

MONIKA SKIBA, MIROŚLAW J. WYSOCKI

Fundusze europejskie w zdrowiu publicznym

Streszczenie

Autorzy bazując na praktycznym doświadczeniu w pozyskiwaniu źródeł współfinansowania krajowego i zagranicznego, uczestnicząc w wielu polskich i ogólnoeuropejskich projektach, jak również wspierając się materiałami źródłowymi dotyczącymi poruszanych zagadnień, starają się przedstawić źródła finansowania projektów i programów dot. zdrowia publicznego.

Znaczenie inwestowania w ochronę zdrowia podkreślają Unia Europejska i organizacje międzynarodowe. Udział ochrony zdrowia – w odpowiedzi na wyzwania przed jakimi stoi Europa, tj. m.in. zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, starzenie się społeczeństwa, zmniejszanie się siły roboczej wieku produkcyjnego, przemiany społeczno-ekonomiczne – jest nieodzowny. Wyzwania te stanowią o kształcie unijnej perspektywy finansowej, służącej wdrażaniu strategii UE w dziedzinie zdrowia. Komisja Europejska w dniu 23 października 2007 przyjęła nową strategię zdrowotną Unii Europejskiej, zawartą w Białej Księdze zatytułowanej „Razem dla zdrowia: strategiczne podejście UE na lata 2008-2013”. Biała Księga przedstawia kierunki mające pomóc w wypracowaniu rozwiązań problemów, z jakimi boryka się Unia, i zwraca szczególną uwagę na aspekt inwestowania w zdrowie.

Jednym z podstawowych instrumentów Komisji Europejskiej, służącym wdrażaniu strategii Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia, jest drugi program działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2008-2013, z budżetem o łącznej wartości 321 500 000 EUR. Jednocześnie stanowi on uzupełnienie oraz wartość dodaną w stosunku do polityki państw członkowskich, zarówno w zakresie zdrowia, jak i polityk z innych dziedzin życia. Ponadto instrumenty, na które warto zwrócić uwagę, to m.in. 7 Program Ramowy, Szwajcarska Pomoc Finansowa, czy fundusze strukturalne, a w szczególności Europejski Fundusz Społeczny, z którego współfinansowany jest Program Operacyjny Kapitał Ludzki, jako obszar najbliższy behawioralnego i społecznego uwarunkowania zdrowia.

Konkludując, autorzy stwierdzają, że fundusze europejskie, gdy efektywnie wdrażane, stanowią duże wsparcie w realizacji celów i kierunków polityki unijnej, jak i krajowej. Fundusze nie mogą zastępować, a jedynie mają uzupełniać działania prowadzone przez państwa UE. Na poziomie krajowym, jak i ogólnoeuropejskim, należy dążyć do zwiększenia udziału ochrony zdrowia we współfinansowaniu z funduszy europejskich.

Słowa kluczowe: fundusze strukturalne, fundusze europejskie, zdrowie, ochrona zdrowia, źródła finansowania, współfinansowanie.

European funds in the public health

Summary

Practical experience of authors in obtaining co-finances from national and international sources, their participation in many Polish and European projects, as well as availability of resources and documents allow authors to show the possible sources of financing for projects and programmes concerning public health.

European Union and International Organizations are highlighting the importance of investing in the health care. Health care participation in answering of the Europe's challenges i.e.: threats of the citizens' health security; ageing population; shrinking workforce; socio-economical transformation, is indispensable.

Those challenges constitute the shape of the EU financial perspective, which implements EU strategy for health. On 23rd October 2007 the European Commission adopted a new Health Strategy White Paper, "Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013", which provides an overall strategic framework for future work on health issues at the European level. It introduces possible directions which will help in solving the problems the EU faces, as well as stressing the importance of investing in health care.

One of the main European Commission instrument, which implements EU strategy for health is the second programme of Community action in the field of health (2008-2013), with a overall budget 321 500 000 EUR. At the same time, the Programme complements and gives an added value to the policy of member countries within the scope of health as well as to the policy within the other life areas. Moreover the instruments, which should be also taken into consideration i.e.: 7th Framework Programme, Swiss Financial Support, or structural funds, in particular European Social Funds, which co-finances the Human Capital Operational Programme - as the best area, which is closest to the behavioral and social determinants of health.

It leads authors to the conclusions that European funds, when successfully implemented, give a big support in fulfillment of goals and directions of national and EU policy. Funds cannot substitute, but only have to complement activities run by the EU member countries. On the national and European level, it should be the aim to increase participation of health care in co-financing from European funds.

Key words: structural funds, European funds, health, health care, financial resources, co-financing.

Wprowadzenie

Zdrowie należy do najważniejszych wartości w życiu. Zdrowe społeczeństwo jest kluczowym elementem wzrostu jakości, produktywności i wydajności pracy, większego wskaźnika zatrudnienia, elastycznej siły roboczej, przedłużonej aktywności czy zdolności konkurencyjności obywateli na rynku pracy, który przyczynia się do kształtowania zrównoważonego rozwoju i wzrostu społeczno-gospodarczego. Szczególnego znaczenia nabiera ono w kontekście wyzwań, przed jakimi staje Europa i jej obywatele, tj. m.in.: zmniejszanie się siły roboczej wieku produkcyjnego, starzenie się społeczeństwa, zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców chorobami cywilizacyjnymi, problemy związane z integracją społeczną, rozwojem nowej gospodarki i społeczeństwa opartego na wiedzy czy też przemiany społeczno-ekonomiczne.

Znaczenie inwestowania w ochronę zdrowia coraz częściej jest podkreślane przez Unię Europejską i organizacje międzynarodowe. Między innymi Artykuł 129 Traktatu z Maastricht z 1992 r. [1] stanowi, że Wspólnota ma działać na rzecz zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego poprzez promowanie współpracy pomiędzy krajami członkowskimi i udzielanie wsparcia ich działaniom w razie potrzeby, a wymogi ochrony zdrowia powinny być uwzględniane w pozostałych politykach Wspólnoty. Artykuł 152 Traktatu z Amsterdamu z 1997 r. [2] stanowi, że przy formułowaniu i wdrażaniu kompleksowej polityki i działań Wspólnoty uwzględniany będzie wymóg uzyskania wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludności. Ponadto uwzględnia potrzebę wielosektorowego podejścia do zagadnień zdrowotności i pokazuje że zdrowie publiczne jest nieodłączną częścią procesu integracji. W kwietniu 2004 r. Komisja Europejska [3] przyjęła plan działań e-Zdrowie, którego celem jest stworzenie do 2010 roku Ponadgranicznej Przestrzeni Informacyjnej o Zdrowiu. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 15 stycznia 2008 r. w sprawie wspólnotowej strategii na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007-2012 [4] uwzględnia Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów [5], który zaznaczył, iż promocja zdrowia i bezpieczeństwa w środowisku pracy jest kluczowym elementem długookresowego wzrostu gospodarczego i dobrobytu społecznego oraz integralną częścią zarządzania jakością. Komisja Europejska w dniu 23 października 2007 przyjęła nową strategię zdrowotną Unii Europejskiej, zawartą w Białej Księdze zatytułowanej „Razem dla zdrowia: strategiczne podejście UE na lata 2008-2013” [6]. Biała Księga przedstawia kierunki mające pomóc w wypracowaniu rozwiązań problemów z jakimi boryka Unia i zwraca szczególną uwagę na aspekt inwestowania w zdrowie. Strategia pokazuje powiązania między zdrowiem a dobrobytem gospodarczym, tym samym wzmacniając znaczenie zdrowia w takich obszarach polityki, jak strategia lizbońska na rzecz wzrostu gospodarczego i zatrudnienia. Dlatego też udział ochrony zdrowia w odpowiedzi na wyzwania przed jakimi stoi Europa, jest nieodzowny. Wyzwania te stanowią o kształcie unijnej perspektywy finansowej, służącej wdrażaniu strategii UE w dziedzinie zdrowia. Podstawowym instrumentem Komisji Europejskiej, służącym wdrażaniu strategii Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia, jest drugi Wspólnotowy Program Zdrowia Pub-

licznego na lata 2008-2013, z budżetem o łącznej wartości 321 500 000 EUR [7]. Stanowi on uzupełnienie oraz wartość dodaną w stosunku do polityki państw członkowskich, zarówno w zakresie zdrowia, jak i polityki z innych dziedzin życia. W przypadku funduszy strukturalnych, obszarem najbliższym behawioralnego i społecznego uwarunkowania zdrowia jest Europejski Fundusz Społeczny, z którego współfinansowane są programy i przedsięwzięcia mające na celu inwestowanie w kapitał ludzki. Ponadto instrumenty, które stanowią również istotny element finansowego wsparcia projektów i programów, na które warto zwrócić uwagę, to m.in. 7 Program Ramowy, Szwajcarska Pomoc Finansowa, Program Leonardo da Vinci na lata 2007-2013, czy projekty w ramach współpracy bliźniaczej, tj. twinningu [8-11].

I. POTENCJALNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Drugi Wspólnotowy Program Zdrowia Publicznego na lata 2008-2013

Głównym narzędziem wdrażania europejskiej strategii zdrowotnej Komisji Europejskiej jest **Drugi Wspólnotowy Program Zdrowia Publicznego na lata 2008-2013**. Celem tego programu jest poprawa jakości zdrowia fizycznego i psychicznego mieszkańców Unii Europejskiej oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu, istniejących na tym obszarze. Program ten kładzie szczególny nacisk na promocję zdrowia oraz prowadzenie akcji prewencyjnych w oparciu o główne determinanty zdrowia. Obecna edycja, która obowiązuje od 1 stycznia 2008 r. do 31 grudnia 2013 r., dysponuje budżetem w wysokości 321, 5 mln EUR. Podstawą prawną Programu jest Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1350/2007/WE z dnia 23 października 2007 r., ustanawiająca Drugi Wspólnotowy Program Działań w Dziedzinie Zdrowia na lata 2008-2013.

Cele programu to:

1. **Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli:**
Ochrona obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi.
Poprawa bezpieczeństwa obywateli.
2. **Promocja zdrowia:**
Promowanie zdrowych stylów życia oraz zmniejszanie nierówności w zakresie zdrowia.
Propagowanie zdrowego stylu życia oraz ograniczanie występowania poważnych chorób i urazów przez oddziaływanie na uwarunkowania zdrowotne.
3. **Generowanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia:**
Wymiana wiedzy i sprawdzonych rozwiązań.
Gromadzenie, analizowanie i rozpowszechnianie informacji zdrowotnych.

W ramach Programu promowane są działania o istotnej wartości dodanej dla Unii Europejskiej, które przyczyniają się do osiągnięcia celów ww. Programu i będą realizowane w ramach określonych obszarów priorytetowych.

Nabór wniosków zakończył się 23 maja 2008 roku. Kolejna możliwość aplikowania w ramach ww. Programu pojawi się w nowym roku, ponieważ Program Zdrowia Publicznego jest wdrażany poprzez roczne tzw. Plany Prac – „Work Plan”, przyjmowane przez Komisję Europejską, w których określa się priorytety, działania oraz przyznawane środki na poszczególne lata.

Aby zapewnić pełne uczestnictwo w Programie organizacji promujących zdrowie, zgodnie z celami programu proponowane są następujące mechanizmy finansowania:

1. Współfinansowanie projektów, mających na celu osiągnięcie któregoś z celów Programu;
 2. Działania przetargowe zmierzające do osiągnięcia celu Programu;
 3. Współfinansowanie kosztów operacyjnych organizacji pozarządowych lub wyspecjalizowanej sieci;
 4. Wspólne finansowanie organów publicznych lub organizacji pozarządowych przez Wspólnotę i jeden lub więcej kraj członkowski;
 5. Wspólne działania z innymi wspólnotowymi programami, które zapewnią spójność między Programem zdrowia publicznego a innymi programami wspólnotowymi.
- W Programie mogą brać udział następujące państwa:
- państwa członkowskie UE
 - państwa EFTA/EOG,
 - państwa ubiegające się o członkostwo w UE,
 - państwa kandydujące lub przystępujące do UE,
 - państwa Bałkanów Zachodnich, które są włączone do procesu stabilizacji.

Funkcję Krajowego punktu kontaktowego (KPK) dla Polski pełnią: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocowych w Ochronie Zdrowia. Dodatkowe informacje: Agencja Wykonawcza do spraw Programu Zdrowia Publicznego – <http://ec.europa.eu/phea>

Fundusze strukturalne – Europejski Fundusz Społeczny

W odniesieniu do możliwości pozyskania funduszy strukturalnych w latach 2007-2013, najbliższy obszarowi behawioralnego i społecznego uwarunkowania zdrowia jest Europejski Fundusz Społeczny (EFS) [12], który jest głównym narzędziem finansowym Unii Europejskiej, służącym do inwestowania w kapitał ludzki. Fundusz ten został stworzony w 1957 roku, wspiera zatrudnienie i pomaga zdobywać lepsze wykształcenie i umiejętności. Tym samym zwiększając szanse szkolonych na rynku pracy, czyniąc ich bardziej konkurencyjnymi. Państwa członkowskie przygotowują, w oparciu o wytyczne Komisji Europejskiej, własne Programy Operacyjne EFS, które stanowią próbę odpowiedzi na realne potrzeby „w terenie”.

Przykład: W Polsce EFS współfinansuje Program Operacyjny Kapitał Ludzki (PO KL). Budżet całego programu w Polsce to 11,4 mld euro, z czego środki EFS stanowią 9,7 mld euro – jest to o 2,5 raza więcej środków niż w okresie 2004-2008. Tym samym Polska stała się największym beneficjentem środków. Zgodnie z przygotowanym przez stronę polską Programem Operacyjnym KL, obszar zdrowia występuje w ramach Priorytetu II: Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących, *Działania 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia*, będą finansowane następujące z przedsięwzięć związanych z:

- opracowaniem kompleksowych programów zdrowotnych,
- doskonaleniem zawodowym kadr medycznych,
- podniesieniem jakości zarządzania w ochronie zdrowia, w tym wsparcie procesu akredytacji.

Jednakże w ramach PO KL nie przewiduje się projektów konkursowych. Wszystkie projekty w ramach Działania 2.3 są projektami systemowymi, co oznacza iż projekty mogą składać i realizować wyłącznie określone beneficjenci systemowi. Przykład ten pokazuje, jak każdy kraj może określić według własnych potrzeb obszary wsparcia.

7 Program Ramowy

7 Program Ramowy w zakresie badań i rozwoju technologicznego (7PR) na lata 2007-2013, o budżecie wynoszącym 54 miliardów euro, jest największym mechanizmem finansowania i kształtowania badań naukowych na poziomie europejskim. Budżet na zdrowie wyniósł 6,1 mld euro na lata 2007-2013. W jego składzie mieszczą się kolejno cztery programy szczegółowe:

1. **Współpraca** (Cooperation) – główny obszar tematyczny ZDROWIE;
2. **Pomysły** (Ideas);
3. **Ludzie** (People);
4. **Możliwości** (Capacities).

W obszarze tematycznym „zdrowie” celem jest poprawa stanu zdrowia obywateli oraz zwiększanie konkurencyjności i pobudzenie innowacyjności europejskiego przemysłu i przedsiębiorstw w sektorze zdrowia, przy jednoczesnym zajęciu się globalnymi kwestiami zdrowotnymi, w tym pojawiającymi się epidemiami. Nacisk został położony na przekładanie podstawowych odkryć naukowych na zastosowania kliniczne, w tym naukowe zatwierdzanie wyników doświadczeń, rozwój i zatwierdzanie nowych terapii, metod promowania zdrowia oraz profilaktyki, w tym propagowania zdrowego trybu życia wśród osób starszych, narzędzi diagnostycznych i technologii medycznych, jak również zrównoważone i sprawnie działające systemy opieki zdrowotnej.

Do grona beneficjentów należą zarówno osoby fizyczne oraz osoby prawne, powołane na mocy prawa krajowego, obowiązującego w miejscu ich siedziby, na mocy prawa wspólnotowego lub prawa międzynarodowego. Przykładowo:

- uczelnie wyższe,
- organizacje badawcze (w tym instytuty PAN, jednostki badawczo-rozwojowe),
- osoby prawne utworzone na mocy prawa wspólnotowego (w tym Wspólnotowe Centrum Badawcze – JRC),
- organizacje międzynarodowe,
- instytucje publiczne, organy samorządowe i szkoły średnie,
- przedsiębiorstwa, w tym małe i średnie.

7PR jest otwarty dla uczestników z całego świata, przy czym istnieje kilka kategorii krajów, w stosunku do których stosowane są różne wymogi (zasady ich uczestnictwa określone są m.in. w programach pracy). Dodatkowe informacje można uzyskać w Krajowym Punkcie Kontaktowym dla 7PR w Polsce, tj. Instytucie Podstawowych Problemów Techniki Polskiej Akademii Nauk: <http://www.kpk.gov.pl>

Szwajcarska Pomoc Finansowa

W dniu 27 lutego 2006 r. Komisja Europejska i Rząd Szwajcarii podpisały tzw. Memorandum of Understanding [13]. Dokument ten oznacza uruchomienie ponad 1 mld franków szwajcarskich, na okres pięciu lat rozpoczynając

od zatwierdzenia środków przez Parlament Europejski. Kwota ta jest przeznaczona dla dziesięciu nowych państw członkowskich.

Podział szwajcarskiej pomocy finansowej

Państwo-beneficjent = we frankach szwajcarskich

Czechy	109.780.000
Estonia	39.920.000
Cypr	5.988.000
Łotwa	59.880.000
Litwa	70.858.000
Węgry	130.738.000
Malta	2.994.000
Polska	489.020.000
Słowenia	21.956.000
Słowacja	66.866.000.

Zarówno regionalne oraz krajowe projekty i programy, jak również projekty i programy obejmujące kilka państw-beneficjentów, mogą być finansowane z niniejszej pomocy finansowej.

Memorandum określa obszary finansowania i obszary tematyczne. Zdrowie znajduje się w obszarze *Rozwój społeczny i zasobów ludzkich*:

- szkolenia techniczne i zawodowe,
- badania i rozwój (programy wymian naukowych, stypendia, partnerstwa, współpraca w dziedzinie badań stosowanych, itd.);
- zdrowie (modernizacja szpitali, reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych, działania prewencyjne itd.).

Natomiast wybór finansowanych obszarów i ich uszeregowanie według priorytetów jest już uzależnione od potrzeb każdego państwa-beneficjenta.

Szwajcaria dodatkowo negocjowała dziesięć Umów ramowych, które zawierają ogólne zasady współpracy między Szwajcarią a przedmiotowym państwem partnerskim. Na podstawie tych umów ramowych zostaną zawarte umowy w sprawie projektów, w których zostaną uregulowane aspekty techniczne dotyczące projektów.

Szwajcarska Pomoc Finansowa stanowi bezzwrotną pomoc zagraniczną, przyznaną przez Szwajcarię dziesięciu państwom członkowskim Unii Europejskiej, które wstąpiły do UE w dniu 1 maja 2004 r. Program ma na celu zmniejszenie różnic społeczno-gospodarczych w ramach rozszerzonej Unii Europejskiej.

Program Współpracy ma również na celu pozytywny wpływ na zacieśnianie współpracy bilateralnej pomiędzy krajami beneficjentami a Szwajcarią.

Przykład: Polska

Wsparciem Programu Współpracy został również objęty obszar zdrowia w ramach pkt. 4. Rozwój społeczny i zasobów ludzkich:

- ochrona zdrowia (m.in. profilaktyka i kampanie promocji zdrowia oraz poprawa opieki społecznej),
- badania i rozwój (m.in. Fundusz Stypendialny, projekty badawcze).

Przewidywana alokacja została określona na poziomie do 35 milionów franków szwajcarskich. Stosowane będzie podejście programowe (dofinansowanie min. 4 mln franków szwajcarskich) z następującymi celami:

Cel 1: Promocja zdrowego trybu życia oraz zapobieganie chorobom zakaźnym na poziomie krajowym i na obszarach

koncentracji geograficznej (województwa: lubelskie, podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie).

Rodzaje kwalifikowanych Projektów:

- rozwój promocji zdrowia oraz strategii i struktur w zakresie profilaktyki zdrowotnej (zarówno rządowej jak i pozarządowej),
- prowadzenie przede wszystkim długofalowych (3-5 lat) i o dużym zasięgu kampanii promocji zdrowia oraz kampanii na rzecz przeciwdziałania chorobom (np. wywołanych spożywaniem alkoholu, tytoniu, środków odurzających, HIV/AIDS, gruźlicy i otyłości) na poziomie krajowym,
- prowadzenie kampanii promocji zdrowia oraz kampanii na rzecz przeciwdziałania chorobom o mniejszym zasięgu na poziomie regionalnym i lokalnym,
- programy z zakresu edukacji na temat ochrony zdrowia (np. dla dzieci i młodzieży);

Cel 2: Poprawa usług podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki społecznej na peryferyjnych i zmarginalizowanych terenach obszarów objętych koncentracją geograficzną (województwa: lubelskie, podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie), z preferencją dla wielosektorowego podejścia programowego.

Rodzaje kwalifikowanych Projektów:

- poprawa zdolności do realizacji polityki i strategii rozwoju na szczeblu regionalnym (i krajowym), dotyczących osób starszych i niepełnosprawnych,
- poprawa jakości dostarczania usług dla osób starszych i niepełnosprawnych,
- sprzęt i szkolenia z zakresu pielęgniarstwa na podstawowym poziomie oraz z zakresu opieki społecznej,
- sprzęt dla personelu i jego szkolenie z zakresu usług ambulatoryjnych i domowej opieki pielęgniarstwa,
- zwiększenie jakości i dostępu do usług ambulatoryjnych oraz domowej opieki pielęgniarstwa dla starszych pacjentów,
- szkolenia dla specjalistów z zakresu usług ambulatoryjnych oraz domowej opieki pielęgniarstwa,
- budowa/renowacja hospicjów, realizowane jako część większego programu,
- wzmacnianie zdolności instytucji rządowych i pozarządowych w celu lepszej integracji osób niepełnosprawnych (szkolenia, tworzenie miejsc pracy),
- wspieranie placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz rodzin zastępczych,
- wspieranie domów pomocy społecznej (w tym zapewnianie sprzętu i renowacja).

Twinning czyli współpraca bliźniacza

Inicjatywa Komisji Europejskiej z 1998 roku, powstała w kontekście rozwoju Unii Europejskiej. Celem jest pomoc ze strony instytucji publicznych krajów członkowskich UE w rozwijaniu nowoczesnej administracji państw kandydujących poprzez przyjmowanie wymogów prawa wspólnotowego oraz standardów wynikających z członkostwa w UE. M.in. Polska od 2003 r. jest adresatem propozycji współpracy bliźniaczej.

Twinning nie jest jednostronnym wsparciem dla kraju beneficjenta ze strony kraju członkowskiego UE. Jest on ścisłym partnerstwem. Ma na celu pomagać we wdrożeniu najlepszych praktyk stosowanych w krajach członkowskich

w odniesieniu do implementacji prawa wspólnotowego, a nie narzucać swoje prawa odgórnie. Finansowanie pochodzi z Komisji Europejskiej w prawie 90% (zdarza się również więcej), natomiast pozostałe 10% finansowania musi zapewnić kraj-beneficjent współpracy bliźniaczej i są to najczęściej koszty organizacyjne.

Koszty pokrywane w ramach budżetu umowy twinningowej:

- RTA (Długoterminowy Doradca Współpracy Bliźniaczej delegowany przez dawcę pomocy),
- asystent RTA (wynagrodzenie określone przez kraj beneficjenta),
- koszty przygotowania projektu (wizyty RTA i Kierownika Projektu w kraju beneficjenta – łącznie 20-30 dni roboczych),
- koszty udziału Kierownika Projektu w Komitetach Sterujących,
- koszty audytu, koszty promocji projektu (tzw. visibility),
- koszty działań: honoraria ekspertów, koszty zarządzania projektem, diety, bilety lotnicze do i kraju beneficjenta, podróże lokalne poza stolicą – transport publiczny, tłumaczenia ustne i pisemne,
- koszty wizyt studyjnych (diety, incidental costs, tłumacz), bilety lotnicze – zależnie od programu,
- usługi sektora prywatnego do 10 000 euro, (services equipment – 5000 euro) po uzasadnieniu, kontraktowane bezpośrednio przez Kierownika Projektu,
- usługi sektora prywatnego powyżej 10 000 euro (equipment 5000 euro) po uzasadnieniu, kontraktowane przez CFCU wg procedur przetargowych.

Koszty NIE pokrywane w ramach umowy twinningowej:

- koszty biura RTA (wyposażenie biura, telefon, dostęp do Internetu, fax, ksero, komputer, wsparcie sekretarskie, dostęp do informacji – obowiązki beneficjenta),
- co do zasady VAT (w niektórych krajach istnieją instrumenty służące odzyskiwaniu VAT lub jest on uznawany jako kwalifikowany),
- bieżące koszty utrzymania infrastruktury przez beneficjenta,
- honoraria i inne wydatki kraju dawcy pomocy poza krajem beneficjenta,
- koszty podróży ekspertów kraju beneficjenta na wizyty studyjne (dla krajów członkowskich UE oraz krajów kandydujących).

Program Leonardo da Vinci

Na zakończenie warto wspomnieć o Programie Leonardo da Vinci, który jest częścią programu edukacyjnego Unii Europejskiej pn.: „Uczenie się przez całe życie – Lifelong Learning Programme”. Jest on realizowany od 1 stycznia 2007 r. do końca grudnia 2013 r. Program został ustanowiony Decyzją nr 1720/2006/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 listopada 2006 r. Program promuje innowacyjne podejścia do edukacji i doskonalenia zawodowego, tak aby system kształcenia jak najpełniej odpowiadał potrzebom rynku pracy. Ponadto wspiera on także mobilność pracowników na europejskim rynku pracy, aby absolwenci i pracownicy zdobywali nowe kwalifikacje w czasie staży

i praktyk zawodowych oraz doskonalili swoje umiejętności według europejskich standardów. Ważnym aspektem stało się przy tym kształtowanie otwartości i wrażliwości międzykulturowej, nauka języków obcych oraz umiejętności adaptowania się do warunków życia i pracy w różnych krajach europejskich.

WNIOSKI

Biorąc pod uwagę wyzwania przed jakimi staje Europa, jak również specyfikę poszczególnych krajów w kontekście działań w zakresie zdrowia publicznego, należy poważnie rozważyć podejmowanie znacznych działań inwestycyjnych w ochronę zdrowia, szczególnie w zdrowie publiczne, które nie tylko jest celem samym w sobie, ale jest istotnym determinantem rozwoju ekonomiczno-społecznego i konkurencyjności. Dostępne fundusze europejskie i projektowane rozwiązania na szczeblu Unijnym i krajowym powinny uwzględniać większe środki na ochronę zdrowia. Inwestycje w zdrowie wymagają czasu i przemyślenia. Rezultaty nie przychodzą od razu. Wymagają dobrego planowania i zarządzania. Wymagają wykwalifikowanej kadry ludzi na każdym szczeblu zarządzania. To jest wspólna praca wszystkich funkcjonujących w ochronie zdrowia.

Na szczególne podkreślenie zasługuje wspomniana już nowa strategia Unii Europejskiej na rzecz zdrowia, zawarta w Białej Księdze „Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013”. Biała księga opiera się na wspólnych zasadach, takich jak: solidarność, udział obywateli w kształtowaniu polityki, zmniejszanie nierówności zdrowotnych, wspieranie i promowanie inwestycji w dziedzinie zdrowia, uwzględnianie kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki oraz zwiększenie roli UE i wzmocnienie jej głosu w ochronie zdrowia w świecie.

Trzy nadrzędne cele strategii zdrowia to:

- wzmacniać kondycję zdrowotną w starzejącej się Europie poprzez promowanie dobrego zdrowia i zdrowego stylu życia,
- chronić obywateli przed zagrożeniami zdrowia, włączając w to choroby komunikacyjne, bioterroryzm a także bezpieczeństwo pacjenta,
- wspomagać dynamiczne systemy zdrowotne oraz nowe technologie.

Ponadto Biała Księga przewiduje stworzenie strukturalnego mechanizmu współpracy, który za zadanie będzie miał identyfikowanie priorytetów, określanie wskaźników, wymianę dobrych praktyk, tworzenie wytycznych i rekomendacji oraz mierzenie postępów implementowanych działań.

Komisja w Białej Księdze pokazuje powiązanie między zdrowiem a strategią lizbońską na rzecz wzrostu i zatrudnienia oraz zwraca uwagę na obecne instrumenty finansowe, które do końca aktualnego okresu finansowego, tj. 2013 r., winny wspomagać działania w ochronie zdrowia. Tym samym dokument ten stanowi istotny krok naprzód w strategicznym podejściu Unii do spraw inwestowania w zdrowie, jako nieodzownego elementu wzrostu gospodarczo-społecznego i odpowiedzi na wyzwania Europy.

Biorąc za przykład Polskę, na podkreślenie zasługuje fakt, iż obecny okres programowania funduszy strukturalnych na lata 2007-2013 uwzględnia ochronę zdrowia w swoich założeniach, natomiast cały czas nie jest to jeszcze wystarczające, aby móc w pełni powiedzieć, że zdrowie

zostało potraktowane tak, jaka jest jego wartość. Zdroworozsądkowymi argumentami za inwestowaniem w zdrowie, jak i bazując na prowadzonych przez Unię i inne organizacje szacunkach, przemawiają kolejno: zwiększenie liczby lat pracy w dobrym zdrowiu pracowników, które rodzi pozytywne skutki dla gospodarki, jej wydajności i konkurencyjności, wzrost zatrudnienia, a także w istotny sposób wpływa na ogólną jakość życia. Pracodawcy coraz częściej dostrzegają opłacalność inwestowania w zdrowie i bezpieczeństwo pracowników, ponieważ przekłada się to na ich zyski i stabilizację organizacji. Z tego względu odpowiedni poziom opieki zdrowotnej, a tym samym odpowiednio czynione inwestycje, jest warunkiem *sine qua non* zwiększenia udziału populacji w wieku produkcyjnym na rynku pracy i wydłużenia życia zawodowego. Dlatego też wzrost środków na ochronę zdrowia, w szczególności zdrowie publiczne, generuje w długiej perspektywie czasu korzyści finansowe dla gospodarki i stymuluje rynek.

Fundusze europejskie, gdy efektywnie wdrażane, stanowią duże wsparcie w realizacji celów i kierunków polityki unijnej, jak i krajowej. Fundusze nie mogą zastępować, a jedynie mają uzupełniać działania prowadzone przez państwa UE. Na poziomie krajowym, jak i ogólnoeuropejskim, należy dążyć do zwiększenia udziału ochrony zdrowia we współfinansowaniu z funduszy europejskich. Zdrowie publiczne ma znaczący udział w rozwoju gospodarczym i społecznym krajów, który będzie odgrywał coraz istotniejszą rolę w kształtowaniu bezpieczeństwa i dobrobytu całego społeczeństwa. Z tego względu rola zarówno funduszy europejskich w inwestowaniu w ochronę zdrowia, jak i samego inwestowania w zdrowie, jest warunkiem koniecznym, aby stawić czoła wyzwaniom Europy XXI wieku.

PIŚMIENNICTWO

1. Traktat o Unii Europejskiej z Maastricht, podpisany 7 lutego 1992 r. (wszedł w życie 1 XI 1993 r.), Tytuł X Ochrona Zdrowia Art. 129. OJ C 191, 29 lipca 1992.
2. Traktat Amsterdamski podpisany 2 października 1997 r., wszedł w życie 1 maja 1999 r. Tytuł XIII Art. 152. OJ C 340, 10 listopada 1997.
3. Plan Działań e-Zdrowie 20 kwiecień 2004 r. Komisja Europejska – COM (2004) 356 final.
4. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 15 stycznia 2008 r. w sprawie wspólnotowej strategii na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007-2012 dok. P6_TA (2008) 0009.
5. Komunikat Komisji dla PE pt. „Podniesienie wydajności i jakości w pracy: wspólnotowa strategia na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007-2012” Bruksela, dnia 21 lutego 2007 KOM(2007) 62 wersja ostateczna.
6. Biała Księga „Razem dla zdrowia: strategiczne podejście UE na lata 2008-2013. Bruksela, dnia 23.10.2007 KOM(2007) 630 wersja ostateczna.
7. Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dn.23 października 2007. Dz. U. L 301 z 20.11.2007.
8. 7 Program Ramowy – http://cordis.europa.eu/fp7/home_en.html
9. Szwajcarska Pomoc Finansowa http://ec.europa.eu/external_relations/switzerland/news/index.htm
10. Program Leonardo da Vinci http://ec.europa.eu/education/programmes/leonardo/leonardo_en.html
11. Twinning – Współpraca Bliźniacza – http://ec.europa.eu/enlargement/how-does-it-work/financial-assistance/institution_building/twinning_en.htm
12. Europejski Fundusz Społeczny http://ec.europa.eu/employment_social/esf/index_en.htm
13. Memorandum of Understanding Komisji Europejskiej i Rządu Szwajcarii, 27 lutego 2006 r. http://www.swiss-contribution.admin.ch/poland/ressources/resource_en_166649.pdf

Informacje o Autorach

Mgr MONIKA SKIBA – kierownik, Biuro ds. Funduszy Europejskich i Programów Pomocowych, prof. dr hab. MIROSLAW J. WYSOCKI – pełnomocnik Dyrektora, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Warszawa.

Adres do korespondencji

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
Państwowy Zakład Higieny Warszawa
ul. Chocimska 24
00-791 Warszawa