EUROPOS
KOMISIJA

Briuselis, 2016 05 10
COM(2016) 243 final

KOMISIJOS ATASKAITA EUROPOS PARLAMENTUI, TARYBAI, EUROPOS EKONOMIKOS IR SOCIALINIŲ REIKALŲ KOMITETUI IR REGIONŲ KOMITETUI

2008–2013 m. 2-osios sveikatos programos ex post vertinimas pagal Sprendimą Nr. 1350/2007/EB dėl antrosios Bendrijos veiksmų programos sveikatos srityje (2008–2013 m.)

{SWD(2016) 148 final}
{SWD(2016) 149 final}

1. Įvadas

Pagal Sprendimo Nr. 1350/2007/EB[1] 13 straipsnio 3 dalies c punktą Komisija turi pateikti Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui išorinį ir nepriklausomą *ex post* vertinimą[2], apimantį 2-osios sveikatos programos įgyvendinimą ir rezultatus.

Šioje ataskaitoje glaustai pristatoma Programa ir apibendrinamos pagrindinės laikotarpio vidurio ir *ex post* vertinimų išvados. Joje taip pat apibrėžiamos trys sritys, kuriose gali būti gerinamas šiuo metu vykdomos 3-iosios sveikatos programos įgyvendinimas.

2. 2-oji sveikatos programa (2008–2013 m.)

2-oji sveikatos programa – tai pagrindinė priemonė, kuria buvo padedama koordinuoti sveikatos politiką įgyvendinant ES 2008–2013 m. sveikatos strategiją „Kartu sveikatos labui“[3] pagal strategijos „Europa 2020“[4] prioritetus.

2.1. Programos tikslai

Pagrindinis Programos tikslas buvo papildyti, paremti valstybių narių politiką ir suteikti jai pridėtinės vertės, taip pat prisidėti prie didesnio solidarumo ir gerovės Europos Sąjungoje saugant ir stiprinant žmonių sveikatą ir saugą bei gerinant visuomenės sveikatą.

Pagal Programą buvo finansuojama veikla, kuria siekiama trijų pagrindinių tikslų:

i. ***gerinti piliečių sveikatos saugumą*** ir apsaugoti juos nuo grėsmių sveikatai ir ekstremaliųjų situacijų, kaip antai pandemijų ar gaivalinių nelaimių;

ii. visoje Europoje ***ugdyti sveikatą ir mažinti sveikatos skirtumus***, susijusius su gyvensena, kaip antai sąlygomis naudotis fizinio aktyvumo galimybėmis, arba su sveikatos priežiūra, kaip antai galimybe gauti reikiamas medicinines procedūras;

iii. ***kaupti sveikatos informaciją ir žinias apie sveikatą ir skleisti jas*** atitinkamoms šalims – pradedant visuomene ir baigiant politikos formuotojais bei sveikatos priežiūros specialistais.

2.2. Programos įgyvendinimas vykdant prioritetinius veiksmus ir taikant finansinius mechanizmus

Pagal SESV 168 straipsnį, Sąjunga skatina valstybių narių bendradarbiavimą ir remia jų veiksmus, be kita ko nustatant gaires ir rodiklius, organizuojant keitimąsi geriausia patirtimi ir rengiant reikiamus elementus periodinei stebėsenai ir vertinimui. Turėtų būti pripažįstama valstybių narių atsakomybė už tai, kad būtų apibrėžta jų sveikatos politika, ir už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą.

Pagal Programą vykdyta veikla atitiko Sutarties 168 straipsnyje apibrėžtą ES vaidmenį sveikatos politikoje ir neviršijo jo ribų. Veiksmai buvo numatyti laikantis strateginio požiūrio

---

[1] 2007 m. spalio 23 d. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas Nr. 1350/2007/EB dėl antrosios Bendrijos veiksmų programos sveikatos srityje (2008–2013 m.) (OL L 301, 2007 11 20, p. 3–13).

[2] Išorinio vertinimo ataskaita su santraukomis anglų ir prancūzų kalbomis pateikta šios ataskaitos priede.

[3] COM(2007) 630 *final*, 2007 10 23.

[4] COM(2010) 2020 *final*, 2010 3 3.

ir daugiausia dėmesio skiriant konkrečioms iniciatyvoms, kuriomis didinama Europos pridėtinė vertė. Todėl, įgyvendinant šias iniciatyvas, dėmesys buvo sutelktas į ekonominiam vystymuisi ir augimui svarbiausius prioritetus. Šiais prioritetiniais veiksmais padedama stiprinti gyventojų sveikatą, kurti tinkamai veikiančias sveikatos priežiūros sistemas ir skatinti technologinę bei mokslinę plėtrą.

Pagal bendrąją struktūrą Programa buvo panaši į 1-ąją visuomenės sveikatos programą, tačiau apėmė ne vien „tradicinius“ visuomenės sveikatos klausimus, kaip antai sveikatos ugdymą ir apsaugą nuo užkrečiamųjų ligų, bet ir naujus metodus, pvz., e. sveikatą ir sveikatos technologijų vertinimą, taip pat vaistus. Nors į Programą įtraukta daug įvairių klausimų, jos prioritetų nustatyta mažiau nei 2010 m., nes siekta labiau orientuotis į strategiją „Europa 2020“ ir visų pirma atkreipti dėmesį į tai, kad sveikata yra būtina ekonomikos atsigavimo ir integracinio augimo sąlyga ir kad sveikatos sektoriuje paranku domėtis inovacijomis, jis pritraukia pažangiųjų investicijų.

Komisija, remdamasi Sprendimu Nr. 1350/2007/EB ir glaudžiai konsultuodamasi su valstybių narių sveikatos priežiūros institucijomis, kurių atstovai yra Programos komiteto nariai, nustatė prioritetus metinėse darbo programose. Įgyvendinti Programą buvo patikėta Vartotojų, sveikatos, žemės ūkio ir maisto programų vykdomajai įstaigai (*Chafea*) – ji organizavo konkursus ir prižiūrėjo vertinimo procedūras, po kurių geriausiems veiksmams skiriamas bendras finansavimas. *Chafea* toliau administruoja vis dar skiriamas dotacijas ir sutartis ir skleidžia informaciją apie Programos veiksmus bei rezultatus.

Siekiant padėti *Chafea* propaguoti Programą ir skleisti jos rezultatus, buvo įsteigtas neoficialus nacionalinių ryšių punktų tinklas. Su šių punktų pagalba buvo organizuotos informavimo dienos, surengtos sklaidos konferencijos ir išversta spausdintinė informacinė medžiaga.

Be dotacijų projektams ir pasiūlymams, nuo Programos įgyvendinimo pradžios buvo nustatyti nauji finansavimo mechanizmai – bendri veiksmai, dotacijos veiklai, dotacijos konferencijoms ir tiesioginės dotacijos tarptautinėms organizacijoms.

Projektai vykdomi siekiant ištirti daugelį teminių sričių ir vykdymo mechanizmų ir novatoriškai pasinaudoti sveikatos politikos iniciatyvomis – beveik taip pat, kaip bandomieji projektai. Projektai sudaro didžiausią skiriamo Programos biudžeto dalį. Vis dėlto, įgyvendinant Programą, projektams skirta biudžeto dalis buvo sumažinta, o bendriems veiksmams ir pasiūlymams skirta dalis – atitinkamai padidinta. Tai įvyko ir dėl to, kad Programoje siekta sutelkti dėmesį į kelis svarbius veiksmus, į kuriuos būtų įtraukta kuo daugiau partnerių, geriausia – iš visų valstybių narių, ir taip būtų užtikrintas naudingas postūmis daryti platesnį poveikį.

Pasiūlymams dotacijos skiriamos norint pirkti tam tikrus tyrimus, vertinimus ir apklausas, kurių reikia tam, kad būtų galima rengti ir įgyvendinti ES sveikatos politiką ir teisės aktus, pvz., taisykles, kuriomis reglamentuojama vaistų gamyba, platinimas ir vartojimas. Šios dotacijos taip pat skiriamos Komisijos skatinamiems veiksmams, kurių apimtis ir tikslai yra labai konkretūs, pvz., rengti ir vykdyti mokymo kursus ir kitus valstybėms narėms skirtus renginius, kuriais siekiama ugdyti gebėjimą įveikti nepaprastąsias ekstremaliąsias situacijas.

Bendri veiksmai – tai tam tikras finansinis mechanizmas, kuris pirmą kartą imtas taikyti įgyvendinant 2-ąją sveikatos programą ir kuriuo siekiama remti valstybių narių bendradarbiavimą didelės politinės svarbos srityse. Pasirinktais bendrais veiksmais labai daug

prisidėta įgyvendinant strategijos „Europa 2020“ pažangaus ir integracinio augimo tikslus. Bendri veiksmai dažnai būna ilgo institucijų ir atitinkamų suinteresuotųjų šalių bendradarbiavimo rezultatas, jais siekiama užtikrinti, kad valstybių narių institucijos prisiimtų politinį įsipareigojimą ir patvirtintų rezultatus, bei optimizuoti politikos koordinavimą. Vykdant bendrus veiksmus, paprastai rengiamos, perduodamos ir išbandomos priemonės, būdai ir metodai, susiję su konkrečiais klausimais arba veikla, ir stiprinami gebėjimai. Siekiama, kad dalyvaujančiosios valstybės narės keisdamosi žiniomis ir patirtimi gautų didelę naudą, o kai kuriais atvejais – ir sutaupytų nemažai lėšų. Todėl siekiama, kad Programoje dalyvautų kuo daugiau valstybių narių.

Dotacijos veiklai pirmą kartą skirtos pagal 2-ąją sveikatos programą, siekiant padengti visos Europos nevyriausybinių organizacijų ir tam tikrų tinklų veikimo išlaidas.

Dotacijų konferencijoms, kurias taip pat pradėta skirti pagal šią Programą, tikslas buvo remti svarbiausias kiekvienos pirmininkaujančios valstybės narės rengiamas konferencijas sveikatos tema, ir, kiekvienais metais skelbiant kvietimą dalyvauti konkurse, bendrai finansuoti konferencijas svarbiais sveikatos klausimais visoje ES.

Galiausiai buvo skiriamos **tiesioginės dotacijos tarptautinėms organizacijoms**, siekiant remti tarptautinį bendradarbiavimą svarbiausiais sveikatos klausimais (daugiausia susijusiais su duomenų apie sveikatą rinkimu ir analize).

1 lentelė. 2-osios sveikatos programos išlaidos pagal finansavimo mechanizmą

Finansavimo mechanizmas	Iš viso	%
Projektai	106 293 671,24 EUR	36 %
Pasiūlymai	72 053 873,45 EUR	25 %
Bendri veiksmai	63 962 704,38 EUR	22 %
Dotacijos veiklai	20 825 185,85 EUR	7 %
Susitarimai dėl tiesioginių dotacijų	13 805 987,00 EUR	5 %
Dotacijos konferencijoms	5 268 308,14 EUR	2 %
Kita[5]	11 693 227,81 EUR	4 %
Iš viso	293 902 957,87 EUR	100 %

2.3. Programos rezultatai

Įgyvendinant Programą, surinkta naudingų žinių ir duomenų, kuriais remiantis galima formuoti informacija pagrįstą politiką ir atlikti tolesnius tyrimus. Dalytasi geriausia patirtimi, priemonėmis ir metodikomis, kuriomis padedama užtikrinti naudą ir visuomenės sveikatos specialistų bendruomenėms, ir patiems piliečiams (pvz., gerinti diagnostinius tyrimus, padėti valstybėms narėms rengti nacionalinius kovos su vėžiu veiksmų planus, gerinti pacientų priežiūrą ir t. t.). Buvo remiama informuotumo didinimo ir tvarios tinklaveikos veikla (pvz., buvo bendrai finansuojamos konferencijos ir tinklai visoje Europoje, kaip antai visuomenės sveikatos ir sveikatos ugdymo srityje). Be to, visoje Sąjungoje buvo renkami palyginami duomenys, kurie apėmė daug valstybių narių ir iš kurių gauta politikai formuoti reikalingos

[5] „Kita“ – tai veiksmai, kuriuos patvirtino ir įsipareigojo vykdyti Sveikatos ir maisto saugos GD ir *Chafea*, kaip antai specialios kompensacijos ekspertams už dalyvavimą ES mokslinių komitetų veikloje ir jiems atliekamą darbą, administracinis susitarimas su Jungtiniu tyrimų centru, leidiniai ir įvairios komunikacijos iniciatyvos siekiant propaguoti 2-ąją sveikatos programą, perįgaliojimai Eurostatui ir t. t.

informacijos, pvz., Europos pagrindiniai sveikatos rodikliai ir retų ligų duomenų bazė ORPHANET, taip pat buvo parengta mokymo ir (arba) švietimo medžiaga (pvz., skirta sveikatos priežiūros specialistams mokyti migrantų ir etninių mažumų sveikatos klausimais) ir rekomendacijos. Galiausiai, vykdant mokymus ir valstybių narių sveikatos priežiūros įstaigoms tarpusavyje keičiantis žiniomis, buvo padedama stiprinti visuomenės sveikatos gebėjimus įvairiais lygmenimis (pvz., buvo skatinamas valstybių narių pasirengimas ekstremalioms sveikatai situacijoms).

3. Programos vertinimas

Buvo atlikti laikotarpio vidurio (2010–2011 m.) ir *ex post* (2014–2015 m.) išoriniai nepriklausomi vertinimai. Abiejų vertinimų metu Programa įvertinta teigiamai, tačiau su tam tikromis išlygomis. Vertinimais buvo patvirtinta finansuotų veiksmų svarba, tačiau akcentuoti ir Programos projekto trūkumai (didelė apimtis ir neaiškiai išdėstyti konkretūs tikslai). Vertinimais nustatyta, kad, įgyvendinus Programą, buvo padidinta ES pridėtinė vertė – daugiausia geriausios patirties nustatymo, lyginamosios analizės siekiant geriau priimti sprendimus ir tinklaveikos srityse, o mažesniu mastu – inovacijų, ES sveikatos teisės aktų ir masto ekonomijos srityse, tačiau veiksmai, susiję su tarpvalstybinio pobūdžio grėsmėmis sveikatai ir laisvu asmenų judėjimu, neturėjo pakankamo poveikio. Prieita prie išvados, kad kiekvienas aktualus poreikis negali lemti poveikį turinčio veiksmo; poveikio valstybių narių sveikatos politikai gali turėti tik tie veiksmai, kuriais didinama ES pridėtinė vertė. Šis poveikis priklauso nuo to, kaip valstybėse narėse pasinaudojama rezultatais ir kaip jie įgyvendinami. Todėl svarbu, kad Programos rezultatai būtų paskleisti atitinkamoms suinteresuotosioms šalims, ypač nacionalinėms sveikatos institucijoms, nustatančioms ir įgyvendinančioms nacionalinę sveikatos politiką. Dėl atitinkamų suinteresuotųjų šalių informavimo pažymėtina, kad Programos veiksmais pasiekta nevienodų rezultatų. Tam, kaip valstybėse narėse pasinaudojama Programos rezultatais, turi įtakos ir dar vienas veiksnys – pritarimas veiksmams, kuris antroje laikotarpio pusėje padidėjo, nes daugiau dėmesio buvo skirta bendriems veiksmams.

3.1. Bendrasis vertinimas

Iš 2-osios sveikatos programos matyti, kaip kinta ES sveikatos politika, kai šalia tradicinių visuomenės sveikatos klausimų (sveikatos ugdymo ir ligų prevencijos, kovos su užkrečiamosiomis ligomis ir kitomis tarpvalstybinio pobūdžio grėsmėmis sveikatai, pacientų saugos) daugiau dėmesio skiriama kitoms su sveikata susijusioms problemoms, kylančioms dėl to, kad reikia atnaujinti ir modernizuoti sveikatos priežiūros sistemas ir tuo pačiu metu kontroliuoti sveikatos išlaidas, taip pat optimizuoti veiksmus tokiose srityse kaip sveikatos technologijų vertinimas, e. sveikata ir direktyva dėl tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų[6] ES piliečiams ir dėl jų teisių. Įgyvendinant Programą, suburtos atitinkamos suinteresuotosios šalys iš 28 valstybių narių (jų buvo daugiau iš ES 15 nei iš ES 12 valstybių narių) ir trijų EEE ELPA šalių (Norvegijos, Islandijos ir Lichtenšteino). Ją vykdant buvo sprendžiamos tam tikros bendros sveikatos problemos (t. y. susijusios su svarbiausiomis lėtinėmis ligomis, senėjančių gyventojų sveikata, gebėjimo reaguoti į tarpvalstybinio pobūdžio grėsmes sveikatai ugdymu), pateikta daug naudingų priemonių (t. y. ES informacijos apie retas ligas duomenų bazė[7]) ir geriausia patirtis (t. y. kaip vykdyti

[6] 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo (OL L 88, 2011 4 4, p. 45–65).
[7] http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php.

ŽIV / AIDS plitimo prevenciją[8], spręsti nutukimo problemą[9] arba atlikti atrankinę patikrą dėl vėžio), kurios turi būti naudojamos nacionaliniu ir regioniniu lygmenimis, ir buvo skatinamas valstybių narių sveikatos institucijų bendradarbiavimas ir jų veiklos koordinavimas, kad tokios su sveikata susijusios problemos kaip sveikatos skirtumai[10], psichikos sveikata[11], senėjimas ir t. t. išliktų svarbiais jų darbotvarkės klausimais.

Vis dėlto abiejų vertinimų metu pažymėta, kad dėl to, jog Programos projekte trūko aiškių tikslų ir pažangos rodiklių, buvo nustatyta per daug prioritetų ir buvo sunku tikslingai apibrėžti bendruosius rezultatus.

3.2. Laikotarpio vidurio vertinimas[12]

Laikotarpio vidurio vertinime pateiktos kelios rekomendacijos, kaip geriau apibrėžti poreikių prioritetus, nustatyti aktualesnius ir konkretesnius tikslus, bendrai finansuoti mažiau veiksmų, atlikti stebėseną remiantis konkrečiais, išmatuojamais, pasiekiamais, realiais, per nustatytą laiką įvykdytinais (angl. *SMART*) rodikliais ir geriau skleisti rezultatus.

Pačiu laiku pateiktos rekomendacijos supaprastinti metinius prioritetus, geriau konsultuoti pareiškėjus ir užtikrinti geresnę veiksmų bei jų rezultatų sklaidą buvo iš karto įgyvendintos 2011–2013 m. metinėse darbo programose. Todėl daugiau dėmesio skirta svarbiausiems klausimams (įtraukta mažiau sveikatos temų) ir labiau prisiderinta prie strategijos „Europa 2020“. *Chafea* patobulino pareiškėjams skirtą vadovą ir pagalbos paslaugas, teikiamas skelbiant konkursus, taip pat daugiau dėmesio skyrė rezultatų sklaidai.

Gautomis vertinimo išvadomis pasinaudota rengiant poveikio vertinimą, kuris pateiktas kartu su Komisijos pasiūlymu dėl 3-iosios sveikatos programos, ir vadovautasi rengiant naujosios Programos projektą. Atsižvelgiant į tai, Reglamente (ES) Nr. 282/2014:[13]

- nurodyti aiškūs konkretūs tikslai ir rodikliai (3 straipsnis);
- nustatytas ribotas skaičius aiškių teminių prioritetų (I priedas);
- išvardyti konkretūs kriterijai, pagal kuriuos vertinama ES pridėtinė vertė (6 konstatuojamoji dalis) nustatant prioritetus (II priedas) ir skiriant finansavimą;
- oficialiai pripažįstamas nacionalinių ryšių punktų vaidmuo (15 straipsnis);
- pabrėžiama, kad būtina geriau skleisti veiksmų rezultatus ir užtikrinti bendrąją institucinę komunikaciją apie Sąjungos politinius prioritetus (13 straipsnio 4 dalis ir 9 straipsnis).

---

8 http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hiv-infopack_en.pdf.

9 http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/nutrition-physical-activity-2014_en.pdf.

10 http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/health-inequality-brochure_en.pdf.

11 http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/mental-health_en.pdf.

12 Kaip nurodyta Sprendime Nr. 1350/2007/EB, per laikotarpio vidurio vertinimą nustatyti faktai ir padarytos išvados buvo pateikti Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui 2012 m. kovo 29 d. Komisijos tarnybų darbiniame dokumente SWD(2012) 83 *final*.

13 2014 m. kovo 11 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (ES) Nr. 282/2014, kuriuo nustatoma trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014–2020 m.) ir panaikinamas Sprendimas Nr. 1350/2007/EB (OL L 86, 2014 3 21, p. 1–13).

3-iosios sveikatos programos laikotarpio vidurio vertinimo metu bus vertinama, kokiu mastu ir ar apskritai pirmiau išvardytais pakeitimais veiksmingai padedama gerinti Programos įgyvendinimą ir siekti jos tikslų.

3.3. Ex post vertinimas[14]

Ex post vertinimo metu buvo peržiūrėti pagrindiniai programos įgyvendinimo aspektai, įskaitant laikotarpio vidurio peržiūros rekomendacijose nurodytus tolesnius veiksmus. Daugiausia dėmesio skirta Programos valdymui, rezultatų sklaidai, Programos veiksmingumui ir sąsajoms su kitomis ES programomis. Vadinasi buvo galima sutelkti dėmesį į tuos klausimus, kurių per laikotarpio vidurio vertinimą dar nebuvo įmanoma pakankamai išsamiai išnagrinėti, ir nekartoti anksčiau atlikto vertinimo darbo. Vertintojai, turėdami omenyje tai, kad rezultatai ir poveikis sveikatos srityje tampa matomi tik po ilgo laiko ir kad bet kokiu atveju Programos poveikis priklauso nuo to, kaip valstybėse narėse pasinaudojama veiksmų rezultatais, – tam Programa negali turėti tiesioginės įtakos, – šį klausimą nagrinėjo atsižvelgdami į ateinantį programavimo laikotarpį ir siekė nustatyti, kokiomis sąlygomis būtų galima geriau suprasti, kaip Programa galėtų paveikti valstybių narių sveikatos politiką. Išvadose nurodyti ir sėkmės veiksniai, ir veiksniai, darantys neigiamą įtaką galimam pagal 2-ąją sveikatos programą finansuotų veiksmų poveikiui. Tomis išvadomis bus pasinaudota siekiant geriau įgyvendinti 3-iąją sveikatos programą, jomis bus remiamasi toliau nurodytose trijose pagrindinėse veiklos srityse.

a) Pagerinta stebėsena, ataskaitų teikimas ir sklaida

Buvo iš esmės pagerintas Programos valdymas. Antroje laikotarpio pusėje Programos prioritetai buvo supaprastinti atsižvelgiant į strategijos „Europa 2020“ iniciatyvas ir į jos pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo tikslus. Buvo surinkti (ir toliau renkami) stebėsenos duomenys, o, juos ėmus sistemingiau rinkti, analizuoti ir reguliariai naudoti, bus sukurtas geresnis duomenų pagrindas metiniais prioritetams nustatyti, ataskaitoms[15] apie išdavas ir rezultatus pateikti ir informacijai apie juos geriau skleisti atitinkamoms suinteresuotosioms šalims.

Programos sėkmė labai priklauso nuo valstybių narių ir kitų dalyvaujančiųjų valstybių noro pasinaudoti rezultatais ir juos įtraukti į nacionalines iniciatyvas bei politiką (t. y. visose valstybėse narėse jau priimtas atrankinės patikros dėl vėžio vadovas; valstybių narių pasirengimo reaguoti į grėsmes sveikatai ir į ekstremaliąsias situacijas planai). Todėl svarbu, kad veiksmai ir jų rezultatai būtų gerai žinomi atitinkamoms pagrindinėms suinteresuotosioms šalims. Tai turi lemiamą reikšmę Programos matomumui, atskaitomybei už jos išteklių naudojimą, o visų svarbiausia – jos naudingumui.

Per pastaruosius dvejus metus Komisija suaktyvino sklaidos veiklą. Pagrindinės taikomos sklaidos priemonės – *Chafea* projektų duomenų bazė,[16] brošiūros[17], kuriose pagal politikos temas (pvz., sveikatos skirtumus, retas ligas ir t. t.) pristatomi bendrai

---

[14] Per galutinį vertinimą nustatyti faktai ir padarytos išvados išsamiai aptariami prie šios ataskaitos pridėtame Komisijos tarnybų darbiniame dokumente.

[15] Komisija kiekvienais metais Europos Parlamentui ir Tarybai teikia Sveikatos programos įgyvendinimo ataskaitas (žr. http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_lt.htm).

[16] http://ec.europa.eu/chafea/projects/database.html.

[17] http://ec.europa.eu/chafea/publications/publications_for_health_programme.html.

finansuojami veiksmai, reguliariai rengiami šalių grupių susitikimai[18] su žurnalistais (pvz., dėl organų transplantacijos[19] ir ŽIV / AIDS)[20] ir 2012 m. surengta Programos aukšto lygio konferencija.[21] Nuo 2014 m. pagal Programą valstybių narių institucijoms padedama organizuoti konferencijas ir kitus renginius[22], kuriais skatinama su konkrečiomis temomis susijusių Programos rezultatų sklaida pagrindinėms auditorijoms. Nustatyta, kad ši intensyvesnė parama pavienių veiksmų sklaidai yra naudinga ir ja padedama išplėsti atitinkamų rezultatų aprėptį. Vis dėlto, atsižvelgiant į veiklos įvairovę ir apimtį, šiomis pastangomis neįmanoma kompensuoti to, kad vykdant kai kuriuos projektus nepavyko paskleisti jų rezultatų tam tikroms auditorijoms, kurioms jie yra aktualiausi. Todėl 3-iosios sveikatos programos visiems veiksmams reikia nuo pat pradžių nustatyti veiksmingą sklaidos strategiją.

b) Skatinamas visų valstybių narių ir kitų dalyvaujančiųjų valstybių dalyvavimas

Ši programa – tai priemonė, skirta politikos rengimui, koordinavimui ir įgyvendinimui sveikatos srityje remti. Nors šios srities kompetencija daugiausia priklauso valstybėms narėms, įgyvendinant Programą joms buvo padedama rengti ES masto iniciatyvas, kuriomis siekiama veiksmingiau ir efektyviau spręsti bendras sveikatos problemas, pvz., Europos kokybiškų nacionalinių vėžio kontrolės programų rengimo vadovą, kuriame politikos formuotojams pateikiami pagrindiniai vėžio kontrolės politikos principai; daugiau sužinoti apie dalyvaujančiųjų valstybių organų donorystės ir transplantacijos sistemų kokybę ir veiksmingumą dalyvaujančiosiose valstybėse; kurti diagnostines priemones ir laboratorijų tinklą siekiant gerinti valstybių narių pasirengimą ir bendradarbiavimą kilus grėsmėms sveikatai arba užtikrinti pacientų, gyvenančių ir dirbančių ne savo gimtojoje valstybėje narėje, teises.

Programoje nevienodu mastu dalyvavo visos valstybės narės, trys EEE šalys (Islandija, Lichtenšteinas ir Norvegija) ir Kroatija. Neatsižvelgiant į tai, kad ES 15 valstybės narės Programoje apskritai dalyvauja aktyviau nei ES 12 valstybės narės ir visų pirma atlikdamos vadovaujantį veiksmų koordinatorių vaidmenį, mažą BVP / BNP turinčios valstybės narės Sveikatos programoje dalyvavo aktyviau nei Septintojoje bendrojoje programoje (BP 7). Kai dalyvauja kuo daugiau šalių, sudaromos tinklaveikai reikalingos sąlygos, todėl galima nustatyti bendras sveikatos problemas, didinti informuotumą apie svarbiausias naujas sveikatos problemas ir perduoti žinias siekiant gerinti sveikatos būklę ir mažinti skirtumus. Sveikata gali būti pažangi paskata investuoti[23] į ekonomiką ir atlieka svarbų vaidmenį Europos sanglaudos ir įtraukties srityje.

Teigiama, kad sudėtingos ekonominės aplinkybės yra viena iš priežasčių, dėl kurių kai kurios valstybės narės Programoje dalyvavo mažai. Siekdama spręsti šią problemą šiuo metu įgyvendinamoje 3-iojoje sveikatos programoje Komisiją nustatė „ypatingo naudingumo“ principą[24] kaip finansinę paskatą įtraukti visas valstybes nares. Visose

---

18 Susitikimai, organizuojami bendradarbiaujant su kompetentingomis valstybių narių institucijomis, siekiant suteikti galimybę žurnalistams ir kitoms suinteresuotosioms auditorijoms sužinoti apie ES sveikatos politiką ir atitinkamų su atitinkama temine sritimi susijusių sveikatos veiksmų rinkinį.

19 http://ec.europa.eu/chafea/health/EAHC_conference_2013_-_Transplantation_Blood_Transfusion.html.

20 http://ec.europa.eu/chafea/health/hiv-athens-2014-presentations_en.html.

21 http://ec.europa.eu/health/programme/events/ev_20120503_lt.htm.

22 http://ec.europa.eu/chafea/health/events_en.html.

23 *Investicijos į sveikatą* (Komisijos tarnybų darbinis dokumentas SWD(2013) 43 *final*, 2013 2 20) http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf.

24 Komisija skiria iki 80 proc. bendro finansavimo kaip finansinę paskatą bendriems veiksmams, kuriuos vykdo ne mažiau kaip 14 dalyvaujančiųjų valstybių, iš kurių ne mažiau kaip keturių valstybių narių vienam

valstybėse narėse ir dalyvaujančiosiose valstybėse turėtų būti ir toliau organizuojamos informavimo dienos, kad ne mažiau kaip pusė šių renginių vyktų valstybėse narėse, kurioms nepakankamai atstovauta per praėjusį Programos laikotarpį. Daugiau informacinės medžiagos turėtų būti pateikta visomis ES kalbomis.

Atsižvelgiant į išlaidas, Programoje taip pat leidžiama dalyvauti stojančiosioms valstybėms, šalims kandidatėms ir potencialioms šalims kandidatėms – šiuo atveju ji veikia kaip mechanizmas, kuriuo šalims galima padėti prisitaikyti prie *acquis communautaire* sveikatos srityje, kai bendradarbiaujama su valstybėmis narėmis vykdant projektus ir bendrus veiksmus.

c) Programos įgyvendinimas užtikrinant sąsają su kitomis Europos programomis ir Komisijos prioritetais

Programos rezultatų panaudojimas ir jų integravimas į nacionalinę politiką išlieka pagrindiniu veiksniu, kuris lemia tai, ar Programa bus sėkmingai įgyvendinta, ar ne. Atsižvelgiant į ribotą biudžetą ir į milžiniškus sveikatos poreikius bei problemas, kad Programos rezultatai būtų toliau skleidžiami, būtų skatinama jais naudotis ir jais būtų remiamasi, jau dabar intensyviau siekiama užtikrinti sąveiką su kitomis programomis – Sąjungos mokslinių tyrimų programomis (BP 7 ir programa „Horizontas 2020“), o ne tokiu dideliu mastu – su Europos struktūriniais ir investiciniais fondais (ESI fondais).

Pašalinti vidaus kliūtis ir glaudžiau bendradarbiauti įgyvendinant kitas Sąjungos programas – tai Komisijos vizija, kaip koordinuotai įgyvendinti 10 pagrindinių jos prioritetų[25]. 3-iojoje sveikatos programoje numatyta galimybių taip bendradarbiauti gerinant sveikatą tokiose srityse kaip migracija, kova su naujomis ligomis, kurias lemia aplinkos veiksniai, kaip antai klimato kaita, inovacijos sveikatos srityje, sveikatos sektoriaus reforma ir visuotinė sveikata. Galiausiai pagal Programą yra atliekami sveikatos sistemų vertinimai ir renkamos pavienių valstybių bei bendros valstybių žinios, kad būtų galima rengti informacija grindžiamą politiką nacionaliniu ir Europos lygmenimis.

4. Išvada

Ateinančiais metais Komisija dės ypač dideles pastangas, kad pagerintų stebėseną, ataskaitų teikimą ir sklaidą, remtų ne tokių aktyvių valstybių narių dalyvavimą Programoje ir užtikrintų sąveiką su kitomis ES programomis. Programos rezultatai ir iš jos kylantys sprendimai galėtų būti aktyviau perduodami esamais sveikatos apsaugos ministerijų ryšių tinklais ir vykdant nuoseklų bei išsamų koordinavimą su Sąjungos programų, kurios yra susiję su sveikata, tačiau kuriomis sprendžiami ne vien sveikatos klausimai, dalyviais.

Po ES sveikatos programų 18 įgyvendinimo metų, 3-iosios sveikatos programos laikotarpio pabaigoje, 2020 metais Komisija įvertins, kokiu mastu pirmomis trimis programomis pavyko veiksmingai, efektyviai, nuosekliai ir tinkamai padaryti teigiamą poveikį valstybių narių

gyventojui tenkantis BNP yra mažesnis nei 90 proc. Sąjungos vidurkio ir kuriems išleidžiama 30 proc. biudžeto tokioms šalims įtraukti (Reglamento (ES) Nr. 282/2014 7 straipsnio 3 dalis).

25 Žr. http://ec.europa.eu/priorities/index_lt.htm

sveikatos politikai ir užtikrinti ES pridėtinę vertę. Siekiant užtikrinti šį platesnį įvertinimą, bus taikomos 3-iosios sveikatos programos stebėsenos priemonės.