



Brussel, 10.5.2016  
COM(2016) 243 final

**VERSLAG VAN DE COMMISSIE AAN HET EUROPEES PARLEMENT, DE RAAD,  
HET EUROPEES ECONOMISCH EN SOCIAAL COMITÉ EN HET COMITÉ VAN  
DE REGIO'S**

**Ex-postevaluatie van het tweede gezondheidsprogramma 2008-2013 overeenkomstig  
Besluit nr. 1350/2007/EG tot vaststelling van een tweede Communautair  
actieprogramma op het gebied van gezondheid (2008-2013)**

{SWD(2016) 148 final}

{SWD(2016) 149 final}

## 1. Inleiding

De Commissie dient op grond van artikel 13, lid 3, onder c), van Besluit 1350/2007/EG<sup>1</sup> een externe en onafhankelijke ex-postevaluatie over de tenuitvoerlegging en de resultaten van het tweede gezondheidsprogramma<sup>2</sup> toe te zenden aan het Europees Parlement, de Raad, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's.

Dit verslag bevat een korte voorstelling van het programma en een samenvatting van de belangrijkste conclusies van de tussentijdse en de ex-postevaluatie. Het presenteert ook drie gebieden waarop de uitvoering van het lopende derde gezondheidsprogramma kan worden verbeterd.

## 2. Het tweede gezondheidsprogramma (2008-2013)

Het tweede gezondheidsprogramma was het belangrijkste instrument ter ondersteuning van de coördinatie van het gezondheidsbeleid van de EU in de periode 2008-2013. De opzet daarvan was om de gezondheidsstrategie "Samen werken aan gezondheid"<sup>3</sup> in lijn met de prioriteiten van de Europa 2020-strategie<sup>4</sup> ten uitvoer te leggen.

### 2.1. Doelstellingen van het programma

**Het programma in zijn geheel moest het beleid van de lidstaten aanvullen, ondersteunen en er een meerwaarde aan bieden, alsook de solidariteit en welvaart in de EU vergroten door de bescherming en bevordering van de gezondheid en veiligheid van de mens en de verbetering van de volksgezondheid.**

Het programma financierde initiatieven die gericht waren op de verwezenlijking van drie belangrijke doelstellingen:

- i. *de gezondheidsbescherming van de burgers verbeteren* en hen beschermen tegen gezondheidsbedreigingen en noodgevallen, zoals pandemieën en natuurrampen;
- ii. *een goede gezondheid bevorderen en ongelijkheden op gezondheidsgebied in Europa terugdringen*, zowel wat levensstijl betreft (bv. toegang tot mogelijkheden voor lichaamsbeweging) als in de gezondheidszorg (bv. toegang tot de nodige medische interventie); en
- iii. *informatie en kennis over gezondheid genereren en verspreiden* onder belanghebbenden, van de bevolking in het algemeen tot beleidsmakers en gezondheidswerkers.

### 2.2. Uitvoering van het programma via prioritaire acties en financieringsmechanismen

Krachtens artikel 168 VWEU moet de EU de samenwerking tussen de lidstaten aanmoedigen en hun optreden ondersteunen, onder meer door richtsnoeren en indicatoren vast te stellen, de uitwisseling van beste praktijken te regelen en monitoring en evaluatie te ondersteunen. De

---

<sup>1</sup> Besluit nr. 1350/2007/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 oktober 2007 tot vaststelling van een tweede communautair actieprogramma op het gebied van gezondheid (2008-2013) (PB L 301 van 20.11.2007, blz. 3).

<sup>2</sup> Het externe evaluatieverslag is samen met samenvattingen in het Engels en het Frans in de bijlage opgenomen.

<sup>3</sup> COM(2007) 630 definitief van 23.10.2007.

<sup>4</sup> COM(2010) 2020 final van 3.3.2010.

bevoegdheden van de lidstaten met betrekking tot de vaststelling van hun gezondheidsbeleid en de organisatie en de verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging moeten worden geëerbiedigd.

De acties in het kader van het programma waren in overeenstemming met de rol van de EU bij het gezondheidsbeleid, zoals neergelegd in artikel 168 van het Verdrag en lagen binnen de grenzen daarvan. De acties hadden tot doel een strategische aanpak te ontwikkelen met bijzondere aandacht voor specifieke initiatieven die de meerwaarde van de EU maximaliseren. Daarom werd bij de tenuitvoerlegging vooral gelet op prioriteiten die van essentieel belang zijn voor de economische ontwikkeling en groei. Deze prioritaire acties dragen bij tot een gezondere bevolking, goed functionerende gezondheidszorgstelsels en technologische en wetenschappelijke ontwikkeling.

De algemene opzet van het programma was vergelijkbaar met die van het eerste programma voor volksgezondheid, maar de werkingssfeer werd uitgebreid tot buiten de "klassieke" problemen op het gebied van de volksgezondheid zoals gezondheidsbevordering en bescherming tegen overdraagbare ziekten; ook nieuwe gebieden zoals e-gezondheid, de evaluatie van gezondheidstechnologie, alsmede geneesmiddelen werden in het programma opgenomen. Binnen het brede scala aan onderwerpen traden vanaf 2010 prioriteiten naar voren die aansloten bij de Europa 2020-strategie, met als uitgangspunt het beginsel dat gezondheid een voorwaarde is voor economisch herstel en inclusieve groei en het feit dat de gezondheidszorg als sector interessant is voor innovatie en slimme investeringen.

Op basis van Besluit nr. 1350/2007/EG heeft de Commissie, in nauwe samenwerking met de gezondheidsautoriteiten van de lidstaten die zitting hebben in het programmacomité, de prioriteiten in de jaarlijkse werkprogramma's vastgesteld. De uitvoering van het programma werd toevertrouwd aan het Uitvoerend Agentschap voor consumenten, gezondheid, landbouw en voeding (Chafea), dat de oproepen organiseerde en toezicht uitoefende over de evaluatieprocedures die moesten leiden tot de selectie van de beste acties voor medefinanciering. Chafea beheert nog steeds de lopende subsidies en contracten en verspreidt de resultaten van de programma-acties.

Er werd ook een informeel netwerk van nationale contactpunten opgericht om Chafea te helpen bij de promotie van het programma en de verspreiding van de resultaten. Met hun steun werden nationale voorlichtingsdagen georganiseerd, conferenties gehouden om de informatie te verspreiden, en publicaties vertaald.

Naast subsidies voor projecten en aanbestedingen werden in dit programma vanaf het begin ook nieuwe financieringsmechanismen ingevoerd, zoals subsidies voor gezamenlijke acties, exploitatiesubsidies, subsidies voor conferenties en directe subsidies voor internationale organisaties.

**Projecten** worden gebruikt om een breed scala van onderwerpen en uitvoeringsmechanismen te verkennen en beleidsinitiatieven op het vlak van gezondheid op een innovatieve manier uit te bouwen, bijna als "proefprojecten". Het grootste deel van de beschikbare programmabegroting is hiernaartoe gegaan. In de loop van het programma werd het aandeel van de begroting dat bestemd was voor projecten verlaagd ten gunste van gezamenlijke acties en aanbestedingen. Dit was mede het resultaat van de poging om het programma toe te spitsen op enkele belangrijke acties waaraan een zo groot mogelijk aantal partners, idealiter uit alle lidstaten, zouden deelnemen om de impact ervan te vergroten.

**Aanbestedingen** worden gebruikt voor de aankoop van specifieke studies, evaluaties en enquêtes die nodig zijn voor de ontwikkeling en de tenuitvoerlegging van het gezondheidsbeleid en het recht van de EU, bv. voor de regelgeving betreffende de productie, de distributie en het gebruik van geneesmiddelen. Voorts worden zij gebruikt voor door de Commissie gestuurde acties met zeer concrete toepassingsgebieden en doelstellingen, zoals het ontwikkelen en organiseren van opleidingen en oefeningen met de lidstaten om de capaciteiten te ontwikkelen die vereist zijn om het hoofd te bieden aan extreme noodsituaties.

**Gezamenlijke acties** zijn een soort financieringsmechanisme dat in het kader van het tweede gezondheidsprogramma werd geïntroduceerd en dat de samenwerking tussen de lidstaten op gebieden van groot beleidsbelang ondersteunt. De geselecteerde gezamenlijke acties hebben een bijzondere bijdrage geleverd aan de verwezenlijking van de Europa 2020-doelstellingen van slimme en inclusieve groei. Gezamenlijke acties zijn vaak het resultaat van een langdurige samenwerking tussen de autoriteiten en de belanghebbenden en zijn bedoeld om het beleid beter te coördineren en om de politieke inzet van de nationale autoriteiten te garanderen en hen te motiveren om de resultaten te ondersteunen. In het kader van deze gezamenlijke acties worden meestal instrumenten, methodes en benaderingen voor specifieke thema's of activiteiten ontwikkeld en gaat veel aandacht naar capaciteitsopbouw. Het is de bedoeling dat de betrokken lidstaten veel voordeel halen uit de uitwisseling van kennis en ervaring, en in sommige gevallen leidt dit zelfs tot heel concrete kostenbesparingen. Daarom wordt ernaar gestreefd dat zo veel mogelijk lidstaten deelnemen.

**Exploitatiesubsidies** werden voor het eerst gebruikt voor het tweede gezondheidsprogramma ter ondersteuning van de werkingskosten van pan-Europese niet-gouvernementele organisaties en gespecialiseerde netwerken.

**Subsidies voor conferenties**, die ook in het kader van dit programma werden ingevoerd, dienden ter ondersteuning van conferenties onder elk EU-voorzitterschap en voor de medefinanciering (via een jaarlijkse oproep tot het indienen van voorstellen) van pan-Europese conferenties over belangrijke gezondheidskwesties.

Ten slotte werden **directe subsidies aan internationale organisaties** gebruikt ter ondersteuning van internationale samenwerking op het gebied van belangrijke gezondheidskwesties (voornamelijk het verzamelen en analyseren van gezondheidsgegevens).

**Tabel 1: Uitgaven van het tweede gezondheidsprogramma per financieringsmechanisme**

Financieringsmechanisme	Totaal	%
Projecten	106 293 671,24 EUR	36 %
Aanbestedingen	72 053 873,45 EUR	25 %
Gemeenschappelijke acties	63 962 704,38 EUR	22 %
Exploitatiesubsidies	20 825 185,85 EUR	7 %
Directe subsidieovereenkomsten	13 805 987 EUR	5 %
Subsidies voor conferenties	5 268 308,14 EUR	2 %

Andere <sup>5</sup>	11 693 227,81 EUR	4 %
Totaal	293 902 957,87 EUR	100 %

### 2.3 Resultaten van het programma

Uit het programma is nuttige kennis en empirisch materiaal voortgekomen dat als basis kan dienen voor een gefundeerde beleidsvorming en verder onderzoek. Het gaat hierbij om goede praktijkvoorbeelden, instrumenten en methodologieën die zowel voor de volksgezondheid in het algemeen als rechtstreeks voor de burgers nuttig zijn (bijvoorbeeld met betrekking tot diagnostische tests, de ondersteuning van de lidstaten bij de ontwikkeling van nationale actieplannen op het gebied van kanker, de verbetering van de patiëntenzorg, enz.). Er ontstond meer bewustzijn en er werden duurzame netwerkactiviteiten ontwikkeld (bv. door medefinanciering van pan-Europese conferenties en netwerken, o.a. op het gebied van volksgezondheid en gezondheidsbevordering). Verder werd de verzameling van vergelijkbare gegevens in de hele EU ondersteund. Hieraan namen veel lidstaten deel, zodat veel informatie kon worden verzameld die nuttig was voor de beleidsvorming, bijvoorbeeld dankzij de ontwikkeling van Europese gezondheidsindicatoren (ECHI) en de Orphanet-gegevensbank over zeldzame ziekten. Er werd materiaal ontwikkeld voor educatieve en opleidingsdoeleinden (bv. om gezondheidswerkers op te leiden op het vlak van gezondheidsthema's die specifiek zijn voor migranten en etnische minderheden), en er werden richtsnoeren opgesteld. Tot slot werd op verschillende niveaus de capaciteitsopbouw inzake volksgezondheid ondersteund (bijvoorbeeld door het bevorderen van de paraatheid van de lidstaten in geval van gezondheids crises) via opleiding en kennisuitwisseling tussen gezondheidsinstanties in de lidstaten.

### 3. Evaluatie van het programma

Er werden zowel tussentijds (in 2010-2011) als ex-post (2014-2015) onafhankelijke externe evaluaties uitgevoerd. Beide evaluaties van het programma waren positief, maar bevatten ook enkele kanttekeningen. Hoewel de gefinancierde acties relevant waren, vertoonde de opzet van het programma ook zwakke punten (een te breed spectrum en slecht geformuleerde specifieke doelstellingen). Er werd geconcludeerd dat de voornaamste Europese meerwaarde van het programma de identificatie van beste praktijken, de benchmarking voor betere besluitvorming en netwerkvorming was, en in mindere mate ook innovatie, de EU-regelgeving op het vlak van gezondheid, en schaalvoordelen, terwijl de acties met betrekking tot grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen en vrij verkeer van personen ondervertegenwoordigd waren. Er werd geconcludeerd dat niet voor alle relevante behoeften doeltreffende acties kunnen worden genomen; alleen acties met een Europese meerwaarde kunnen impact hebben op het gezondheidsbeleid van de lidstaten. De impact hangt af van de acceptatie en toepassing van de resultaten door de lidstaten. Daarom is de resultaatverspreiding onder de belanghebbenden, met name de nationale autoriteiten die het nationale gezondheidsbeleid vaststellen en uitvoeren, belangrijk. De acties van het

<sup>5</sup> "Andere" omvat acties die het directoraat-generaal Gezondheid en voedselveiligheid en Chafea hebben ondertekend en waartoe zij zich hebben verbonden, zoals speciale vergoedingen aan deskundigen voor hun deelname aan en werkzaamheden voor de wetenschappelijke comités van de EU, een administratieve overeenkomst met het Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek, publicaties en diverse communicatie-initiatieven om het tweede gezondheidsprogramma onder de aandacht te brengen, subdelegaties aan Eurostat, enz.

programma waren in verschillende mate succesvol in het bereiken van de belanghebbenden. Een andere factor die lidstaten ertoe aanzet om voorbeelden over te nemen, is of ze zelf deelnemen aan acties of niet. Door een sterkere focus op gezamenlijke acties in de tweede helft van de programmaperiode is er een stijging merkbaar.

### **3.1 Algehele beoordeling**

Het tweede gezondheidsprogramma weerspiegelt de evolutie van het gezondheidsbeleid van de EU van een klassieke volksgezondheidsbenadering (gezondheidsbevordering en preventie van ziekten, bestrijding van overdraagbare ziekten en andere grensoverschrijdende bedreigingen voor de gezondheid, veiligheid van patiënten) naar meer nadruk op andere gezondheidskwesties die voortvloeien uit de noodzaak om gezondheidsstelsels te vernieuwen en te moderniseren, maar tegelijkertijd ook de uitgaven voor de gezondheidszorg onder controle te houden en acties te optimaliseren op gebieden zoals de evaluatie van gezondheidstechnologie (HTA), e-gezondheid en de Europese richtlijn inzake patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg<sup>6</sup>. Het programma mobiliseerde relevante belanghebbenden uit alle 28 lidstaten (met meer deelnemers uit de EU-15 dan de EU-12) en uit drie EER/EVA-landen (Noorwegen, IJsland en Liechtenstein). Het besteedde aandacht aan een aantal gemeenschappelijke gezondheidsproblemen (zoals belangrijke chronische ziekten, gezondheid en vergrijzing, versterking van de responscapaciteit bij grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen), leidde tot de ontwikkeling van talrijke nuttige instrumenten (zoals de EU-databank voor zeldzame ziekten<sup>7</sup>) en beste praktijken (bv. inzake hiv/aids-preventie<sup>8</sup>, obesitasbestrijding<sup>9</sup> of kankerscreening) die op nationaal en regionaal niveau kunnen worden gebruikt, en bevorderde de samenwerking en coördinatie tussen de gezondheidsautoriteiten van de lidstaten om gezondheidsthema's zoals ongelijkheden op gezondheidsgebied<sup>10</sup>, geestelijke gezondheid<sup>11</sup>, veroudering e.d. hoog op hun agenda te houden.

In beide evaluaties werd er echter op gewezen dat het gebrek aan duidelijke doelstellingen en voortgangsindicatoren van het programma kon leiden tot te veel versnipperde prioriteiten tegelijk en het moeilijk maakte om de eindresultaten op een zinvolle manier te definiëren.

### **3.2 Tussentijdse evaluatie<sup>12</sup>**

De tussentijdse evaluatie bevatte een aantal aanbevelingen, met name om de prioritering van de behoeften te verbeteren, doelgerichtere en welomlijnde doelstellingen vast te stellen, minder acties te medefinancieren, te monitoren op basis van SMART-indicatoren en de resultaten beter te verspreiden.

---

<sup>6</sup> Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (PB L 88 van 4.4.2011, blz. 45-65).

<sup>7</sup> <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=NL>

<sup>8</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hiv-infopack\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hiv-infopack_en.pdf)

<sup>9</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/nutrition-physical-activity-2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/nutrition-physical-activity-2014_en.pdf)

<sup>10</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/health-inequality-brochure\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/health-inequality-brochure_en.pdf)

<sup>11</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/mental-health\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/mental-health_en.pdf)

<sup>12</sup> De bevindingen en conclusies van de tussentijdse evaluatie zijn overeenkomstig Besluit 1350/2007/EG doorgezonden aan het Europees Parlement, de Raad, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's (werkdokument van de diensten van de Commissie SWD(2012) 83 final van 29 maart 2012).

De terechte aanbeveling om de jaarlijkse prioriteiten te stroomlijnen, de aanvragers betere richtlijnen te geven en te zorgen voor een betere verspreiding van de acties en de resultaten werd onmiddellijk opgevolgd voor de jaarprogramma's van 2011-2013. Dit resulteerde in een duidelijkere focus (door een reductie van het aantal opgenomen gezondheidsthema's) en een betere afstemming op de Europa 2020-strategie. Het Chafea verbeterde de gids voor aanvragers en de dienstverlening van de telefonische helpdesk en legde zich meer toe op resultaatverspreiding.

Bij de effectbeoordeling en de ontwikkeling van het Commissievoorstel voor het derde gezondheidsprogramma werd rekening gehouden met de lessen die werden getrokken uit de evaluatie. Onder invloed hiervan vertoont Verordening (EU) nr. 282/2014 de volgende kenmerken:<sup>13</sup>

- specifieke doelstellingen en indicatoren (artikel 3);
- een beperkt aantal duidelijke thematische prioriteiten (bijlage I);
- specifieke criteria om de meerwaarde van de EU (overweging 6) bij de prioritering van de behoeften (bijlage II) en de toekenning van de financiering te meten;
- uitdrukkelijke erkenning van de rol van nationale contactpunten (artikel 15); en
- erkenning van de noodzaak van een betere resultaatverspreiding en een globale communicatie over de politieke prioriteiten van de EU (artikel 13, lid 4, en artikel 9).

Bij de tussentijdse evaluatie van het derde gezondheidsprogramma zal worden geëvalueerd of en in hoeverre de hierboven genoemde wijzigingen doeltreffend bijdragen tot een betere uitvoering en verwezenlijking van de doelstellingen van het programma.

### **3.3 Ex-postevaluatie<sup>14</sup>**

Tijdens de ex-postevaluatie zijn de belangrijkste aspecten van de programma-uitvoering geëvalueerd, waaronder de follow-up van de aanbevelingen van de tussentijdse evaluatie. De aandacht ging vooral naar het programmabeheer, alsmede de resultaatverspreiding, de effectiviteit van het programma en de synergieën met andere EU-programma's. Zo kwamen onderwerpen aan bod die nog niet waren behandeld in het kader van de tussentijdse evaluatie en werden de eerdere evaluaties niet nodeloos herhaald. Aangezien het op het gebied van gezondheid gewoonlijk lang duurt voordat resultaten en effecten merkbaar worden en de impact van het programma ook afhangt van wat de lidstaten doen met de resultaten van de acties – iets waarop het programma geen invloed heeft – hebben de evaluatoren zich over dit probleem gebogen met het oog op de volgende programmaperiode en hebben zij geprobeerd om elementen te vinden die duidelijk maken hoe het programma het gezondheidsbeleid in de lidstaten kan beïnvloeden. In de conclusies werd zowel gewezen op de succesfactoren als op de factoren die een negatieve invloed hebben op de potentiële impact van acties die worden gefinancierd in het kader van het tweede gezondheidsprogramma. De getrokken lessen zullen worden gebruikt om de uitvoering van het derde gezondheidsprogramma te verbeteren en zullen in aanmerking worden genomen op de volgende drie belangrijke actiegebieden.

#### **(a) Een betere monitoring, rapportage en resultaatverspreiding**

---

<sup>13</sup> Verordening (EU) nr. 282/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 11 maart 2014 tot vaststelling van een derde meerjarig actieprogramma van de EU op het gebied van gezondheid voor de periode 2014-2020 en tot intrekking van Besluit nr. 1350/2007/EG (PB L 86 van 21.3.2014, blz. 1).

<sup>14</sup> De bevindingen en conclusies van de slotevaluatie worden in detail besproken in het werkdocument van de diensten van de Commissie dat bij dit verslag is gevoegd.

Het programmabeheer werd grondig verbeterd. De programmaprioriteiten werden in de tweede helft van de programmaperiode in lijn gebracht met de initiatieven en doelstellingen van Europa 2020 voor slimme, duurzame en inclusieve groei. De monitoringgegevens werden (en worden nog steeds) verzameld, en dankzij het meer systematisch verzamelen, analyseren en gebruik van deze gegevens zullen de vaststelling van jaarlijkse prioriteiten, de rapportage<sup>15</sup> over outputs en resultaten, en de doelgerichte resultaatverspreiding onder de belanghebbenden beter onderbouwd zijn met concrete gegevens.

Het welslagen van het programma hangt in grote mate af van de bereidheid van de lidstaten en andere deelnemende landen om de resultaten te integreren in nationale initiatieven en beleidsmaatregelen (bv. de handleiding voor kankerscreening die inmiddels door alle lidstaten is overgenomen en de draaiboeken van de lidstaten voor gezondheidsbedreigingen en noodsituaties). Daarom is het van belang dat de acties en hun resultaten goed bekend zijn bij de belanghebbenden. Dit is belangrijk om de zichtbaarheid van het programma te vergroten, om het gebruik van de middelen te rechtvaardigen en vooral ook om het nut ervan te bewijzen.

De Commissie is de voorbije twee jaar actiever geworden op het vlak van resultaatverspreiding. De belangrijkste instrumenten hiervoor waren de projectdatabank van Chafea<sup>16</sup>, brochures<sup>17</sup> die de medegefinancierde acties per beleidsthema voorstellen (bv. ongelijkheden op gezondheidsgebied, zeldzame ziekten, enz.), regelmatige "clustervergaderingen"<sup>18</sup> voor journalisten (o.a. over orgaantransplantatie<sup>19</sup> en hiv/aids<sup>20</sup>) en een conferentie op hoog niveau over het programma in 2012<sup>21</sup>. Sinds 2014 heeft het programma steun verleend aan de autoriteiten van de lidstaten bij de organisatie van conferenties en andere evenementen<sup>22</sup> die bedoeld zijn om de programmaresultaten met betrekking tot specifieke gezondheidskwesies te verspreiden onder de belangrijkste doelgroepen. Deze extra inspanningen om de resultaten van bepaalde acties te verspreiden zijn nuttig gebleken en hebben ertoe bijgedragen dat de resultaten in kwestie meer weerklank vonden. Maar deze inspanningen wogen niet op tegen het feit dat vanwege het grote aantal sterk uiteenlopende activiteiten de resultaten van sommige acties niet werden gepromoot bij de doelgroepen waarvoor zij het meest relevant waren. Daarom moet in het derde gezondheidsprogramma voor alle acties reeds in een vroeg stadium een doeltreffende verspreidingsstrategie worden vastgesteld.

#### **(b) Aanmoediging van alle lidstaten en andere landen om deel te nemen**

Het programma is een instrument om de ontwikkeling, coördinatie en uitvoering van het gezondheidsbeleid te bevorderen. Hoewel de bevoegdheid op dit gebied voornamelijk bij de lidstaten ligt, heeft het programma hen geholpen bij het ontwikkelen van initiatieven op EU-niveau voor doeltreffendere en efficiëntere

---

<sup>15</sup> De Commissie brengt jaarlijks verslag uit aan het Europees Parlement en de Raad over de tenuitvoerlegging van het gezondheidsprogramma (zie [http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_en.htm)).

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

<sup>17</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/publications/publications\\_for\\_health\\_programme.html](http://ec.europa.eu/chafea/publications/publications_for_health_programme.html)

<sup>18</sup> Vergaderingen die worden georganiseerd in samenwerking met de bevoegde autoriteiten van de lidstaten voor journalisten en andere belanghebbenden om hen de kans te geven meer te leren over het gezondheidsbeleid van de EU en de acties van het programma op een bepaald gebied.

<sup>19</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/health/EAHC\\_conference\\_2013\\_-\\_Transplantation\\_Blood\\_Transfusion.html](http://ec.europa.eu/chafea/health/EAHC_conference_2013_-_Transplantation_Blood_Transfusion.html)

<sup>20</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/health/hiv-athens-2014-presentations\\_en.html](http://ec.europa.eu/chafea/health/hiv-athens-2014-presentations_en.html)

<sup>21</sup> [http://ec.europa.eu/health/programme/events/ev\\_20120503\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/programme/events/ev_20120503_en.htm)

<sup>22</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/health/events\\_en.html](http://ec.europa.eu/chafea/health/events_en.html)



oplossingen voor gemeenschappelijke gezondheidsproblemen, zoals de "Europese gids voor nationale kankerbestrijdingsprogramma's", die beleidsmakers een overzicht geeft van de fundamentele van kankerbestrijding; een betere kennis van de kwaliteit en doeltreffendheid van de systemen voor orgaandonatie en -transplantatie in de deelnemende landen; diagnostische instrumenten en een laboratoriumnetwerk om de paraatheid van de lidstaten en hun onderlinge samenwerking te bevorderen in geval van gezondheidsbedreigingen; of de rechten van patiënten die in een andere lidstaat dan hun lidstaat van herkomst werken en verblijven.

Alle lidstaten, de drie EER/EVA-landen (IJsland, Liechtenstein en Noorwegen) en Kroatië namen in uiteenlopende mate deel aan het programma. Ondanks het feit dat er in het algemeen meer EU-15-lidstaten dan EU-12-lidstaten aan het programma deelnamen en dat deze ook nog vaak posities als actievoordinator op zich namen, slaagde het gezondheidsprogramma erin meer lidstaten met een laag bbp/bni te doen deelnemen dan het zevende kaderprogramma (KP7). Dankzij de deelname van zo veel mogelijk landen ontstaat het netwerk dat nodig is om gemeenschappelijke gezondheidsproblemen te identificeren, om zich bewust te worden van de belangrijkste opkomende gezondheidsproblemen en om kennis te delen met het oog op een betere gezondheidssituatie en de aanpak van ongelijkheden. Gezondheid is een slimme stimulans voor investeringen<sup>23</sup> in de economie en speelt een cruciale rol in de Europese cohesie en integratie.

Moeilijke economische omstandigheden worden opgegeven als een van de redenen voor de geringe deelname van sommige lidstaten. Om dit probleem aan te pakken heeft de Commissie het beginsel van "uitzonderlijk nut" opgenomen in het huidige derde gezondheidsprogramma<sup>24</sup> om met een financiële stimulans alle lidstaten aan te zetten tot deelname. De organisatie van informatiedagen om het programma te promoten moet in alle lidstaten en deelnemende landen worden voortgezet, waarbij het de bedoeling is dat minstens de helft van deze evenementen zal plaatsvinden in de lidstaten die ondervertegenwoordigd waren in de vorige programmaperiode. Er moet meer informatiemateriaal ter beschikking worden gesteld in alle EU-talen.

Het programma staat tegen betaling ook open voor toetredende landen, kandidaat-lidstaten en potentiële kandidaten, waar het fungeert als een instrument dat deze landen kan helpen om zich aan te passen aan het communautaire acquis op het gebied van de gezondheid via hun samenwerking met de lidstaten in het kader van projecten en gezamenlijke acties.

**(c) De tenuitvoerlegging van het programma in synergie met andere Europese programma's en prioriteiten van de Commissie**

Het gebruik van de programmaresultaten en de integratie daarvan in nationale beleidsmaatregelen blijft de beslissende factor voor het succes van het programma. Gezien het beperkte budget en de enorme behoeften en uitdagingen op het gebied van gezondheid zijn er al inspanningen geleverd om synergieën te ontwikkelen met andere programma's om de resultaten nog meer te verspreiden, het gebruik ervan te bevorderen en erop voort te bouwen, met name met onderzoeksprogramma's van de

---

<sup>23</sup> *Investing in health* (werkdokument van de diensten van de Commissie SWD(2013) 43 final, 22.2.2013) [http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf)

<sup>24</sup> De Commissie verstrekt medefinanciering tot maximaal 80 % als financiële prikkel voor gezamenlijke acties waaraan ten minste 14 landen deelnemen, waaronder ten minste vier lidstaten met een bni per inwoner van minder dan 90 % van het gemiddelde van de EU, indien ten minste 30 % van de middelen naar deze laatste landen gaat (artikel 7, lid 3, van Verordening (EU) nr. 282/2014).

EU (bv. KP7 en Horizon 2020) en in mindere mate met de Europese structuur- en investeringsfondsen (ESI-fondsen).

Hokjesdenken doorbreken en nauwer samenwerken met andere programma's van de EU maakt deel uit van de visie die de Commissie heeft op de gecoördineerde verwezenlijking van haar tien belangrijkste prioriteiten<sup>25</sup>. Het derde gezondheidsprogramma biedt mogelijkheden om op een dergelijke manier samen te werken aan gezondheidsbevordering op gebieden als migratie, opkomende ziekten ten gevolge van milieufactoren als de klimaatverandering, innovatie op het gebied van gezondheid, de hervorming van de gezondheidssector en wereldwijde gezondheid. Ten slotte worden in het programma gezondheidsstelsels geëvalueerd en aldus landspecifieke en vergelijkende kennis gegenereerd, wat nuttige informatie oplevert voor de beleidsontwikkeling op nationaal en Europees niveau.

#### **4. Conclusie**

In de komende jaren zal de Commissie zich extra inspannen om de monitoring, rapportage en resultaatverspreiding te verbeteren, de minder actieve lidstaten te helpen deel te nemen aan het programma en synergieën met andere EU-programma's te ontwikkelen. De resultaten en ideeën die uit het programma voortkomen kunnen actiever worden verspreid via bestaande netwerken van contacten met de ministeries van volksgezondheid en via coherente en integrale coördinatie met actoren in de EU-programma's die zich niet uitsluitend bezighouden met gezondheid, maar daar wel aan raken.

Na 18 jaar EU-programma's op het gebied van gezondheid zal de Commissie aan het eind van het derde gezondheidsprogramma in 2020 nagaan in hoeverre de eerste drie programma's op een doeltreffende, efficiënte, samenhangende en relevante wijze en met een EU-meerwaarde positieve effecten hebben gehad op het gezondheidsbeleid in de lidstaten. De monitoringregelingen van het derde gezondheidsprogramma zullen worden gebruikt om deze bredere evaluatie te ondersteunen.

---

<sup>25</sup> Zie [http://ec.europa.eu/priorities/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/priorities/index_en.htm)