

ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (WE) NR 1338/2008

z dnia 16 grudnia 2008 r.

w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

PARLAMENT EUROPEJSKI I RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

uwzględniając Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, w szczególności jego art. 285 ust. 1,

uwzględniając wniosek Komisji,

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

a także mając na uwadze, co następuje:

(1) W decyzji nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. przyjmującej program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008) ⁽³⁾ stwierdzono, że element statystyczny systemu informacyjnego dotyczącego zdrowia publicznego zostanie opracowany we współpracy z państwami członkowskimi przy wykorzystaniu, stosownie do potrzeb, wspólnotowego programu statystycznego w celu wsparcia synergii i unikania powielania działań. W decyzji nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiającej drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 ⁽⁴⁾ wskazano, że jego cel polegający na generowaniu i rozpowszechnianiu informacji i wiedzy na temat zdrowia będzie osiągniany za pomocą działań zmierzających do opracowania trwałego systemu monitorowania zdrowia, dysponującego mechanizmem gromadzenia porównawczych danych i informacji z odpowiednimi wskaźnikami oraz do opracowania, przy wykorzystaniu wspólnotowego programu statystycznego, elementu statystycznego tego systemu.

(2) Wspólnotowe informacje dotyczące zdrowia publicznego opracowywano systematycznie poprzez wspólnotowe programy w zakresie zdrowia publicznego. Na tej podstawie powstał wykaz wskaźników zdrowotnych Wspólnoty

Europejskiej (ECHI) przedstawiający ogólny przegląd stanu zdrowia, czynników warunkujących zdrowie i systemów opieki zdrowotnej. W celu udostępnienia minimum danych statystycznych niezbędnych do obliczenia wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej, wspólnotowe statystyki w zakresie zdrowia publicznego powinny być — w stosownych przypadkach i jeśli to możliwe — spójne z rozwojem sytuacji i osiągnięciami wynikającymi z działań Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego.

(3) W rezolucji Rady z dnia 3 czerwca 2002 r. w sprawie nowej wspólnotowej strategii dotyczącej zdrowia i bezpieczeństwa pracy 2002–2006 ⁽⁵⁾ Rada wezwała Komisję i państwa członkowskie do przyspieszenia prac, jakie należy wykonać w zakresie harmonizacji danych statystycznych dotyczących wypadków przy pracy i chorób zawodowych w celu otrzymania porównywalnych danych, na podstawie których można będzie dokonać obiektywnej oceny wpływu i skuteczności działań w ramach nowej strategii wspólnotowej, jak również podkreśliła w osobnej części konieczność uwzględnienia wzrostu udziału kobiet w rynku pracy i sprostania ich szczególnym potrzebom w odniesieniu do polityk dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w pracy. Ponadto w swojej rezolucji z dnia 25 czerwca 2007 r. w sprawie nowej wspólnotowej strategii w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy (2007–2012) ⁽⁶⁾ Rada wezwała Komisję do współpracy z organami legislacyjnymi w opracowywaniu odpowiedniego europejskiego systemu statystycznego w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, który uwzględniałby różne systemy krajowe i unikał nakładania dodatkowych obciążeń administracyjnych. Oprócz tego w swoim zaleceniu z dnia 19 września 2003 r. dotyczącym europejskiego wykazu chorób zawodowych ⁽⁷⁾ Komisja zaleciła państwom członkowskim stopniowe uzgadnianie swoich statystyk dotyczących chorób z wykazem europejskim, zgodnie z pracami prowadzonymi nad systemem harmonizacji europejskich statystyk dotyczących chorób zawodowych.

(4) Podczas posiedzenia Rady Europejskiej w Barcelonie w dniach 15 i 16 marca 2002 r. określono trzy główne zasady reformy systemów opieki zdrowotnej: dostępność dla wszystkich, opieka wysokiej jakości oraz długotrwała stabilność finansowa. W komunikacie Komisji z dnia

⁽¹⁾ Dz.U. C 44 z 16.2.2008, s. 103.

⁽²⁾ Opinia Parlamentu Europejskiego z dnia 13 listopada 2007 r. (Dz.U. C 282 E, 6.11.2008, s. 109), wspólne stanowisko Rady z dnia 2 października 2008 r. (Dz.U. C 280 E, 4.11.2008, s. 1) i stanowisko Parlamentu Europejskiego z dnia 19 listopada 2008 r. (dotychczas nieopublikowane w Dzienniku Urzędowym).

⁽³⁾ Dz.U. L 271 z 9.10.2002, s. 1.

⁽⁴⁾ Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3.

⁽⁵⁾ Dz.U. C 161 z 5.7.2002, s. 1.

⁽⁶⁾ Dz.U. C 145 z 30.6.2007, s. 1.

⁽⁷⁾ Dz.U. L 238 z 25.9.2003, s. 28.

- 20 kwietnia 2004 r. zatytułowanym „Modernizacja zabezpieczenia socjalnego w celu ukształtowania dostępnej i stabilnej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości i opieki długoterminowej: wsparcie strategii krajowych przy użyciu »otwartej metody koordynacji«” zaproponowano rozpoczęcie pracy nad określaniem potencjalnych wskaźników dla wspólnych celów stworzenia systemów opieki zdrowotnej w oparciu o działania podjęte w związku ze wspólnotowym programem działania w dziedzinie zdrowia, statystyki Eurostatu w zakresie zdrowia oraz współpracę z organizacjami międzynarodowymi. Przy określaniu takich wskaźników należy zwrócić szczególną uwagę na stosowanie i porównywalność wskaźnika własnej oceny zdrowia, który pojawia się w badaniach.
- (5) W decyzji nr 1600/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22 lipca 2002 r. ustanawiającej szósty wspólnotowy program działań w zakresie środowiska naturalnego ⁽¹⁾, jako kluczowy priorytet ochrony środowiska zawarto działanie w zakresie środowiska, zdrowia i jakości życia, wzywając do zdefiniowania i opracowania wskaźników zdrowia i środowiska. Ponadto w konkluzjach Rady z dnia 8 grudnia 2003 r. w sprawie wskaźników strukturalnych wezwano do włączenia wskaźników dotyczących różnorodności biologicznej i zdrowia w tytule „środowisko” do bazy danych wskaźników strukturalnych wykorzystywanej do sporządzania corocznego sprawozdania wiosennego dla Rady Europejskiej; wskaźniki dotyczące zdrowia i bezpieczeństwa pracy są również zawarte w tej bazie danych w tytule „zatrudnienie”. Zestaw wskaźników dotyczących zrównoważonego rozwoju przyjęty przez Komisję w 2005 r. również zawiera jednostkę tematyczną związaną ze wskaźnikami dotyczącymi zdrowia publicznego.
- (6) Plan działania na rzecz środowiska i zdrowia na lata 2004–2010 uznaje potrzebę poprawy — przy wykorzystaniu wspólnotowego programu statystycznego — jakości, porównywalności i dostępności danych dotyczących stanu zdrowia w odniesieniu do chorób i zaburzeń stanu zdrowia związanych ze środowiskiem.
- (7) W rezolucji z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie promowania zatrudnienia i integracji społecznej osób niepełnosprawnych ⁽²⁾ Rada wezwała państwa członkowskie i Komisję do zbierania danych statystycznych na temat sytuacji osób niepełnosprawnych, w tym rozwoju usług i świadczeń dla tej grupy. Ponadto, Komisja w swoim komunikacie z dnia 30 października 2003 r. zatytułowanym „Równe szanse dla osób niepełnosprawnych — europejski plan działania” postanowiła opracować wskaźniki kontekstu, które byłyby porównywalne między państwami członkowskimi w celu oceny skuteczności polityk dotyczących niepełnosprawności. Wskazała ona, że powinno się maksymalnie wykorzystywać źródła i struktury Europejskiego Systemu Statystycznego, zwłaszcza poprzez opracowanie zharmonizowanych modułów do badań, by gromadzić porównywalne międzynarodowe informacje statystyczne konieczne do monitorowania postępu.
- (8) W celu zapewnienia przydatności i porównywalności danych i aby uniknąć powielania pracy, działalność statystyczna Komisji (Eurostatu) w dziedzinie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy powinna być prowadzona — o ile to uzasadnione i możliwe — we współpracy z Organizacją Narodów Zjednoczonych i jej organizacjami specjalnymi, takimi jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), oraz z Międzynarodową Organizacją Pracy (MOP), a także z Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD).
- (9) Komisja (Eurostat) zbiera już regularnie dane statystyczne dotyczące zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy od państw członkowskich, które przekazują je dobrowolnie. Zbiera ona także dane w tych dziedzinach, korzystając z innych źródeł. Działania te prowadzone są w ścisłej współpracy z państwami członkowskimi. Jeśli chodzi o statystyki dotyczące zdrowia publicznego, proces ich opracowywania i wdrażania podlega zarządzaniu i organizacji w ramach partnerstwa między Komisją (Eurostatem) a państwami członkowskimi. Niezbędna jest jednak większa dokładność, wiarygodność, spójność, porównywalność, zasięg, aktualność i terminowość istniejących zbiorów danych statystycznych; należy także zapewnić realizację dalszych zbiorów danych, uzgodnionych i opracowanych z państwami członkowskimi, po to by uzyskać niezbędny minimalny zbiór danych w dziedzinie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa pracy na poziomie Wspólnoty.
- (10) Tworzenie określonych statystyk Wspólnoty podlega zasadom zawartym w rozporządzeniu Rady (WE) nr 322/97 z dnia 17 lutego 1997 r. w sprawie statystyk Wspólnoty ⁽³⁾.
- (11) Niniejsze rozporządzenie zapewnia pełne poszanowanie prawa do ochrony danych osobowych przewidzianego w art. 8 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej ⁽⁴⁾.
- (12) Dyrektywa 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych ⁽⁵⁾ oraz rozporządzenie (WE) nr 45/2001 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2000 r. o ochronie osób

⁽¹⁾ Dz.U. L 242 z 10.9.2002, s. 1.

⁽²⁾ Dz.U. C 175 z 24.7.2003, s. 1.

⁽³⁾ Dz.U. L 52 z 22.2.1997, s. 1.

⁽⁴⁾ Dz.U. C 303 z 14.12.2007, s. 1.

⁽⁵⁾ Dz.U. L 281 z 23.11.1995, s. 31.

- fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez instytucje i organy wspólnotowe i o swobodnym przepływie takich danych ⁽¹⁾ mają zastosowanie w kontekście niniejszego rozporządzenia. Wymogi statystyczne, które wynikają ze wspólnotowego działania w dziedzinie zdrowia publicznego, krajowych strategii na rzecz rozwoju dostępnej i stabilnej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości oraz wspólnotowej strategii dotyczącej zdrowia i bezpieczeństwa pracy, a także wymogi związane ze wskaźnikami strukturalnymi, wskaźnikami trwałego rozwoju i wskaźnikami zdrowotnymi Wspólnoty Europejskiej i innymi zestawami wskaźników, których opracowanie jest niezbędne dla celów monitorowania wspólnotowych i krajowych działań i strategii politycznych w dziedzinach zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, stanowią ważny interes publiczny.
- (13) Przekazywanie danych objętych tajemnicą statystyczną podlega zasadom określonym w rozporządzeniu (WE) nr 322/97 oraz w rozporządzeniu Rady (Euratom, EWG) nr 1588/90 z dnia 11 czerwca 1990 r. w sprawie przekazywania do Urzędu Statystycznego Wspólnot Europejskich danych będących przedmiotem poufności informacji statystycznych ⁽²⁾. Środki przyjęte zgodnie z tymi rozporządzeniami zapewniają fizyczną i logiczną ochronę poufnych danych i zapewniają, by podczas tworzenia i upowszechniania statystyk wspólnotowych nie dochodziło do bezprawnego ujawniania i wykorzystywania danych do celów innych niż statystyczne.
- (14) Podczas tworzenia i upowszechniania statystyk wspólnotowych na mocy niniejszego rozporządzenia krajowe i wspólnotowe organy statystyczne powinny uwzględniać zasady określone w Europejskim kodeksie praktyk statystycznych, który został przyjęty przez Komitet ds. Programu Statystycznego dnia 24 lutego 2005 r.
- (15) Ponieważ cel niniejszego rozporządzenia, mianowicie ustanowienie wspólnych ram dla systematycznego tworzenia statystyk wspólnotowych dotyczących zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa pracy, nie może być w wystarczającym stopniu osiągnięty przez państwa członkowskie i może być lepiej zrealizowany na poziomie Wspólnoty, Wspólnota może podjąć działania zgodnie z zasadą pomocniczości określoną w art. 5 Traktatu. Zgodnie z zasadą proporcjonalności określoną w tym artykule, niniejsze rozporządzenie nie wykracza poza to, co jest niezbędne do osiągnięcia tego celu.
- (16) Uznając, że organizacja i zarządzanie systemami ochrony zdrowia to kwestie leżące w kompetencjach krajowych, jak również fakt, że w głównej mierze do państw członkowskich należy wdrażanie prawodawstwa wspólnotowego w sprawie warunków w miejscach pracy i warunków pracy, w niniejszym rozporządzeniu zachowano pełne poszanowanie dla kompetencji państw członkowskich w dziedzinie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy.
- (17) Ważne jest, aby grupowanie zmiennych uwzględniało podział według płci i wieku, co pozwoli na wzięcie pod uwagę wpływu różnic wynikających z płci i wieku na zdrowie i bezpieczeństwo w pracy.
- (18) Środki niezbędne do wdrożenia niniejszego rozporządzenia powinny być przyjmowane zgodnie z decyzją Rady 1999/468/WE z dnia 28 czerwca 1999 r. ustanawiającą warunki wykonywania uprawnień wykonawczych przyznanych Komisji ⁽³⁾.
- (19) W szczególności należy upoważnić Komisję do przyjmowania środków wykonawczych obejmujących charakterystyki określonych tematów i ich grupowanie, okresy odniesienia i odstępy czasu oraz terminy dostarczania danych i metadanych. Ponieważ są to środki o zasięgu ogólnym, mające na celu zmianę innych niż istotne elementów niniejszego rozporządzenia między innymi przez dodanie nowych innych niż istotne elementów, muszą one być przyjmowane zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, przewidzianą w art. 5a decyzji 1999/468/WE.
- (20) Dodatkowe finansowanie gromadzenia danych z dziedziny zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy ma zostać przyznane odpowiednio w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 oraz wspólnotowego programu na rzecz zatrudnienia i solidarności społecznej — Progress ⁽⁴⁾. W tych ramach zasoby finansowe powinny być przeznaczone na wspieranie państw członkowskich w dalszym tworzeniu potencjałów krajowych, które pozwolą wdrożyć ulepszenia i nowe narzędzia statystyczne gromadzenia danych w dziedzinie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy.
- (21) Przeprowadzono konsultacje z Europejskim Inspektorem Ochrony Danych.

⁽¹⁾ Dz.U. L 8 z 12.1.2001, s. 1.

⁽²⁾ Dz.U. L 151 z 15.6.1990, s. 1.

⁽³⁾ Dz.U. L 184 z 17.7.1999, s. 23.

⁽⁴⁾ Decyzja nr 1672/2006/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 2006 r. ustanawiająca wspólnotowy program na rzecz zatrudnienia i solidarności społecznej — Progress (Dz.U. L 315 z 15.11.2006, s. 1).

(22) Przeprowadzono konsultacje z Komitetem ds. Programu Statystycznego zgodnie z art. 3 ust. 1 decyzji Rady 89/382/EWG, Euratom ⁽¹⁾,

Artykuł 3

Definicje

PRZYJMUJĄ NINIEJSZE ROZPORZĄDZENIE:

Na użytek niniejszego rozporządzenia stosuje się następujące definicje:

Artykuł 1

Przedmiot

1. Niniejsze rozporządzenie ustanawia wspólne ramy systematycznego tworzenia statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy. Statystyki są tworzone zgodnie ze standardami bezstronności, wiarygodności, obiektywności, efektywności kosztowej oraz poufności danych statystycznych.

2. Statystyki te obejmują, w postaci ujednoczonego i wspólnego zbioru danych, informacje niezbędne do działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego, do wsparcia strategii krajowych w celu ukształtowania powszechnie dostępnej i stabilnej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości oraz do działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia i bezpieczeństwa w pracy.

3. Statystyki te dostarczają dane dla wskaźników strukturalnych, wskaźników trwałego rozwoju oraz wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej (ECHI), a także dla innych zestawów wskaźników, których opracowanie jest konieczne do celów monitorowania działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy.

Artykuł 2

Zakres stosowania

Państwa członkowskie dostarczają Komisji (Eurostatowi) statystyki dotyczące następujących dziedzin:

- stanu zdrowia i czynników warunkujących zdrowie zdefiniowanych w załączniku I,
- opieki zdrowotnej zdefiniowanej w załączniku II,
- przyczyn zgonu zdefiniowanych w załączniku III,
- wypadków przy pracy zdefiniowanych w załączniku IV,
- chorób zawodowych oraz innych problemów zdrowotnych i chorób związanych z pracą zdefiniowanych w załączniku V.

⁽¹⁾ Decyzja Rady 89/382/EWG, Euratom z dnia 19 czerwca 1989 r. w sprawie ustanowienia Komitetu ds. Programów Statystycznych Wspólnot Europejskich (Dz.U. L 181 z 28.6.1989, s. 47).

a) „statystyki Wspólnoty” mają znaczenie określone w art. 2 tiret pierwsze rozporządzenia (WE) nr 322/97;

b) „tworzenie statystyk” ma znaczenie określone w art. 2 akapit drugi rozporządzenia (WE) nr 322/97;

c) „zdrowie publiczne” oznacza wszystkie elementy związane ze zdrowiem, mianowicie stan zdrowia, w tym zachorowalność i niepełnosprawność, czynniki warunkujące stan zdrowia, potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, zasoby opieki zdrowotnej, oferowane usługi opieki zdrowotnej i powszechny dostęp do nich, opiekę zdrowotną, wydatki na opiekę zdrowotną i sposób jej finansowania oraz przyczyny zgonów;

d) „zdrowie i bezpieczeństwo w pracy” oznaczają wszystkie elementy związane z profilaktyką oraz ochroną zdrowia i bezpieczeństwa pracowników w pracy w związku z wykonywanymi przez nich obecnie lub w przeszłości czynnościami, w szczególności dotyczące wypadków przy pracy, chorób zawodowych i innych związanych z pracą problemów zdrowotnych i chorób;

e) „mikrodane” oznaczają jednostkowe dane statystyczne;

f) „przekazywanie danych poufnych” oznacza przekazywanie między organami krajowymi a organem wspólnotowym poufnych danych, które nie pozwalają na bezpośrednią identyfikację, zgodnie z art. 14 rozporządzenia (WE) nr 322/97 oraz rozporządzenia (Euratom, EWG) nr 1588/90;

g) „dane osobowe” oznaczają wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej zgodnie z art. 2 lit. a) dyrektywy 95/46/WE.

Artykuł 4

Źródła

Państwa członkowskie zestawiają dane dotyczące zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy ze źródeł, które — w zależności od dziedziny i tematu oraz specyfiki krajowych systemów opieki zdrowotnej — obejmują albo badania gospodarskich domowych lub podobne badania lub moduły do badań albo krajowe źródła administracyjne lub sprawozdawcze.

Artykuł 5

Metodologia

1. Metody wykorzystywane do realizacji procesów zbierania danych uwzględniają — również w przypadku czynności przygotowawczych — krajowe doświadczenia i wiedzę fachową oraz krajową specyfikę, istniejące możliwości i zbiory danych, w ramach sieci współpracy z państwami członkowskimi i innych struktur europejskiego systemu statystycznego (ESS) ustanowionych przez Komisję (Eurostat). Uwzględnia się również metodologie regularnego zbierania danych pochodzących z projektów o wymiarze statystycznym realizowanych w ramach programów wspólnotowych, takich jak programy w zakresie zdrowia publicznego lub programy badawcze.

2. Metodologie statystyczne i procesy zbierania danych, które mają być rozwinięte dla opracowania danych statystycznych dotyczących zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na poziomie Wspólnoty, uwzględniają w stosownych przypadkach konieczność koordynacji z działaniami organizacji międzynarodowych w tej dziedzinie, tak by zapewnić międzynarodową porównywalność statystyk i spójność zbierania danych, jak również uniknąć powielania pracy i wielokrotnego dostarczania danych przez państwa członkowskie.

Artykuł 6

Badania pilotażowe oraz analizy kosztów i korzyści

1. W przypadku gdy potrzebne są dodatkowe dane wykraczające poza dane już zebrane lub takie, dla których istnieje już metodologia, lub gdy okaże się, że w dziedzinach, o których mowa w art. 2, dane są niewystarczającej jakości, Komisja (Eurostat) przeprowadza badania pilotażowe, w których państwa członkowskie mogą uczestniczyć na zasadzie dobrowolności. Celem takich badań pilotażowych jest sprawdzenie pojęć i metod oraz dokonanie oceny wykonalności zbierania odnośnych danych, w tym ich jakości statystycznej, porównywalności i opłacalności, zgodnie z zasadami określonymi w Europejskim kodeksie praktyk statystycznych.

2. W przypadku gdy zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2, przewidziano przygotowanie środka wykonawczego, przeprowadza się analizę kosztów i korzyści, w której uwzględnia się korzyści z dostępności tych danych w stosunku do kosztów uzyskania danych oraz do obciążenia, jakie to stanowi dla państw członkowskich.

3. Komisja (Eurostat) sporządza sprawozdanie, w którym ocenia wyniki badań pilotażowych lub analizy kosztów i korzyści — w tym skutków i implikacji, jakie będzie miała specyfika poszczególnych krajów — we współpracy z państwami członkowskimi w ramach sieci współpracy i innych struktur ESS.

Artykuł 7

Przekazywanie, przetwarzanie i upowszechnianie danych

1. Jeżeli jest to konieczne do tworzenia statystyk Wspólnoty, państwa członkowskie przekazują poufne mikro dane lub, w zależności od dziedziny i tematu, dane zagregowane zgodnie z przepisami dotyczącymi przekazywania danych objętych zasadą poufności, określonymi w rozporządzeniu (WE) nr 322/97 i w rozporządzeniu (Euratom, EWG) nr 1588/90. Przepisy te stosuje się do przetwarzania danych przez Komisję (Eurostat) w zakresie, w jakim dane te są uznawane za poufne w rozumieniu art. 13 rozporządzenia (WE) nr 322/97. Państwa członkowskie zapewniają, by przekazywane dane nie umożliwiały bezpośredniej identyfikacji jednostek statystycznych (osób) i by dane osobowe były chronione zgodnie z zasadami określonymi w dyrektywie 95/46/WE.

2. Państwa członkowskie przekazują wymagane na mocy niniejszego rozporządzenia dane i metadane w formie elektronicznej, zgodnie ze standardem wymiany uzgodnionym między Komisją (Eurostatem) a państwami członkowskimi. Dane przekazywane są w określonych terminach i odstępach czasu, o których mowa w załącznikach lub środkach wykonawczych przyjętych zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2, oraz dotyczą określonych tam okresów odniesienia.

3. Komisja (Eurostat) podejmuje niezbędne kroki w celu poprawy upowszechniania, dostępności i dokumentowania informacji statystycznych zgodnie z zasadami porównywalności, wiarygodności i poufności informacji statystycznych określonymi w rozporządzeniu (WE) nr 322/97 oraz zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 45/2001.

Artykuł 8

Ocena jakości

1. Na użytek niniejszego rozporządzenia w odniesieniu do przekazywanych danych stosuje się następujące kryteria oceny jakości:

- a) „przydatność” — stopień spełnienia przez dane statystyczne obecnych i potencjalnych potrzeb ich użytkowników;
- b) „dokładność” — stopień, w jakim dane szacunkowe są zbliżone do nieznanych faktycznych wartości;
- c) „aktualność” — odstęp czasu pomiędzy udostępnieniem informacji a wydarzeniem lub zjawiskiem, które ona opisuje;
- d) „terminowość” — odstęp czasu pomiędzy momentem, w którym dane zostały udostępnione, a momentem, w którym powinny być zostać udostępnione;

- e) „dostępność” i „przejrzystość” — warunki i sposoby uzyskiwania, wykorzystywania i interpretowania danych przez użytkowników;
- f) „porównywalność” — pomiar skutków związanych z różnicami w stosowanych koncepcjach statystycznych oraz w narzędziach i procedurach pomiaru, w przypadku gdy porównywane są dane statystyczne z różnych obszarów geograficznych, dziedzin sektorowych lub z różnych okresów;
- g) „spójność” — możliwość łączenia danych na różne sposoby i do różnych celów z zachowaniem ich wiarygodności.
2. Co pięć lat każde państwo członkowskie przekazuje Komisji (Eurostatowi) sprawozdanie dotyczące jakości przekazanych danych. Komisja (Eurostat) dokonuje oceny jakości przekazanych danych i publikuje te sprawozdania.

Artykuł 9

Środki wykonawcze

1. Środki wykonawcze obejmują:
- a) charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów uwzględnionych w załącznikach I–V;
- b) grupowanie cech;
- c) okresy odniesienia, odstępy czasu i terminy dostarczenia danych;
- d) dostarczanie metadanych.

Środki te uwzględniają w szczególności przepisy art. 5, art. 6 ust. 2 i 3 oraz art. 7 ust. 1, jak również dostępność, stosowność

Niniejsze rozporządzenie wiąże w całości i jest bezpośrednio stosowane we wszystkich państwach członkowskich.

Sporządzono w Strasburgu 16 grudnia 2008 r.

W imieniu Parlamentu Europejskiego
H.-G. PÖTTERING
Przewodniczący

W imieniu Rady
B. LE MAIRE
Przewodniczący

oraz kontekst prawny istniejących wspólnotowych źródeł danych po przeanalizowaniu wszystkich źródeł związanych z odpowiednimi dziedzinami i tematami.

Środki te, mające na celu zmianę elementów innych niż istotne niniejszego rozporządzenia, między innymi poprzez jego uzupełnienie, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

2. W razie konieczności, w oparciu o obiektywne kryteria, przyjmowane są zgodnie z procedurą regulacyjną, o której mowa w art. 10 ust. 3, odstępstwa i okresy przejściowe dla państw członkowskich.

Artykuł 10

Komitet

1. Komisję wspomaga Komitet ds. Programu Statystycznego powołany decyzją 89/382/EWG, Euratom.

2. W przypadku odesłania do niniejszego ustępu stosuje się art. 5a ust. 1–4 i art. 7 decyzji 1999/468/WE, z uwzględnieniem jej art. 8.

3. W przypadku odesłania do niniejszego ustępu stosuje się art. 5 i 7 decyzji 1999/468/WE, z uwzględnieniem jej art. 8.

Okres przewidziany w art. 5 ust. 6 decyzji 1999/468/WE ustala się na trzy miesiące.

Artykuł 11

Wejście w życie

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

ZAŁĄCZNIK I

Dziedzina: Stan zdrowia i czynniki warunkujące zdrowiea) *Cele*

Celem tej dziedziny jest dostarczanie statystyk dotyczących stanu zdrowia i czynników warunkujących zdrowie.

b) *Zakres*

Dziedzina ta obejmuje statystyki dotyczące stanu zdrowia i czynników warunkujących zdrowie, które opierają się na ocenie własnej i są sporządzane na podstawie badań statystycznych ludności, takich jak europejskie badania ankietowe dotyczące zdrowia (EHIS), jak również inne statystyki pochodzące ze źródeł administracyjnych, jak np. statystyki dotyczące zachorowalności lub wypadków i urazów. Osoby przebywające w domach opieki, a także dzieci w wieku 0–14 lat zostaną włączone do badań — w stosownych przypadkach i w odpowiednich odstępach czasowych ustalanych *ad hoc* — pod warunkiem udanych wstępnych badań pilotażowych.

c) *Okresy odniesienia, częstotliwość i terminy dostarczania danych*

Dane statystyczne z europejskich badań ankietowych dotyczących zdrowia dostarcza się raz na pięć lat; inna częstotliwość może być konieczna dla innych zbiorów danych, takich jak dane o zachorowalności lub wypadkach i urazach, jak również dla niektórych szczególnych modułów do badań; środki dotyczące pierwszego roku odniesienia, częstotliwości i terminu dostarczenia danych przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

d) *Uwzględniane tematy*

Ujednolicony i wspólny zbiór danych, które mają zostać dostarczone, obejmuje następujący wykaz tematów:

- stan zdrowia, w tym postrzeganie zdrowia, funkcjonowanie fizyczne i psychiczne, ograniczenia oraz niepełnosprawność;
- zachorowalność na wybrane choroby;
- ochrona przed ewentualnymi pandemiemi i chorobami zakaźnymi;
- wypadki i urazy, w tym powiązane z bezpieczeństwem konsumenta oraz — w miarę możliwości — szkody związane z alkoholem i narkotykami;
- tryb życia obejmujący aspekty takie jak aktywność fizyczna, dieta, palenie papierosów, spożywanie alkoholu i przyjmowanie narkotyków, a także czynniki środowiskowe, społeczne i związane z warunkami pracy;
- dostęp do profilaktycznych i leczniczych zakładów opieki zdrowotnej oraz usług opieki długoterminowej i korzystanie z nich (badania statystyczne ludności);
- ogólne informacje demograficzne i społeczno-ekonomiczne dotyczące osób.

Przy każdorazowym dostarczeniu danych nie muszą być uwzględnione wszystkie tematy. Środki dotyczące charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów wymienionych powyżej oraz grupowanie cech przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

W ramach niniejszego rozporządzenia wdrożenie lekarskich badań stanu zdrowia ludności jest dobrowolne. Średni czas wywiadu przypadający na jedno gospodarstwo domowe nie przekracza jednej godziny w przypadku europejskich badań ankietowych dotyczących zdrowia oraz 20 minut w przypadku pozostałych modułów do badań.

e) *Metadane*

Środki odnoszące się do dostarczania metadanych, w tym metadanych dotyczących charakterystyki badań oraz innych stosowanych źródeł, ludności objętej badaniem oraz informacji dotyczących jakiegokolwiek specyfiki krajowej niezbędnej do interpretacji i zestawiania porównywalnych statystyk i wskaźników, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

ZAŁĄCZNIK II

Dziedzina: Opieka zdrowotnaa) *Cele*

Celem tej dziedziny jest dostarczanie statystyk dotyczących opieki zdrowotnej.

b) *Zakres*

Dziedzina ta obejmuje całość działań, których celem jest zdrowie, prowadzonych przez instytucje lub indywidualne osoby przy zastosowaniu wiedzy i techniki medycznej, paramedycznej i pielęgniarskiej, w tym opieka długoterminowa, a także powiązane z nimi działania w zakresie administracji i zarządzania.

Dane są zbierane głównie ze źródeł administracyjnych.

c) *Okresy odniesienia, częstotliwość i terminy dostarczania danych*

Statystyki są dostarczane corocznie. Środki dotyczące pierwszego roku odniesienia, częstotliwości i terminu dostarczenia danych przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

d) *Uwzględniane tematy*

Ujednolicony i wspólny zbiór danych, które mają zostać dostarczone, obejmuje następujący wykaz tematów:

- infrastruktura opieki zdrowotnej;
- zasoby ludzkie w dziedzinie opieki zdrowotnej;
- korzystanie z opieki zdrowotnej, usługi indywidualne i zbiorowe;
- wydatki na opiekę zdrowotną i jej finansowanie.

Przy każdorazowym dostarczeniu danych nie muszą być uwzględnione wszystkie tematy. Zbiór danych sporządza się w oparciu o stosowne międzynarodowe systemy klasyfikacji i z uwzględnieniem warunków i praktyk obowiązujących w państwach członkowskich.

W procesach zbierania danych rozważa się mobilność pacjentów, tj. korzystanie przez nich z infrastruktury opieki zdrowotnej w krajach innych niż kraj zamieszkania, a także mobilność pracowników służby zdrowia, na przykład wykonujących swój zawód poza krajem, w którym uzyskali pierwsze uprawnienia do wykonywania zawodu. W procesie zbierania danych rozważa się również jakość opieki zdrowotnej.

Środki dotyczące charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów wymienionych powyżej oraz grupowanie cech przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

e) *Metadane*

Środki odnoszące się do dostarczania metadanych, w tym metadanych dotyczących charakterystyki wykorzystywanych źródeł i zestawień, ludności objętej badaniem oraz informacji dotyczących jakiegokolwiek specyfiki krajowej niezbędnej do interpretacji i opracowania porównywalnych statystyk i wskaźników, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

ZAŁĄCZNIK III

Dziedzina: Przyczyny zgonówa) *Cele*

Celem tej dziedziny jest dostarczanie statystyk dotyczących przyczyn zgonów.

b) *Zakres*

Dziedzina ta obejmuje statystyki dotyczące przyczyn zgonów, pochodzące z krajowych medycznych kart zgonu z uwzględnieniem zaleceń WHO. Zestawiane statystyki odnoszą się do wyjściowej przyczyny zgonu, która zdefiniowana jest przez WHO jako „choroba lub obrażenia, które zapoczątkowały przebieg procesów chorobowych prowadzących bezpośrednio do śmierci albo okoliczności wypadku lub aktu przemocy, który spowodował śmiertelne obrażenia”. Statystyki zestawia się dla wszystkich zgonów i urodzeń martwych występujących w każdym państwie członkowskim, zachowując podział na rezydentów i nierezydentów. Jeżeli tylko jest to możliwe, dane o przyczynach zgonu rezydentów zmarłych za granicą włącza się do statystyki kraju stałego zamieszkania tych osób.

c) *Okresy odniesienia, częstotliwość i terminy dostarczania danych*

Statystyki są dostarczane corocznie. Środki dotyczące zasad aktualizacji są przyjmowane zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2. Dane składa się najpóźniej 24 miesiące po zakończeniu roku odniesienia. Tymczasowe lub szacunkowe dane można dostarczyć wcześniej. W przypadku zdarzeń dotyczących zdrowia publicznego można ustanowić dodatkowe specyficzne zbiory danych dla wszystkich zgonów lub poszczególnych przyczyn zgonów.

d) *Uwzględniane tematy*

Ujednolicony i wspólny zbiór danych, które mają zostać dostarczone, obejmuje następujący wykaz tematów:

- charakterystyka osoby zmarłej;
- region;
- charakterystyka zgonu, w tym wyjściowa przyczyna zgonu.

Zbiór danych dotyczących przyczyn zgonów sporządza się na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO i zgodnie z zasadami Eurostatu oraz zaleceniami ONZ i WHO dla statystyki ludności. Dostarczanie danych dotyczących charakterystyki urodzeń martwych jest dobrowolne. Przy dostarczaniu danych dotyczących zgonów neonatalnych (zgony przed ukończeniem 28 dnia życia) uwzględnia się krajowe różnice wynikające z praktyk dotyczących rejestracji wielorakich przyczyn zgonu.

Środki dotyczące charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów wymienionych powyżej oraz grupowanie cech przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

e) *Metadane*

Środki odnoszące się do dostarczania metadanych, w tym metadanych dotyczących ludności objętej badaniem oraz informacji dotyczących jakiegokolwiek specyfiki krajowej niezbędnej do interpretacji i zestawiania porównywalnych statystyk i wskaźników, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

ZAŁĄCZNIK IV

Dziedzina: Wypadki przy pracya) *Cele*

Celem tej dziedziny jest dostarczanie statystyk dotyczących wypadków przy pracy.

b) *Zakres*

Wypadek przy pracy definiuje się jako „konkretne zdarzenie mające miejsce w czasie pracy, które doprowadza do urazu fizycznego lub psychicznego”. Dane są zbierane dla całej pracującej populacji i dotyczą śmiertelnych wypadków przy pracy, a także wypadków, które skutkują ponad 3-dniową nieobecnością w pracy, korzystając — kiedy tylko jest to konieczne i wykonalne w odniesieniu do określonych grup pracowników lub w określonych warunkach krajowych — ze źródeł administracyjnych uzupełnionych odpowiednimi źródłami dodatkowymi. W ramach współpracy z MOP — na zasadzie dobrowolności — można zebrać także ograniczony podzbiór danych podstawowych dotyczących wypadków skutkujących nieobecnością w pracy krótszą niż 4-dniowa, jeśli są one dostępne.

c) *Okresy odniesienia, częstotliwość i terminy dostarczania danych*

Statystyki są dostarczane corocznie. Środki dotyczące zasad aktualizacji są przyjmowane zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2. Dane składa się najpóźniej 18 miesięcy po zakończeniu roku odniesienia.

d) *Uwzględniane tematy*

Ujednolicony i wspólny zbiór mikro danych, które mają być dostarczane, obejmuje następujący wykaz tematów:

- charakterystyka osoby, która uległa wypadkowi;
- charakterystyka urazu, w tym stopień jego ciężkości (utracone dni);
- charakterystyka przedsiębiorstwa, w tym rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej;
- charakterystyka miejsca pracy;
- charakterystyka wypadku, w tym ciąg zdarzeń z określeniem przyczyn i okoliczności wypadku.

Zbiór danych dotyczący wypadków przy pracy opracowuje się w ramach metodologii europejskich statystyk w zakresie wypadków przy pracy (ESAW) z uwzględnieniem warunków i praktyk obowiązujących w państwach członkowskich.

Dostarczanie danych dotyczących obywatelstwo osoby, która uległa wypadkowi, wielkości przedsiębiorstwa oraz czasu wypadku jest dobrowolne. W odniesieniu do tematów fazy III w metodologii ESAW, tj. miejsca pracy i sekwencji wydarzeń związanych z przyczynami i okolicznościami wypadków, dostarcza się minimum trzy zmienne. Państwa członkowskie powinny też dobrowolnie dostarczać więcej danych zgodnych ze specyfikacją ESAW fazy III.

Środki dotyczące charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów wymienionych powyżej oraz grupowanie cech przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

e) *Metadane*

Środki odnoszące się do dostarczania metadanych, w tym metadanych dotyczących ludności objętej badaniem, oświadczenia w sprawie wskaźnika wypadków przy pracy oraz — w stosownych przypadkach — charakterystyki próby, jak również informacji dotyczących jakiegokolwiek specyfiki krajowej niezbędnej do interpretacji i zestawiania porównywalnych statystyk i wskaźników, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

ZAŁĄCZNIK V

Dziedzina: Choroby zawodowe i inne związane z pracą problemy zdrowotne i chorobya) *Cele*

Celem tej dziedziny jest dostarczanie statystyk dotyczących rozpoznanych przypadków chorób zawodowych i innych związanych z pracą problemów zdrowotnych i chorób.

b) *Zakres*

- Przepadek choroby zawodowej definiuje się jako przypadek stwierdzony przez organy krajowe odpowiedzialne za stwierdzanie chorób zawodowych. Dane zbiera się dla występujących przypadków choroby zawodowej i zgonów spowodowanych chorobą zawodową.
- Choroby zawodowe i inne problemy zdrowotne związane z pracą są to choroby i problemy zdrowotne, których przyczyną, czynnikiem pogarszającym stan lub współprzyczyną mogą być warunki pracy. Obejmuje to fizyczne i psychospołeczne problemy zdrowotne. Przepadek problemu zdrowotnego i choroby związanej z pracą nie musi być związany z faktem stwierdzenia choroby przez organ krajowy, a dane takie dostarczają badania statystyczne ludności, takie jak europejskie badania ankietowe dotyczące zdrowia (EHIS) i inne statystyczne badania społeczne.

c) *Okresy odniesienia, częstotliwość i terminy dostarczania danych*

W przypadku chorób zawodowych dane dostarcza się corocznie i składa się je najpóźniej 15 miesięcy po zakończeniu roku odniesienia. Środki dotyczące okresów odniesienia, częstotliwości i terminu dostarczenia innych zbiorów danych przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

d) *Uwzględniane tematy*

Ujednolicony i wspólny zbiór danych, które mają zostać dostarczone w przypadku chorób zawodowych, obejmuje następujący wykaz tematów:

- charakterystyka osoby chorej, w tym płeć i wiek;
- charakterystyka choroby, w tym stopień jej ciężkości;
- charakterystyka przedsiębiorstwa i miejsca pracy, w tym rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej;
- charakterystyka czynnika powodującego chorobę.

Zbiór danych dotyczący chorób zawodowych opracowuje się w ramach metodologii europejskich statystyk w zakresie chorób zawodowych (EODS) z uwzględnieniem warunków i praktyk obowiązujących w państwach członkowskich.

Ujednolicony i wspólny zbiór danych, które mają zostać dostarczone w przypadku problemów zdrowotnych związanych z pracą, obejmuje następujący wykaz tematów:

- charakterystyka osoby, u której występuje problem zdrowotny, w tym płeć, wiek i status zatrudnienia;
- charakterystyka problemu zdrowotnego związanego ze zdrowiem, w tym stopień jego ciężkości;
- charakterystyka przedsiębiorstwa i miejsca pracy, w tym jego wielkość i rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej;
- charakterystyka czynnika, który spowodował wystąpienie lub nasilenie problemu zdrowotnego.

Przy każdorazowym dostarczeniu danych nie wszystkie tematy muszą być uwzględnione.

Środki dotyczące charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów wymienionych powyżej oraz grupowanie cech przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

e) *Metadane*

Środki odnoszące się do dostarczania metadanych, w tym metadanych dotyczących ludności objętej badaniem oraz informacji dotyczących jakiegokolwiek specyfiki krajowej niezbędnej do interpretacji i zestawiania porównywalnych statystyk i wskaźników, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.
