EIROPAS
KOMISIJA

Briselē, 10.5.2016.
COM(2016) 243 final

KOMISIJAS ZIŅOJUMS EIROPAS PARLAMENTAM, PADOMEI, EIROPAS EKONOMIKAS UN SOCIĀLO LIETU KOMITEJAI UN REĢIONU KOMITEJAI

Otrās veselības programmas 2008.–2013. gadam ex post novērtējums saskaņā ar Lēmumu Nr. 1350/2007/EK, ar ko izveido otro Kopienas rīcības programmu veselības aizsardzības jomā (2008.–2013. gadam)

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

1. Ievads

Komisijai saskaņā ar Lēmuma 1350/2007/EK 13. panta 3. punkta c) apakšpunktu[1] ir jāiesniedz Eiropas Parlamentam, Padomei, Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejai un Reģionu komitejai ārējs un neatkarīgs *ex post* novērtējums[2] par Otrās veselības aizsardzības programmas īstenošanu un rezultātiem.

Šis ziņojums īsumā iepazīstina ar programmu un apkopo galvenos secinājumus no vidusposma un *ex post* novērtējumiem. Tas arī izklāsta trīs jomas, kurās pašlaik aktuālās Trešās veselības aizsardzības programmas īstenošanu varētu uzlabot.

2. Otrā veselības aizsardzības programma (2008.–2013. gadam)

Otrā veselības aizsardzības programma bija galvenais instruments, kas paredzēts veselības politikas koordinācijas atbalstam, īstenojot ES veselības stratēģiju "Kopā par veselību"[3] 2008.–2013. gadam saskaņā ar stratēģijas "Eiropa 2020" prioritātēm[4].

2.1. Programmas vispārējie mērķi

Programmas galvenais mērķis bija papildināt un atbalstīt dalībvalstu politikas jomas, pievienot tām vērtību un stimulēt lielāku solidaritāti un labklājību Eiropas Savienībā, aizsargājot un veicinot cilvēka veselību un drošību, un uzlabojot sabiedrības veselību.

Programma finansēja pasākumus, kas vērsti uz trīs galveno mērķu sasniegšanu:

i. ***uzlabot iedzīvotāju veselības drošību***, aizsargājot tos pret veselības apdraudējumiem un ārkārtas situācijām, piemēram, pandēmijām vai dabas katastrofām;

ii. ***veicināt veselību un samazināt nevienlīdzību veselības aprūpes jomā*** visā Eiropā, arī attiecībā uz dzīvesveidu, piemēram, piekļuvi fizisko aktivitāšu iespējām, vai veselības aprūpi, piemēram, piekļuvi nepieciešamajai medicīniskajai palīdzībai; kā arī

iii. ***izveidot informāciju un zināšanas par veselību un izplatīt tās*** iesaistītajām pusēm, tostarp plašai sabiedrībai, politikas veidotājiem un veselības aprūpes speciālistiem.

2.2. Programmas īstenošana, izmantojot prioritārās darbības un finanšu mehānismus

Saskaņā ar LESD 168. pantu Savienība veicina dalībvalstu sadarbību un atbalsta to rīcību, tostarp ar pamatnostādņu un rādītāju noteikšanu, paraugprakses apmaiņas organizēšanu un atbalstu uzraudzībai un izvērtēšanai. Dalībvalstu atbildība par savas veselības politikas noteikšanu un veselības aprūpes pakalpojumu un medicīniskās aprūpes organizēšanu un sniegšanu būtu jārespektē.

Šajā programmā paredzētā rīcība atbilda ES nozīmei veselības politikā, kā noteikts Līguma 168. pantā un tā ietvaros. Pasākumi tika izstrādāti stratēģiskas pieejas īstenošanai, īpašu uzmanību veltot tām īpašajām iniciatīvām, kas palielina ES pievienoto vērtību. Tā rezultātā īstenošana tika galvenokārt vērsta uz prioritātēm, kas ir svarīgas ekonomikas attīstībai un

---

[1] Eiropas Parlamenta un Padomes 2007. gada 23. oktobra Lēmums Nr. 1350/2007/EK, ar ko izveido otro Kopienas rīcības programmu veselības aizsardzības jomā (2008.–2013. gadam) (OV L 301, 20.11.2007., 3.–13. lpp.).

[2] Ārējā novērtējuma ziņojums ir pievienots ar kopsavilkumiem angļu un franču valodā.

[3] COM(2007) 630, galīgā redakcija, 23.10.2007.

[4] COM(2010) 2020, galīgā redakcija, 3.3.2010.

izaugsmei. Šie prioritārie pasākumi veicina veselīgāku sabiedrību, labi funkcionējošas veselības aprūpes sistēmas un tehnoloģisko un zinātnisko attīstību.

Programmas vispārējā struktūra ir līdzīga Pirmās sabiedrības veselības aizsardzības programmas struktūrai, taču tās darbības joma tika paplašināta ārpus "klasiskajiem" sabiedrības veselības jautājumiem, tādiem kā veselības veicināšana un aizsardzība pret infekcijas slimībām, attiecinot to arī uz jaunām pieejām, piemēram, e-veselību un veselības aprūpes tehnoloģijas novērtējumu, kā arī zālēm. Plašajā apskatāmo jautājumu lokā programmas prioritātes no 2010. gada tika racionalizētas ar nolūku vairāk pievērsties stratēģijai "Eiropa 2020", pamatojoties uz pieņēmumu, ka veselība ir priekšnoteikums ekonomikas atlabšanai un "integrējošai izaugsmei", kā arī to, ka veselības aprūpes nozare piesaista interesi par inovācijām un "viedu" ieguldījumu.

Pamatojoties uz Lēmumu 1350/2007/EK, Komisija noteica prioritātes gada darba programmās, cieši sadarbojoties ar dalībvalstu veselības aizsardzības iestādēm, kuras darbojas programmas komitejā. Programmas īstenošana tika uzticēta Patērētāju, veselības, lauksaimniecības un pārtikas izpildaģentūrai (*CHAFEA*), kas organizēja uzaicinājumus un uzraudzīja vērtēšanas procedūras, kuru rezultātā labākajām rīcībām tika piešķirts līdzfinansējums. *CHAFEA* joprojām turpina pārvaldīt dotācijas un līgumus un izplata programmas darbības rezultātus.

Lai palīdzētu *CHAFEA* popularizēt programmu un izplatīt rezultātus, tika izveidots neoficiāls valstu kontaktpunktu tīkls.. Ar šo kontaktpunktu atbalstu tika organizētas valstu mēroga informatīvās dienas, rīkotas konferences un tulkoti informatīvie iespiedmateriāli.

Papildus dotācijām projektiem un piedāvājumiem programmas sākumā tika ieviesti jauni finansēšanas mehānismi, kas izpaudās kā vienotas rīcības, darbības dotācijas, konferences un tiešas dotācijas starptautiskajām organizācijām.

Projektus izmanto, lai izpētītu visdažādākās jomas un īstenošanas mehānismus un virzītu uz priekšu veselības politikas ierosmes inovatīvā veidā, gandrīz kā "pilotprojektus". Tie veido lielāko pieejamā programmas budžeta daļu. Tomēr programmas laikā budžeta proporcija, kas bija paredzēta projektiem, tika samazināta, priekšroku dodot vienotām rīcībām un piedāvājumiem. Tas bija arī rezultāts mēģinājumam koncentrēt programmu uz dažiem galvenajiem pasākumiem, kas ietver iespējami daudzus partnerus, vēlams, no visām dalībvalstīm, lai radītu impulsu plašākai ietekmei.

Piedāvājumus izmanto, lai piešķirtu līdzekļus īpašiem pētījumiem, novērtējumiem un apsekojumiem, kas ir vajadzīgi, lai izstrādātu un īstenotu ES veselības aizsardzības politikas un tiesību aktus, piemēram, noteikumus, kas nosaka zāļu ražošanu, izplatīšanu un lietošanu. Tos izmanto arī Komisijas vadītos pasākumos ar ļoti konkrētu darbības jomu un mērķiem, piemēram, mācību kursu un vingrinājumu izveidošana un pasniegšana kopā ar dalībvalstīm ar mērķi attīstīt spēju risināt ārkārtējas steidzamības situācijas.

Vienotās rīcības ir finanšu mehānisms, kas pirmo reizi tika ieviests Otrajā veselības aizsardzības programmā, lai atbalstītu dalībvalstu sadarbību jomās ar lielu politisko nozīmi. Atsevišķas vienotās rīcības deva īpašu ieguldījumu stratēģijas "Eiropa 2020" mērķu sasniegšanā attiecībā uz gudru un iekļaujošu izaugsmi. Vienotās rīcības bieži ir rezultāts ilgai sadarbībai starp iestādēm un attiecīgajām ieinteresētajām personām, un to mērķis ir nodrošināt dalībvalstu iestāžu politisko apņemšanos un rezultātu apstiprināšanu un uzlabot politikas koordināciju. Vienotās rīcības parasti attīsta, izplata un pārbauda rīkus, metodes un

pieejas specifiskiem jautājumiem vai pasākumiem, kā arī ietver spēju veidošanu. Iesaistīto dalībvalstu ieguvumam attiecībā uz zināšanu un pieredzes apmaiņu ir paredzēts būt ievērojamam, un dažos gadījumos tam vajadzētu radīt reālus izmaksu ietaupījumus. Tāpēc programmas mērķis ir pēc iespējas plašāka visu dalībvalstu līdzdalība.

Darbības dotācijas pirmo reizi tika izmantotas Otrajā veselības aizsardzības programmā, lai atbalstītu Eiropas mēroga nevalstisko organizāciju un īpašo tīklu darbības izmaksas.

Konferences dotācijas, ko arī ieviesa ar programmu, tika izmantotas, lai atbalstītu galvenās veselības konferences katras ES prezidentūras laikā un līdzfinansēt, izmantojot ikgadēju konkursu, Eiropas mēroga konferences par svarīgiem veselības jautājumiem.

Visbeidzot, **tiešās dotācijas starptautiskajām organizācijām** tika izmantotas, lai atbalstītu starptautisko sadarbību svarīgos veselības jautājumos (galvenokārt ar veselību saistītu datu vākšana un analīze).

1. tabula. Otrās veselības aizsardzības programmas izdevumu sadalījums pēc finansēšanas mehānisma

Finansēšanas mehānisms	Kopā	%
Projekti	EUR 106 293 671,24	36 %
Piedāvājumi	EUR 72 053 873,45	25 %
Vienotās rīcības	EUR 63 962 704,38	22 %
Darbības dotācijas	EUR 20 825 185,85	7 %
Tieši dotāciju nolīgumi	EUR 13 805 987,00	5 %
Konferences dotācijas	EUR 5 268 308,14	2 %
Citi[5]	EUR 11 693 227,81	4 %
Kopā	EUR 293 902 957,87	100 %

2.3. Programmas rezultāti

Programma radīja noderīgas zināšanas un pierādījumus, kas kalpos par pamatu informācijā pamatotas politikas veidošanai un turpmākiem pētījumiem. Tā izpaudās kā paraugprakse, rīki un metodes, kas palīdz nodrošināt ieguvumus gan sabiedrības veselības kopienām, gan iedzīvotājiem (piemēram, uzlabojot diagnostikas testus, atbalstot dalībvalstis, kuras izstrādā valsts rīcības plānus attiecībā uz vēzi, uzlabojot pacientu aprūpi utt.). Programma atbalstīja izpratni un nodrošināja tīklu veidošanas pasākumus (piemēram, līdzfinansējot Eiropas mēroga konferences un tīklus sabiedrības veselības un veselības veicināšanas jomā). Turklāt tā atbalstīja salīdzināmu datu vākšanu visā Savienībā, aptverot daudzas dalībvalstis un sniedzot informāciju par politikas veidošanu, piemēram, Eiropas veselības pamatrādītājus (*ECHI*) un reto slimību datubāzi ORPHANET, kā arī sagatavoja mācību/izglītības materiālus (piemēram, medicīnas darbinieku apmācībai par migrantu un etnisko minoritāšu veselību) un norādījumus. Visbeidzot, tā atbalstīja sabiedrības veselības spēju veidošanu dažādos līmeņos (piemēram, veicinot dalībvalstu sagatavotību veselības ārkārtas situācijām), izmantojot apmācību un zināšanu apmaiņu starp dalībvalstu veselības aprūpes iestādēm.

[5] Kategorija "Citi" ietver darbības, ko parakstījuši un apņēmušies pildīt SANTE ģenerāldirektorāts un *CHAFEA*, piemēram, īpaša atlīdzība ekspertiem par viņu līdzdalību un darbu ES zinātniskajās komitejās, administratīvs līgums ar Kopīgo pētniecības centru, publikācijas un dažādas komunikācijas iniciatīvas, lai veicinātu Otro veselības aizsardzības programmu, pastarpināta deleģēšana uz *Eurostat* utt.

3. Programmas novērtējums

Ārēji neatkarīgi novērtējumi tika veikti vidusposmā (2010.–2011. gadā) un *ex post* posmā (2014.–2015. gadā). Abi novērtējumi deva programmai pozitīvu vērtējumu, ņemot vērā tās ierobežojumus. Tie apstiprināja, cik svarīgas ir finansētās darbības, kaut arī uzsvēra nepilnības programmas izstrādē (plašā darbības joma un "neobligātie" konkrētie mērķi). Novērtējumos tika secināts, ka programmai piemīt ES pievienotā vērtība, galvenokārt attiecībā uz labākās prakses noteikšanu, salīdzinošo novērtēšanu labākai lēmumu pieņemšanai un tīklu veidošanu, bet mazākā mērā uz inovāciju, ES veselības aizsardzības tiesību aktiem un mērogekonomiku, kamēr darbības attiecībā uz pārrobežu veselības apdraudējumiem un personu brīvu pārvietošanos netika pietiekami pārstāvētas. Tika secināts, ka katra būtiska nepieciešamība nevar novest pie efektīvas darbības; tikai darbībām ar ES pievienoto vērtību ir potenciāla ietekme uz dalībvalstu veselības aizsardzības politiku. Ietekme ir atkarīga no rezultātu ieviešanas un īstenošanas dalībvalstīs. Tādēļ izplatīšana attiecīgajām ieinteresētajām personām, jo īpaši valsts veselības aizsardzības iestādēm, kas nosaka un īsteno valstu veselības aizsardzības politiku, ir svarīga. Attiecībā uz ieinteresēto personu iesaisti programmas darbības bija sekmīgas dažādā mērā. Vēl viens faktors, kas ietekmē apgūšanu dalībvalstīs, ir to iesaiste darbībās, kura tika palielināta ar lielāku uzsvaru vienotās rīcības otrajā pusē.

3.1. Vispārējs novērtējums

Eiropas Otrā veselības aizsardzības programma atspoguļo ES veselības aizsardzības politikas attīstību, ar lielāku uzsvaru — papildus klasiskajai sabiedrības veselības pieejai (veselības veicināšana un slimību profilakse, infekcijas slimību apkarošana un citi pārrobežu veselības apdraudējumi, pacientu drošība) — uz citiem veselības jautājumiem, kuri rodas no nepieciešamības atjaunināt un modernizēt veselības sistēmas, vienlaikus kontrolējot veselības aprūpes izdevumus, kā arī optimizēt darbības tādās jomās kā, piemēram, medicīnas tehnoloģiju novērtēšana (*HTA*), e-veselība un pārrobežu direktīva[6] attiecībā uz ES pilsoņu veselību un tiesību. Programma piesaistīja ieinteresētās personas visās 28 dalībvalstīs (turklāt pārsvarā no ES 15, nevis ES 12 dalībvalstīm) un trīs EEZ EBTA valstīs (Norvēģijā, Islandē un Lihtenšteinā). Tā ietvēra vairākus vispārsvarīgus veselības jautājumus (piemēram, attiecībā uz plaši izplatītām hroniskām slimībām, novecojošas sabiedrības veselība, rīcības spēju attīstīšana pārrobežu veselības apdraudējuma gadījumā), piedāvāja plašu derīgu rīku (piemēram, ES reto slimību informācijas datubāze)[7] un labāko prakšu (piemēram, HIV/AIDS izplatības novēršana[8], ieteikumi par aptaukošanos[9] vai vēža skrīninga izmantošana) klāstu izmantošanai valsts un reģionālā līmenī, kā arī atbalstīja sadarbību un koordināciju starp dalībvalstu veselības iestādēm, lai saglabātu tādus veselības jautājumus kā nevienlīdzība veselības jomā[10], garīgā veselība[11], novecošana utt. nozīmīgā vietā to politiskajā darba kārtībā.

---

6 Eiropas Parlamenta un Padomes 2011. gada 9. marta Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē (OV L 88, 4.4.2011., 45-65. lpp.).

7 http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php.

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.

Tomēr abi novērtējumi norādīja, ka skaidru mērķu un progresa rādītāju trūkums programmas izstrādē veicināja prioritāšu skaita palielināšanu un apgrūtināja kopējo rezultātu noteikšanu jēgpilnā veidā.

3.2. Vidusposma novērtējums[12]

Vidusposma novērtējumā tika iekļauti vairāki ieteikumi par to, kā uzlabot vajadzību prioritizāciju, noteikt precīzākus un konkrētākus mērķus, līdzfinansēt mazāku skaitu darbību, veikt uzraudzību, pamatojoties uz SMART rādītājiem, un labāk izplatīt rezultātus.

Lai racionalizētu ikgadējās prioritātes, sniedzot labākus norādījumus pieteikuma iesniedzējiem un nodrošinot plašāku informācijas izplatīšanu par pasākumiem un to rezultātiem, attiecīgie ieteikumi tika nekavējoties īstenoti 2011.–2013. gada darba programmās. Tā rezultātā tika panākta lielāka uzmanība (ierobežojot aplūkotos veselības jautājumus) un labāka saskaņotība ar stratēģiju "Eiropa 2020". *CHAFEA* uzlaboja norādījumus pretendentiem un palīdzības dienesta pakalpojumus un galveno uzmanību vairāk vērsa uz rezultātu izplatīšanu.

Novērtējumā gūtās atziņas tika piemērotas ietekmes novērtējumā, kas pievienots Komisijas priekšlikumam par Trešo veselības aizsardzības programmu, un tās noteica jaunās programmas izstrādi. Līdz ar to Regula (ES) Nr. 282/2014:[13]

- paredz precīzi formulētus konkrētus mērķus un rādītājus (3. pants);
- izveido ierobežotu skaitu skaidru tematisko prioritāšu (I pielikums);
- iekļauj īpašus kritērijus ES pievienoto vērtību novērtēšanai (6. apsvērums) attiecībā uz vajadzību prioritizāciju (II pielikums) un finansējuma piešķiršanu;
- oficiāli atzīst valstu koordinācijas punktu nozīmi (15. pants); kā arī
- uzsver nepieciešamību labāk izplatīt pasākumu rezultātus un vispārējo korporatīvo komunikāciju par Eiropas Savienības politiskajām prioritātēm (13. panta 4. punkts un 9. pants).

Trešās veselības aizsardzības programmas termiņa vidusposma novērtējumā tiks vērtēts, vai un cik lielā mērā iepriekš minētās izmaiņas palīdz rezultatīvi uzlabot programmas mērķu īstenošanu un sasniegšanu.

3.3. Ex post *novērtējums*[14]

Ex post novērtējumā pārskatīti programmas īstenošanas galvenie aspekti, tostarp vidusposma pārskatā sniegto ieteikumu izpilde. Tajā galvenā uzmanība tika vērsta uz programmas pārvaldību, tās rezultātu izplatīšanu, rezultativitāti un sinerģiju ar citām ES programmām. Tas nozīmēja, ka bija iespējams vērst galveno uzmanību uz jautājumiem, kurus vēl nav bijis

---

[12] Vidusposma novērtējuma konstatējumi un secinājumi tika nosūtīti Eiropas Parlamentam, Padomei, Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejai un Reģionu komitejai, kā nosaka Lēmums 1350/2007/EK ar dienestu darba dokumenta SWD(2012) 83. galīgo 2012. gada 29. marta versiju.

[13] Eiropas Parlamenta un Padomes 2014. gada 11. marta Regula (ES) Nr. 282/2014, ar ko izveido trešo Savienības rīcības programmu veselības aizsardzības jomā (2014–2020) un atceļ Lēmumu Nr. 1350/2007/EK (OV L 86, 21.3.2014., 1.–13. lpp.).

[14] Galīgā novērtējuma konstatējumi un secinājumi ir sīkāk izklāstīti šim ziņojumam pievienotajā Komisijas dienestu darba dokumentā.

iespējams pietiekami izpētīt vidusposma novērtējumā, un izvairīties no iepriekšējā novērtējuma dublēšanas. Ņemot vērā to, ka veselības aprūpes jomā parasti paiet ilgs laiks, kamēr rezultāti un ietekme izpaužas, un ka jebkurā gadījumā šīs programmas ietekme ir atkarīga no pasākumu rezultātu ieviešanas dalībvalstīs, kas ir ārpus programmas kontroles, vērtētāji risināja šo jautājumu saistībā ar nākamo plānošanas periodu un centās noskaidrot aspektus, kuri uzlabotu izpratni par to, kā programma varētu ietekmēt dalībvalstu veselības politiku. Secinājumos ir noteikti gan veiksmes faktori, gan faktori, kas negatīvi ietekmē Otrās veselības aizsardzības programmas finansēto pasākumu potenciālo ietekmi. Šīs gūtās atziņas izmantos, lai uzlabotu Trešās veselības aizsardzības programmas ieviešanu, un tās ņems vērā trīs turpmāk minētajās galvenajās rīcības jomās.

(a) Uzlaboti uzraudzības, ziņošanas un izplatīšanas pasākumi

Programmas pārvaldība tika būtiski uzlabota. Programmas prioritātes saistībā ar stratēģijas "Eiropa 2020" iniciatīvām un mērķiem attiecībā uz gudru, ilgtspējīgu un iekļaujošu izaugsmi tika saskaņotas tās darbības otrajā pusē. Uzraudzības dati tika (un joprojām tiek) apkopoti, un sistemātiskāka pieeja to apkopošanai, analīzei un regulārai izmantošanai nodrošinās labāku pierādījumu pamatu ikgadējo prioritāšu noteikšanai, ziņošanai[15] par sasniegumiem un rezultātiem un mērķtiecīgākai izplatīšanai attiecīgajām ieinteresētajām personām.

Programmas panākumi lielā mērā ir atkarīgi no dalībvalstu un pārējo iesaistīto valstu gatavības izmantot rezultātus un iekļaut tos valstu iniciatīvās un politikā (piemēram, rokasgrāmatu par vēža skrīningu, ko tagad izmanto visas dalībvalstis; dalībvalstu sagatavotības plāni reaģēšanai uz veselības apdraudējumiem un ārkārtas gadījumiem). Tādēļ ir svarīgi, ka darbības un to rezultāti ir labi zināmi attiecīgajām ieinteresētajām personām. Šis aspekts ir būtisks programmas atpazīstamībai un pārskatāmībai attiecībā uz tās resursu izlietojumu un jo īpaši tās lietderību.

Komisija ir pastiprinājusi izplatīšanas pasākumus pēdējos divos gados. Galvenie izplatīšanas rīki ir bijuši *CHAFEA* projektu datubāze[16], brošūras[17] par līdzfinansētajiem pasākumiem atkarībā no politikas tēmas (piemēram, nevienlīdzība veselības jomā, retās slimības utt.), regulāra žurnālistu sanāksmju organizēšana[18] (piemēram, par orgānu transplantāciju[19] un HIV/AIDS)[20] un programmai veltīta augsta līmeņa konference 2012. gadā[21]. Kopš 2014. gada programma ir atbalstījusi dalībvalstu iestādes konferenču un citu tādu pasākumu rīkošanā[22], kuri attiecībā uz konkrētiem veselības jautājumiem veicina programmas rezultātu izplatīšanu galvenajām mērķauditorijām. Pierādījies, ka šāds pastiprināts atbalsts konkrētu pasākumu izplatīšanas centieniem ir bijis noderīgs attiecīgo rezultātu darbības lauka paplašināšanai. Tomēr, ņemot vērā pasākumu daudzveidību un mērogu, tie nevar kompensēt to, ka dažu pasākumu rezultāti nav izplatīti konkrētām auditorijām, kurām

---

15 Komisija katru gadu ziņo Eiropas Parlamentam un Padomei par veselības aizsardzības programmas īstenošanu (sk. http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_en.htm).

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

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

18 Sanāksmes, kas organizētas sadarbībā ar dalībvalstu kompetentajām iestādēm, lai nodrošinātu žurnālistiem un citām ieinteresētajām auditorijām iespēju iepazīties ar ES veselības politiku un konkrētu veselības aizsardzības programmas pasākumu portfeli.

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_en.htm.

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

tie ir visatbilstīgākie. Tāpēc visiem pasākumiem Trešajā veselības aizsardzības programmā jau laikus jānosaka iedarbīga izplatīšanas stratēģija.

(b) Visu dalībvalstu un citu iesaistīto valstu dalības veicināšana

Programma ir palīginstruments politikas izstrādei, koordinācijai un īstenošanai veselības aprūpes jomā. Lai gan kompetence šajā jomā ir lielā mērā atkarīga no dalībvalstīm, programma tām palīdzēja attīstīt iniciatīvas ES līmenī iedarbīgākiem un efektīvākiem kopēju veselības jomas problēmu risinājumiem, piemēram, "Eiropas ceļvedis par nacionālo vēža kontroles programmu kvalitāti", kas politikas veidotājiem izklāsta vēža kontroles politikas pamatprincipus. labākas zināšanas par orgānu ziedošanas un transplantācijas sistēmu kvalitāti un rezultativitāti iesaistītajās valstīs; diagnostikas instrumenti un laboratoriju tīkli, lai uzlabotu dalībvalstu sagatavotību un sadarbību veselības apdraudējumu gadījumā; vai pacientu tiesības, kuri dzīvo un strādā dalībvalstī, kas nav viņu izcelsmes dalībvalsts.

Visas dalībvalstis, visas trīs EEZ EBTA valstis (Islande, Lihtenšteina un Norvēģija) un Horvātija piedalījās programmā dažādā mērā. Lai gan programmā kopumā un jo īpaši kā pasākumu koordinatori pārsvarā piedalījās ES 15 dalībvalstis, nevis ES 12 dalībvalstis, tomēr salīdzinājumā ar Septīto pētniecības pamatprogrammu veselības aizsardzības programma vairāk iesaistīja dalībvalstis ar zemu IKP/NKI. Pēc iespējas daudzu valstu līdzdalība rada nepieciešamo sadarbības vidi, kurā apzināt kopīgas problēmas veselības jomā, uzlabot informētību par galvenajām jaunajām veselības aizsardzības problēmām un nodot zināšanas ar mērķi uzlabot veselības aizsardzības stāvokli un novērst nevienlīdzību. Veselība var būt stimuls ieguldījumiem viedā ekonomikā[23], un tai ir būtiska nozīme Eiropas kohēzijā un iekļautībā.

Sarežģītie ekonomiskie apstākļi ir norādīti kā viens no iemesliem dažu dalībvalstu zemajai līdzdalībai. Lai to risinātu, Komisija Trešajā veselības aizsardzības programmā[24] ir iekļāvusi "īpaša lietderīguma" principu kā finansiālu stimulu, lai iesaistītu visas dalībvalstis. Visām dalībvalstīm un programmā iesaistītajām valstīm vajadzētu turpināt organizēt informācijas dienas programmas veicināšanai, tā lai vismaz puse no šiem pasākumiem notiktu dalībvalstīs, kuras iepriekšējā plānošanas periodā bija nepietiekami pārstāvētas. Vairāk informācijas materiāliem būtu jābūt pieejamiem visās ES valodās.

Šajā programmā uz izmaksu pamata var piedalīties pievienošanās valstis, kandidātvalstis un potenciālās kandidātvalstis, kur tā darbojas kā mehānisms, kas var palīdzēt valstīm pielāgoties *acquis communautaire* veselības jomā, izmantojot to sadarbību ar dalībvalstīm kopīgos projektos un vienotajās rīcībās.

(c) Programmas īstenošana sinerģijā ar citām Eiropas programmām un Komisijas prioritātēm

Programmas rezultātu ieviešana un integrācija valstu politikā ir noteicošais faktors neatkarīgi no tā, vai programma ir veiksmīga vai nav. Ņemot vērā ierobežoto budžetu un milzīgās veselības vajadzības un problēmas, sinerģijas veidošana ar citām programmām, lai izplatītu to rezultātus, veicinātu to izmantošanu un ņemtu tās par

---

23 *Investing in health* (dienestu darba dokumenta SWD(2013) 43 galīgā redakcija, 22.2.2013.) http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf.

24 Komisija nodrošina līdz 80 % līdzfinansējuma kā finansiālu stimulu vienotām rīcībām, kas ietver vismaz 14 iesaistītās valstis, no kurām vismaz četrās dalībvalstīs NKI uz vienu iedzīvotāju nesasniedz 90 % no Savienības vidējā rādītāja, un kuru iesaistīšanai tiek tērēti vismaz 30 % budžeta (Regulas (ES) Nr. 282/2014 7. panta 3. punkts).

pamatu, jau ir plašāk īstenota ar Savienības pētniecības programmām (Septītā pētniecības pamatprogramma un "Apvārsnis 2020") un mazākā mērā ar Eiropas strukturālajiem un investīciju fondiem (ESIF).

Apcirkņveida pieejas novēršana un ciešāka sadarbība ar citām Savienības programmām ir daļa no Komisijas redzējuma par tās 10 galveno prioritāšu[25] īstenošanu saskaņotā veidā. Trešā veselības aizsardzības programma piedāvā iespējas īstenot šādu sadarbību, atbalstot veselības aizsardzību tādās jomās kā migrācija, jaunās slimības, kas saistītas ar vides faktoriem, piemēram, klimata pārmaiņām, inovācijas veselības aprūpē, veselības aprūpes sektora reformas un globālā veselības aizsardzība. Visbeidzot, programma ietver novērtējumu par veselības aizsardzības sistēmām un rada atsevišķām valstīm specifiskas un visām kopīgas zināšanas, lai varētu veidot valsts un Eiropas līmeņa politiku.

4. Secinājumi

Turpmākajos gados Komisija īpaši centīsies uzlabot uzraudzību, ziņošanu un izplatīšanu, atbalstīt mazāk aktīvu dalībvalstu līdzdalību programmā un attīstīt sinerģiju ar citām ES programmām. Programmas sniegtos rezultātus un idejas varētu aktīvāk izplatīt, izmantojot esošos veselības ministriju kontaktu tīklus un saskaņotu un visaptverošu koordināciju ar Savienības programmu dalībniekiem, kuri nenodarbojas tikai ar veselību.

Pēc 18 ES veselības aizsardzības programmu gadiem, Trešajai veselības aizsardzības programmai beidzoties 2020. gadā, Komisija novērtēs, cik lielā mērā pirmās trīs programmas ir devušas pozitīvu ietekmi uz dalībvalstu veselības aizsardzības politiku, nodrošinot ES pievienoto vērtību iedarbīgā, efektīvā, saskaņotā un piemērotā veidā. Uzraudzības pasākumus saistībā ar Trešo veselības aizsardzības programmu izmantos, lai atbalstītu minētās situācijas plašāku novērtējumu.

[25] Sk. http://ec.europa.eu/priorities/index_en.htm.