są następujące:

### 2.1. Informacje na temat zdrowia

Oporając się na projektach wynikających z zaproszeń do składania wniosków i przetargów wspieranych w programie prac z 2003 r. dotyczących informacji i wiedzy na temat zdrowia, kontynuowane będzie opracowanie trwałego systemu informacji i wiedzy na poziomie UE. Obejmuje to określenie, zbieranie i wymianę danych. Rezultaty systemu – w tym sprawozdania i analizy koncentrujące się na konkretnych grupach ludności lub na zagadnieniach dotyczących zdrowia – doprowadzą do powstania materiału związanego z polityką na poziomie wspólnotowym.

#### 2.1.1. Opracowanie i koordynacja systemu informacji i wiedzy na temat zdrowia (art. 3 ust. 3 lit. d), punkty 1.1, 1.3 Załącznika

To działanie ma na celu opracowanie strategii dla informacji i wiedzy na temat zdrowia oraz stworzenie koniecznych struktur koordynujących i doradczych, poruszając kwestie dotyczące rozszerzenia oraz przyczyniając się do ogólnego procesu planowania w zakresie realizacji systemu informacji i wiedzy na temat zdrowia. Współpraca z organizacjami międzynarodowymi, takimi jak WHO, jej obserwatorami i OECD, zostanie utrzymana, wzmocniona i realizowana na poziomie praktycznym, mając na względzie uproszczenie dostarczania danych.

<sup>(1)</sup> Decyzja nr 645/96/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 marca 1996 r. w sprawie przyjęcia wspólnotowego programu działania w dziedzinie promocji zdrowia, informacji, edukacji i szkolenia w ramach działań w dziedzinie zdrowia publicznego (1996–2000) (Dz.U. L 95 z 16.4.1996, str. 1).

Decyzja nr 646/96/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 marca 1996 r. w sprawie przyjęcia planu działania na rzecz zwalczania raka w ramach działań w dziedzinie zdrowia publicznego (1996–2000) (Dz.U. L 95 z 16.4.1996, str. 9).

Decyzja nr 647/96/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 marca 1996 r. w sprawie przyjęcia wspólnotowego programu działania w dziedzinie zapobiegania AIDS oraz niektórym innym chorobom zakaźnym w ramach działań w dziedzinie zdrowia publicznego (1996–2000) (Dz.U. L 95 z 16.4.1996, str. 16).

Decyzja nr 102/97/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1996 r. w sprawie przyjęcia wspólnotowego programu działania w dziedzinie zapobiegania uzależnieniu od narkotyków w ramach działań w dziedzinie zdrowia publicznego (1996–2000) (Dz.U. L 19 z 22.1.1997, str. 25).

Decyzja nr 1400/97/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 30 czerwca 1997 r. w sprawie przyjęcia wspólnotowego programu działania w dziedzinie monitorowania zdrowia w ramach działań w dziedzinie zdrowia publicznego (1997–2001) (Dz.U. L 193 z 22.7.1997, str. 1).

Decyzja nr 372/1999/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 8 lutego 1999 r. w sprawie przyjęcia wspólnotowego programu działania w dziedzinie zapobiegania urazom w ramach działań w dziedzinie zdrowia publicznego (1999–2003) (Dz.U. L 46 z 20.2.1999, str. 1).

Decyzja nr 1295/1999/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 1999 r. w sprawie przyjęcia wspólnotowego programu działania w dziedzinie rzadkich chorób w ramach działań w dziedzinie zdrowia publicznego (1999–2003) (Dz.U. L 155 z 22.6.1999, str. 1).

Decyzja nr 1296/1999/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 1999 r. w sprawie przyjęcia wspólnotowego programu działania w dziedzinie chorób związanych z zanieczyszczeniem środowiska naturalnego w kontekście ram działania w dziedzinie zdrowia publicznego (1999–2001) (Dz.U. L 155 z 22.6.1999, str. 7).

Decyzja nr 521/2001/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 lutego 2001 r. w sprawie przedłużenia działania niektórych programów wspólnotowego działania w dziedzinie zdrowia publicznego przyjęte decyzjami nr 645/96/WE, nr 646/96/WE, nr 647/96/WE, nr 102/97/WE, nr 1400/97/WE i nr 1296/1999/WE i zmieniająca te decyzje (Dz.U. L 79 z 17.3.2001, str. 1).

Wdrożenia wymagają następujące elementy:

- 1) uruchomienie „zbioru pierwszego etapu wskaźników zdrowia UE” ze zbiorem powiązanych danych:  
([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/indicators/indic\\_data\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/indic_data_en.htm));
- 2) dalszy rozwój technicznej pracy naukowej na temat wskaźników zdrowia UE i ulepszania istniejących definicji wskaźników;
- 3) kontynuowanie wsparcia sieci właściwych organów dla informacji i wiedzy na temat zdrowia oraz zapewnienie efektywnego zaangażowania państw przystępujących i organizacji międzynarodowych;
- 4) rozpoczęcie koordynacji sieci liderów grup roboczych (patrz: 2.1.2).

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

Działanie to ma na celu stopniowe funkcjonowanie jednolitego i wszechstronnego systemu informacji i wiedzy na temat zdrowia UE. System powinien być w stanie integrować informacje i wiedzę na temat jak największej liczby zagadnień związanych ze zdrowiem publicznym zgodnie z wymaganiami systemu.

System otrzyma wsparcie od wielu grup roboczych (zarówno już istniejących, jak i mających powstać) zajmujących się konkretnymi tematami związanymi ze zdrowiem publicznym. Opracowany zostanie element statystyczny systemu, we współpracy z Państwami Członkowskimi, z zastosowaniem, tam, gdzie będzie to konieczne, wspólnotowego programu statystycznego w celu promowania spójności i unikania nakładania się kompetencji. Tym samym zostaną dokonane właściwe ustalenia pomiędzy grupami roboczymi ustanowionymi na podstawie tego programu oraz struktury na podstawie wspólnotowego programu statystycznego na lata 2003–2007<sup>(1)</sup>. Zostaną zapoczątkowane wspólne działania, takie jak działania dla dalszej analizy dostępnych danych, uzupełnienia baz danych oraz poprawy jakości i porównywalności danych. Powinna zostać również zapewniona podobna koordynacja z innymi zaangażowanymi organizacjami międzynarodowymi, takimi jak WHO i OECD.

— Analiza terminów dla „zebrania pierwszego etapu podstawowych wskaźników zdrowia UE”, dla których dane są dostępne w Eurostat (patrz również:

([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/indicators/indic\\_data\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/indic_data_en.htm)).

— Dostosowanie danych ze zbiorów *ad hoc* do rutynowych zbiorów danych, mając na względzie sporządzenie regularnych serii czasowych dla wskaźników zdrowia.

— W kontekście grupy roboczej ds. systemu zdrowia, rozwijać pracę nad właściwym zbiorem danych w celu wsparcia „zbioru pierwszego etapu podstawowych wskaźników zdrowia UE”.

— Wdrażanie modułów Europejskiego Badania Zdrowia w celu wsparcia „zbioru pierwszego etapu podstawowych wskaźników zdrowia UE”<sup>(2)</sup>.

Wspierane są następujące grupy robocze, w następujących dziedzinach:

- 1) styl życia i inne uwarunkowania zdrowia (w tym aspekty zdrowia seksualnego i rozrodczego);
- 2) śmiertelność (w tym nowotwory i rzadkie choroby);
- 3) systemy zdrowotne (w tym aspekty zapobiegania i promocji);
- 4) zdrowie i środowisko naturalne (w tym określone obiekty, takie jak miejsce pracy, szkoła lub obiekty szpitalne);
- 5) zdrowie psychiczne;
- 6) wypadki i urazy (w tym samouszkodzenia, samobójstwa i aspekty przemocy).

Zostanie ustanowiona grupa robocza do spraw wspólnotowych wskaźników zdrowia.

Może być wspierana praca istniejących sieci danych i informacyjnych na poziomie europejskim, uwzględniając działalność już sfinansowaną.

Aspekty związane z nierównościami społecznymi, podziałem na płeć i kategorie wiekowe zostaną włączone do zadań każdej grupy roboczej.

<sup>(1)</sup> Decyzja nr 2367/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 2005 r. w sprawie wspólnotowego programu statystycznego na lata 2003–2007 (Dz.U. L 358 z 31.12.2002, str. 1)

<sup>(2)</sup> Europejskie Badanie Zdrowia jest polem działania w celu dostarczenia statystyki i wskaźników dla Państw Członkowskich, państw przystępujących, państw kandydujących oraz państw EFTA/EOG. Informacje te mogą opierać się na wywiadach.

Dotyczące rzadkich chorób (załącznik 2.3) i grupy roboczej do spraw śmiertelności, rzadkie choroby, w tym choroby pochodzenia genetycznego, choroby zagrażające życiu lub osłabiające choroby przewlekłe, które występują tak rzadko, że konieczne są specjalne połączone wysiłki w celu ich zwalczania. Orientacyjnie zakłada się, że rzadkie występowanie oznacza występowanie niższe niż pięć na 10 000 w UE. Działania priorytetowe obejmują:

- 1) wymianę informacji przy wykorzystaniu istniejących europejskich sieci informacyjnych na temat rzadkich chorób. Informacja będzie obejmować nazwę choroby, poziom występowania w UE, synonimy, ogólny opis zaburzenia, symptomy, przyczyny, dane epidemiologiczne, środki zaradcze, standardowe leczenie (np. leki sieroce), próby kliniczne, laboratoria diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, programy badań i źródła dalszych informacji. Dostępność tych informacji zostanie podana do szerokiej wiadomości, w tym poprzez Internet;
- 2) opracowanie strategii i mechanizmów wymiany informacji między osobami dotkniętymi rzadką chorobą lub zaangażowanymi ochotnikami i profesjonalistami oraz koordynacja na poziomie wspólnotowym w celu zachęcania do kontynuacji pracy i współpracy międzynarodowej.

2.1.3. *Opracowanie mechanizmów sprawozdawczości i analizy zagadnień zdrowotnych oraz sporządzanie sprawozdań na temat zdrowia (art. 3 ust. 2 lit. d), punkty 1.3, 1.4 załącznika).*

Nadaje się priorytet następującym tematom:

- 1) stan zdrowia, w tym styl życia i inne uwarunkowania zdrowia;
- 2) zagadnienia związane ze zdrowiem seksualnym i rozrodczym;
- 3) konsekwencje gospodarcze i społeczne wypadków i urazów w UE, w tym samouszkodzeń, samobójstw i aspektów przemocy;
- 4) starzenie się a zdrowie;
- 5) zdrowie a płęć;
- 6) zdrowie dzieci i młodzieży;
- 7) zdrowie a środowisko naturalne w konkretnych aspektach;
- 8) bezrobocie, bieda a zdrowie.

Ponadto kontynuowana będzie współpraca z Siecią Rejestru Zdrowia (HEN) zarządzaną przez region europejski WHO.

2.1.4. *Poprawa dostępu do danych na poziomie UE i ich przekazywania (art. 3 ust. 2 lit. d) pkt 1.6, 1.7, 1.8 Załącznika)*

Działanie polega na zapewnieniu elastycznej platformy technologicznej mającej na celu poprawę informacji i wiedzy dla obywateli, poprzez stworzenie portalu na temat zdrowia publicznego. w 2004 r. mają być realizowane następujące inicjatywy:

- 1) stworzenie sieci dla użytkowników, utrzymanie i ulepszenie bieżącego przekazywania informacji i systemów wczesnego ostrzegania;
- 2) opracowanie portalu;
- 3) utrzymanie i rozwój Sieci informacji w sprawie zdrowia Unii Europejskiej (Euphin);
- 4) rozpowszechnianie informacji przetwarzanych przez grupy robocze (patrz: 2.1.2);
- 5) łączenie tworzenia zawartości, Sieci informacji w sprawie zdrowia Unii Europejskiej (Euphin) i portalu dotyczącego zdrowia;
- 6) łączenie z innymi inicjatywami portalu, w szczególności inicjatywą farmaceutyczną G10.

2.1.5. *e-Zdrowie (art. 3 ust. 2 lit. d) pkt 1.7, 1.8 Załącznika)*

Działanie ma na celu promowanie rozwoju e-Zdrowia w UE, w oparciu o wyniki projektów finansowanych na podstawie programów badawczych (patrz: [www.cordis.lu](http://www.cordis.lu)). Zostanie ono opracowane w ścisłej współpracy z programem e-Europą.

w drodze działania w sprawie informacji i wiedzy na temat zdrowia zostanie następnie opracowany trwały system informacji na poziomie UE. Obejmuje on definiowanie, gromadzenie i wymianę danych, w oparciu o dane, które są dostępne lub możliwe do zgromadzenia, uwzględniając pozycję w Państwach Członkowskich i państwach kandydujących. Wydajność systemu – w tym sprawozdania i analizy koncentrujące się na konkretnych grupach ludności lub zagadnieniach zdrowotnych – będzie prowadziła do przekształcenia polityki na poziomie wspólnotowym.

#### 2.1.6. Współpraca między Państwami Członkowskimi (art. 3 ust. 3 lit. d) pkt 1.5 Załącznika)

Zwiększone wzajemne powiązanie między systemami zdrowia a politykami dotyczącymi zdrowia podnosi wiele kwestii dotyczących polityki w dziedzinie zdrowia i poszerza pole działania dla rozwoju współpracy między Państwami Członkowskimi. W 2004 r. będzie wspierana praca z uwzględnieniem procesu wysoce wykwalifikowanych analiz na temat mobilności pacjentów i rozwoju opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej.

Następujące działania będą działaniami priorytetowymi:

- 1) zapewnienie jakości w Europie: ta praca będzie efektem działalności i inicjatyw związanych z zapewnieniem i poprawą jakości oraz systemami akredytacji w całej Europie, będzie też rozwijać perspektywy dla ustanowienia sieci i współpracy, w szczególności na poziomie UE, obejmując również bezpieczeństwo pacjentów;
- 2) projekty pilotażowe dla współpracy transgranicznej w służbie zdrowia: zamiarem jest pomoc w rozwoju współpracy, w szczególności w rejonach przygranicznych, w których nie została ona rozwinięta wcześniej, oraz zidentyfikowanie ewentualnych korzyści i problemów związanych z taką współpracą;
- 3) zagadnienia związane z przepływem profesjonalistów w dziedzinie zdrowia: istniały pewne obawy, że przepływ profesjonalistów w dziedzinie zdrowia może mieć niezamierzone efekty zarówno dla systemów zdrowia, jak i dla statusu zdrowia w krajach wysyłających i przyjmujących. Projekty powinny identyfikować potencjalne trudności, zwłaszcza wobec ustanowionych systemów reakredytacji i zapewnienia jakości;
- 4) gospodarka a zdrowie: przyczynienie się do lepszego zrozumienia, czy, dlaczego i jak inwestowanie w zdrowie we wszystkich sektorach przynosi korzyści ekonomiczne, w celu zapewnienia ważnego wkładu ideowego w pracę wspólnotową w dziedzinie zdrowia. Działania powinny mieć na celu poprawę zrozumienia tych powiązań. Powinny one być rozwijane w ścisłej współpracy z innymi odpowiednimi organizacjami międzynarodowymi.

#### 2.1.7. Ocena wpływu zdrowia (art. 3 ust. 2 lit. c) pkt 1.5 Załącznika)

Jednym z ważniejszych celów programu jest rozwój lepszego zrozumienia wpływu polityk i działań wspólnotowych na zdrowie. Wymagane są skuteczne środki w celu zapewnienia, aby wspierały one zdrowie i aby korzyści dla zdrowia stały się głównym przedmiotem zainteresowania działań politycznych i były do nich włączone.

W 2004 r. wsparcie uzyska szereg badań pilotażowych nad wpływem na zdrowie poszczególnych działań i inicjatyw wspólnotowych (w tym na zdrowie psychiczne), podkreślając również doświadczenia nabyte w procesie prowadzenia badań. Badania te powinny objąć w szczególności obszary polityki wyraźnie powiązane z kluczowymi uwarunkowaniami w dziedzinie zdrowia, takie jak rolnictwo i żywność, opodatkowanie i handel.

## 2.2. Szybka i skoordynowana reakcja na zagrożenia dla zdrowia

Działania na podstawie tej sekcji mają na celu wspieranie opracowania i integracji trwałych i wspieranych lub nadzorowanych przez Państwa Członkowskie systemów gromadzenia, uwierzytelniania, analizowania i rozpowszechniania danych i informacji, które dotyczą potrzeby gotowości i szybkiej reakcji na zagrożenia i stany wyjątkowe w odniesieniu do zdrowia publicznego. Wspierałyby one w szczególności współpracę na podstawie sieci wspólnotowej w dziedzinie chorób zakaźnych<sup>(1)</sup> i innego prawodawstwa wspólnotowego w dziedzinie zdrowia publicznego, wymiar Wspólnoty Europejskiej odpowiednich projektów, rozwój zakresu istniejących projektów, tak aby objąć wszystkie Państwa Członkowskie, państwa przystępujące, państwa kandydujące i państwa EOG/EFTA oraz promowałyby one wycenę, racjonalizację i integrację istniejących ustaleń dla ustanowienia sieci i innych form współpracy.

Inne podstawowe rodzaje działalności uzupełniającej (informacje publiczne, zapobieganie, edukacja), na przykład na temat HIV/AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową, są przyporządkowane innym sekcjom niniejszego planu pracy.

<sup>(1)</sup> Decyzja nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 września 1998 r. w sprawie ustanowienia sieci nadzoru i kontroli epidemiologicznej chorób zakaźnych we Wspólnocie (Dz.U. L 268 z 3.10.1998, str. 1).

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

Dyrektywa Rady 92/117/EWG z dnia 17 grudnia 1992 r. dotycząca środków ochrony przed określonymi chorobami odzwierzęcymi i odzwierzęcymi czynnikami chorobotwórczymi u zwierząt i w produktach pochodzenia zwierzęcego w celu zapobieżenia zakażeniom i zatruciom przenoszonym przez żywność (Dz.U. L 62 z 15.3.1993, str. 38).

Decyzja Komisji 2002/253/WE z dnia 19 marca 2005 r. w sprawie ustanowienia definicji przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. L 86 z 3.4.2002, str. 44).

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



Działalność dotycząca zwalczania zagrożenia umyślnym uwalnianiem środków biologicznych będzie podejmowana równocześnie z istniejącą działalnością w sprawie chorób zakaźnych. Działalność ta oraz działalność w sprawie umyślnego uwalniania środków chemicznych są opracowywane w związku z wnioskami ministrów zdrowia z dnia 15 listopada 2001 r. oraz powstałego w ich wyniku „Programu współpracy w sprawie gotowości i reakcji na ataki biologiczne i chemiczne” (bezpieczeństwo zdrowotne). Harmonogram wdrożenia tych działań został przedłużony na okres następnych 18 miesięcy od maja 2003 r. w związku z uzyskaniem zgody Komitetu Bezpieczeństwa Zdrowia.

#### 2.2.1. Nadzór (art. 3 ust. 2 lit. a) pkt 2.1 załącznika)

Celem jest ułatwienie i przyspieszenie współpracy w ramach wspólnotowej sieci nadzoru i kontroli epidemiologicznej chorób zakaźnych. Działalność powinna być inspirowana wnioskiem Komisji w sprawie ustanowienia Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (por. przypis 5). Nadaje się priorytet łączeniu sieci w celu ułatwienia ich skoordynowania z istniejącymi zasobami oraz ustalenia sieci nadzoru zajmujących się w sposób zintegrowany priorytetowymi chorobami i środkami. Ponadto zostanie okazane wsparcie w zakresie oceny i modyfikacji istniejących sieci w celu poprawy jakości i porównywalności danych oraz rozszerzenia ich zakresu (objęcie większej ilości chorób/patogenów) oraz obszarów pokrycia (w tym państwa przystępujące, państwa kandydujące i państwa EOG/EFTA).

#### 2.2.2. Wymiana informacji w sprawie strategii szczepień i uodparniania (art. 3 ust. 2 lit. a) pkt 2.4, 2.5 Załącznika)

Celem jest promowanie dobrych praktyk w ustanawianiu priorytetów w nauce o szczepionkach, planowaniu strategicznym i podejmowaniu decyzji (w oparciu o dowody i przesłanki naukowe) w politykach w zakresie uodparniania dzieci oraz w strategiach gotowości (takich jak szczepienia profilaktyczne lub gromadzenie zapasów), dla poważnych zagrożeń dla zdrowia, takich jak pandemia grypy i bioterroryzm.

#### 2.2.3. Bezpieczeństwo i gotowość w sprawie zdrowia (art. 3 ust. 2 lit. a) pkt 2.4 Załącznika)

Działanie to ma na celu opracowanie metod i strategii w celu przygotowania Państw Członkowskich, państw przystępujących, państw kandydujących i państw EOG/EFTA, jak też Wspólnoty jako całości, na ewentualne zagrożenia umyślnym uwalnianiem środków biologicznych lub chemicznych. Priorytet nadaje się:

- 1) współpracy w diagnostyce laboratoryjnej środków biologicznych;
- 2) badaniu możliwości ustanowienia systemu nadzoru nad syndromami spowodowanymi narażeniem na substancje chemiczne notowanym przez ośrodki zakaźne, jak też nad wykrywaniem substancji chemicznych, które mogłyby być zastosowane w atakach;
- 3) odkażaniu systemów wentylacyjnych oraz odkażaniu systemów wodnych po ataku z użyciem środków biologicznych/chemicznych.

#### 2.2.4. Bezpieczeństwo krwi, tkanek i organów (art. 3 ust. 2 lit. a) pkt 2.6, 2.7 Załącznika)

Celem działania priorytetowego związanego z krwią na podstawie planu pracy na 2004 r. jest wspieranie opracowania i wdrożenia programów zarządzania jakością w celu poprawy bezpieczeństwa oferowania krwi, które ma być przeprowadzane we Wspólnocie.

Priorytet dotyczący organów ma na celu opracowanie strategii dla UE w celu podniesienia świadomości oraz zwiększenia dostępności organów wykorzystywanych do przeszczepów.

#### 2.2.5. Odporność na antybiotyki (art. 3 ust. 2 lit. a) pkt 2.9 Załącznika)

Działalność powinna wspierać „Strategię przeciwko odporności na antybiotyki” ustanowioną w komunikacie Komisji z lipca 2001 r. <sup>(1)</sup>. Nadaje się priorytet opracowaniu zasad i wskazówek dotyczących najlepszych praktyk w sprawie ostrożnego stosowania środków antybiotycznych w medycynie człowieka wraz z właściwymi organami, jak też działalności promującej programy edukacyjne i interwencyjne adresowane do profesjonalistów zajmujących się zdrowiem oraz szpitali w celu zwalczania odporności na antybiotyki.

#### 2.2.6. Wspieranie tworzenia sieci laboratoriów (art. 3 ust. 2 pkt 2.4 Załącznika)

Celem tego działania jest wspieranie tworzenia sieci i współpracy pomiędzy laboratoriami europejskimi, jak też promowanie zapewnienia jakości, wprowadzania systemów akredytacji i standaryzacji metod laboratoryjnych w celu zapewnienia porównywalności danych. Nadaje się priorytet zewnętrznemu zapewnieniu jakości laboratoriów mikrobiologicznych, poprawy jakości, oceny biegłości i systemów akredytacji dla opracowania sieci sprawdzonych laboratoriów oraz zwiększenia możliwości laboratoriów zdrowia publicznego.

<sup>(1)</sup> Patrz: [http://europa.eu.int/comm/health/index\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/index_en.htm)

### 2.2.7. Budowanie możliwości (art. 3 ust. 2 pkt 2.2 Załącznika)

Celem tego działania jest rozszerzenie współpracy na poziomie wspólnotowym w drodze rozwoju i rozszerzenia na państwa przystępujące, państwa kandydujące i państwa EOG/EFTA europejskich możliwości świadczenia ekspertyzy w dziedzinie zdrowia publicznego przy wypracowywaniu reakcji. Ma ono na celu zapewnienie szkolenia, wspólnej metodologii oraz przekazywanie doświadczeń w zakresie badań epidemiologicznych, holistycznego podejścia do zdrowia publicznego oraz najnowocześniejszych technik i analiz laboratoryjnych.

### 2.3. Uwarunkowania zdrowia

Zajmowanie się najważniejszymi uwarunkowaniami zdrowia daje olbrzymie możliwości w zakresie zmniejszenia ciężaru choroby i promowania zdrowia ogółu populacji. Uwarunkowania zdrowia mogą zostać skategoryzowane jako zachowania osobiste i style życia, wpływy w społecznościach, które mogą wspierać lub niszczyć zdrowie, warunki życia i pracy oraz dostęp do służby zdrowia, jak również ogólne warunki społeczno-ekonomiczne, kulturalne i uwarunkowania środowiskowe.

Efektywna praca dotycząca uwarunkowań zdrowia wymaga różnorodnych sposobów podejścia. Dla niektórych uwarunkowań szczególnie skuteczne okazało się podejście lokacyjne. Na przykład tworzenie środowisk wspierających w społecznościach może wzmocnić kapitał społeczny i ułatwić przyjęcie zdrowych zachowań. Usługi w zakresie opieki zdrowotnej są również ważnym czynnikiem przyczyniającym się do zdrowia oraz lokalizacji, promocji zdrowia i zapobiegania chorobom. Również w niektórych przypadkach skupienie się na indywidualnych sytuacjach zdrowotnych może być najlepszym podejściem w celu osiągnięcia konkretnych rezultatów. Niemniej jednak szerszymi uwarunkowaniami zdrowia najlepiej zajmują się inicjatywy polityczne na ogólniejszym poziomie.

Cel działań wspólnotowych w tej dziedzinie jest podwójny. Po pierwsze, zachęcanie i wspieranie opracowania działań i sieci gromadzenia, przekazywania i wymiany informacji w celu dokonania oceny i opracowania wspólnotowych polityk, strategii i środków, mających na celu ustanowienie skutecznych interwencji z zamiarem zajęcia się uwarunkowaniami zdrowia. Po drugie, promowanie i stymulowanie wysiłków państw w tej dziedzinie, na przykład w drodze opracowania innowacyjnych projektów stanowiących przykłady efektywnej praktyki.

Następujące zasady stosuje się do działań wymienionych poniżej. Po pierwsze, gdy tylko jest to możliwe, korzystać się będzie z doświadczenia zdobytego na podstawie wcześniejszych wspólnotowych programów dotyczących zdrowia publicznego i wcześniejszego finansowania na podstawie niniejszego programu. Po drugie, czynniki społeczno-ekonomiczne są ważnym powodem różnic w statusie zdrowia w Europie. Poza określonymi działaniami zapoczątkowanymi w tej dziedzinie (przedstawionymi w 2.3.9 poniżej), zajęcie się tymi czynnikami będzie rozważane we wszystkich działaniach w zakresie aspektów zdrowotnych związanych ze stylem życia. Wreszcie, podejście do cykli życia – a zwłaszcza problemów związanych z populacją ludzi starszych – będzie uwzględniane przy adresowaniu uwarunkowań zdrowia.

Priorytety zidentyfikowane na 2004 r. są następujące:

#### UZALEŻNIENIA

##### 2.3.1. Tytoń (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.1 Załącznika)

Zachęcanie do podejmowania i wspieranie środków kontroli tytoniu i działań prewencyjnych dotyczących tytoniu.

##### 2.3.1.1. Zapobieganie i zaprzestanie palenia tytoniu

1. Polityki i najlepsze praktyki w sprawie zaprzestania palenia tytoniu i edukacji zdrowotnej
2. Promowanie strategii mających na celu ochronę populacji przed ryzykiem biernego palenia tytoniu
3. Promowanie strategii w celu „denormalizacji” palenia tytoniu, w tym strategii i środków w celu zmniejszenia występowania palenia tytoniu
4. Promowanie pozytywnej roli, jaką mogą odegrać profesjonalści zajmujący się opieką zdrowotną w polityce zapobiegania paleniu tytoniu i jego zaprzestania

Działania te będą opracowywane we współpracy z działalnością podejmowaną w ramach Wspólnotowego Funduszu Tytoniu w celu uniknięcia powtórzeń i tworzenia synergii.

##### 2.3.2.2. Środki ustawodawcze

Wszechstronny program ustawodawczy jest częścią ogólnej strategii Komisji w celu zajęcia się paleniem tytoniu jako kluczowym uwarunkowaniem zdrowia. Do końca 2004 r. program ustawodawczy obejmuje badanie możliwości przyszłego instrumentu legislacyjnego w sprawie składników oraz decyzji/rozporządzeń Komisji dotyczących metod pomiarów, ostrzeżeń zdrowotnych i oznakowania oraz śledzenia.

Ponadto Komisja ma obowiązek sporządzenia sprawozdania na temat stosowania dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych <sup>(1)</sup>.

Komisja będzie również ściśle śledzić realizację dyrektywy w sprawie reklamy tytoniu <sup>(2)</sup> oraz proponować konieczne zmiany tej dyrektywy.

Ponadto, w związku z podpisaniem Konwencji Ramowej WHO w sprawie kontroli tytoniu, Komisja będzie aktywnie uczestniczyć w pracach otwartej grupy międzyrządowej, która zostanie ustanowiona w celu przygotowania pierwszej sesji konferencji państw stron.

Istnieje potrzeba ustanowienia i udokumentowania solidnej podstawy naukowej dla każdego instrumentu prawnego na polu kontroli tytoniu. Ponadto należy zintensyfikować prace przygotowawcze w zakresie przyszłego ustawodawstwa. Z tych powodów zostaną podjęte działania w następujących dziedzinach, włączając wykorzystanie wezwań do składania ofert przetargowych:

1. Gromadzenie danych prawnych, doradztwo naukowe i techniczne dla:
  - opracowania wniosku w sprawie składników w pełnej koordynacji z pracą nad składnikami trwającą obecnie w Centrum Wspólnych Badań Komisji,
  - przygotowania decyzji/rozporządzeń w sprawie metod pomiarowych,
  - przygotowania decyzji/rozporządzeń w sprawie ostrzeżeń zdrowotnych,
  - przygotowania decyzji/rozporządzeń w sprawie oznakowania/śledzenia.
2. Analizowanie ustawodawstwa Państw Członkowskich dotyczącego sponsorowania w drukowanych środkach przekazu lub sponsorowania drukowanych środków przekazu oraz usług społeczeństwa informacyjnego mających na względzie promowanie wyrobów tytoniowych.
3. Ocena sytuacji w Państwach Członkowskich dotyczącej pośredniego reklamowania i sponsorowania imprez lub działalności bez skutku transgranicznego.

#### 2.3.2. *Alkohol (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.1 Załącznika)*

W celu zwalczania problemów społecznych i zdrowotnych powodowanych przez alkohol, jedno z kluczowych uwarunkowań zdrowia we Wspólnocie, powinno się zająć praktykami reklamowymi, w drodze oceny wykonania przepisów krajowych i samoregulacji w dziedzinie reklamy i marketingu napojów alkoholowych w Państwach Członkowskich.

#### 2.3.3. *Narkotyki (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.1 Załącznika)*

W celu wsparcia uzupełnienia zalecenia Rady z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie zapobiegania i zmniejszania szkód związanych ze zdrowiem w związku z uzależnieniem od narkotyków kontynuowana będzie inwentaryzacja działalności we współpracy z EMCDDA <sup>(3)</sup>.

Zachęcać się będzie do składania wniosków dotyczących podejścia do stylu życia, poświęconych nadużyciom wszystkich substancji potencjalnie uzależniających, w szczególności w miejscach przeznaczonych na rozrywkę (np. klubach nocnych) i więzieniach. Szczególny nacisk zostanie położony na działania rozwijające najlepsze praktyki, rozpowszechnianie informacji i poprawę komunikacji w tych obszarach przy wykorzystaniu nowoczesnych metod komunikacji.

### ZDROWIE POZYTYWNE

#### 2.3.4. *Odżywianie i aktywność fizyczna (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.1 Załącznika)*

Rozwój prac w celu zidentyfikowania najlepszej praktyki i podjęcia spójnych strategii w sprawie odżywiania i aktywności fizycznej we Wspólnocie, które powinny oferować zalecenia i wsparcie dla Państw Członkowskich. Nacisk zostanie położony na innowacyjne środki i podejścia do poprawy nawyków żywieniowych, nadwagi i otyłości oraz nawyków aktywności fizycznej we wszystkich grupach populacji.

W 2004 r. mogą być wspierane następujące działania:

- 1) zidentyfikowanie, utworzenie sieci i rozpowszechnianie najlepszej praktyki w sprawie strategii i działań w celu zwalczania nadwagi i otyłości;
- 2) zidentyfikowanie, stworzenie sieci i rozpowszechnianie najlepszej praktyki w sprawie strategii i działań w celu wspierania aktywności fizycznej;
- 3) włączenie zagadnień odżywiania i aktywności fizycznej do programów szkoleń nauczycieli, profesjonalistów w dziedzinie zdrowia i pracowników gastronomii i hotelarstwa.

Nacisk powinien zostać położony na właściwą ocenę wyników interwencji.

<sup>(1)</sup> Dyrektywa 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 (Dz.U. L 194 z 18.7.2001, str. 26).

<sup>(2)</sup> Dyrektywa 2003/33/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 maja 2003 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich odnoszących się do reklamy i sponsorowania wyrobów tytoniowych (Dz.U. L 152 z 20.6.2003, str. 16).

<sup>(3)</sup> Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

2.3.5. *Zdrowie seksualne i rozrodcze (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.1 Załącznika)*

Uwzględniając informacje z systemu monitorowania zdrowia, opracowanie strategii promocji zdrowia i zdefiniowane najlepszych praktyk w celu zajęcia się edukacją seksualną (ciążę nastolatek, planowanie rodziny) oraz zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową, takim jak HIV/AIDS, w tym uwzględnienie podejść w szkołach i skierowanych do określonych grup.

2.3.6. *Zdrowie psychiczne (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.1 Załącznika)*

Program promocji zdrowia wspiera szereg projektów i interwencji związanych ze zdrowiem psychicznym, a Rada przyjęła wnioski w sprawie promowania zdrowia psychicznego <sup>(1)</sup>.

Ponadto, w części informacji na temat zdrowia bieżącego programu zdrowia publicznego, została ustanowiona konkretna grupa robocza w celu koncentrowania się na gromadzeniu i rozpowszechnianiu danych i informacji w związku ze zdrowiem psychicznym.

Oporając się na przeglądzie istniejących najlepszych praktyk, opracowanie strategii realizacji interwencji w odpowiednich lokalizacjach przy promowaniu zdrowia psychicznego będzie wspierane finansowo, z naciskiem na zapobieganie samobójstwom i depresji. Również szczególny nacisk zostanie położony na zaburzenia jedzenia (anoreksja, bulimia) i zapobieganie im u młodzieży, jak też na tworzenia środowisk wsparcia (w tym promowanie zdrowia psychicznego w rodzinach).

2.3.7. *Zapobieganie urazom (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.1 Załącznika)*

Urazy stanowią jedno z największych wyzwań i przyczyn śmiertelności i kalectwa, zwłaszcza wśród dzieci, dorastającej młodzieży i osób starszych. w 2004 r. zostanie stworzony spis najlepszych praktyk i skutecznych polityk w oparciu o dowody.

#### UWARUNKOWANIA SPOŁECZNE I ŚRODOWISKOWE

2.3.8. *Środowiskowe uwarunkowania zdrowia (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.1 Załącznika)*

Praca nad środowiskowymi uwarunkowaniami zdrowia wykorzysta europejską strategię w sprawie zdrowia i środowiska ustanowioną w komunikacie Komisji z dnia 11 czerwca 2003 r. <sup>(2)</sup>.

w 2004 r. nadaje się priorytet działaniom wspierającym opracowanie polityk i strategii w sprawie zdrowia i środowiska, jak też włączenia zagadnień dotyczących zdrowia i środowiska do innych polityk wspólnotowych. Szczególny nacisk kładzie się na wykonywanie doradztwa i doświadczenia w celu opracowania działalności, w tym pracy legislacyjnej i innych inicjatyw związanych z zagadnieniami dotyczącymi zdrowia w związku z zanieczyszczeniem powietrza (w tym zanieczyszczenia powietrza w pomieszczeniach) i pól elektromagnetycznych <sup>(3)</sup>.

2.3.9. *Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zdrowia (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.1 Załącznika)*

Zajmowanie się uwarunkowaniami społeczno-ekonomicznymi będzie nadal kluczowym priorytetem dla programu. w 2004 r. będą wspierane prace nad:

- 1) identyfikacją efektywnych strategii w celu pokonywania nierówności w dziedzinie zdrowia i wpływu na zdrowie uwarunkowań społeczno-ekonomicznych w określonych miejscach oraz dla grup populacji, które są szczególnie narażone, zwłaszcza w populacjach społecznie wykluczonych, mniejszościach i populacjach emigrantów;
- 2) rozwojem pracy nad strategiami w celu zajęcia się skutkami zdrowotnymi warunków bezrobocia i zagrożenia utratą zatrudnienia.

2.3.10. *Promowanie zdrowia w określonych miejscach (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.1 Załącznika)*

1. Promowanie zdrowia w szkołach za pośrednictwem Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie we współpracy z Państwami Członkowskimi, Radą Europy i WHO. Zostanie położony nacisk na umożliwienie wszystkim szkołom czerpania korzyści z rozwoju pracy i najlepszej praktyki z siecią, poprawę pokrycia siecią oraz dalsze rozwijanie najlepszych praktyk w konkretnych obszarach.

<sup>(1)</sup> Rozporządzenie Rady z dnia 18 listopada 1999 r. (Dz.U. C 86 z 24.3.2000, str. 1).

<sup>(2)</sup> Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego i Europejskiego Komitetu Społeczno-Ekonomicznego – Europejska strategia w dziedzinie środowiska i zdrowia (COM(2004) 338 wersja ostateczna).

<sup>(3)</sup> Działalność będzie w szczególności związana z rewizją zalecenia Rady z dnia 12 lipca 1999 r. w sprawie ograniczenia stopnia narażenia ogółu społeczeństwa na oddziaływanie pól elektromagnetycznych od 0 Hz 300 GHz (Dz.U. L 199 z 30.7.1999, str. 59).

2. Promowanie zdrowia w miejscu pracy poprzez wzmocnienie tworzenia sieci i współpracy pomiędzy odpowiednimi organizacjami. Oparcie się na zidentyfikowanych modelach dobrej praktyki dla promowania zdrowia w miejscu pracy, rozwijanie strategii realizacji koncentrujących się na trwałym rozwoju zdrowia w miejscu pracy i rozszerzanie realizacji w sektorach gospodarczych w Państwach Członkowskich. Szczególny nacisk zostanie położony na tworzenie środowisk wolnych od dymu papierosowego w miejscu pracy.

2.3.11. *Szkolenie w dziedzinie zdrowia publicznego (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.6 Załącznika)*

W 2004 r. priorytet zostanie nadany promowaniu współpracy pomiędzy instytucjami edukacyjnymi w sprawie treści szkoleń i wspieranie opracowania wspólnych szkoleń europejskich w dziedzinie zdrowia publicznego, w oparciu o inicjatywy takie jak program European Master w dziedzinie zdrowia publicznego i program szkoleń interwencji epidemiologicznych.

2.3.12. *Zapobieganie chorobom (art. 3 ust. 2 lit. b) pkt 3.1 Załącznika)*

W oparciu o osiągnięcia dokonane na podstawie wcześniejszych programów zdrowia publicznego, zwłaszcza programów nowotworowych <sup>(1)</sup>, zostanie dokonana wszechstronna analiza oraz inwentaryzacja i dalsze opracowanie istniejących wytycznych i zaleceń dotyczących najlepszych praktyk oraz perspektyw na przyszłość dotyczących głównych chorób zdrowia publicznego, takich jak nowotwory, choroby sercowo-naczyniowe i cukrzyca.

---

<sup>(1)</sup> Wniosek do Rady o wydanie zalecenia w sprawie badań nowotworowych (COM(2003) 230 wersja ostateczna).