



Bruksela, dnia 10.5.2016 r.
COM(2016) 243 final

**SPRAWOZDANIE KOMISJI DLA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO, RADY,
EUROPEJSKIEGO KOMITETU EKONOMICZNO-SPOŁECZNEGO I KOMITETU
REGIONÓW**

**Ocena ex post drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia
na mocy decyzji nr 1350/2007/WE ustanawiającej drugi wspólnotowy
program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013**

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

1. Wprowadzenie

Na podstawie art. 13 ust. 3 lit. c) decyzji nr 1350/2007/WE¹ Komisja jest zobowiązana przekazać Parlamentowi Europejskiemu, Radzie, Europejskiemu Komitetowi Ekonomiczno-Społecznemu i Komitetowi Regionów zewnętrzną i niezależną ocenę *ex post*² obejmującą wdrażanie i wyniki drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia.

W niniejszym sprawozdaniu krótko opisano program i podsumowano główne wnioski z przeglądów śród-okresowych i ocen *ex post*. Przedstawiono również trzy obszary, w których możliwa jest poprawa wdrażania obecnego trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia.

2. Drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013

Drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia był głównym instrumentem wspierającym koordynację polityki zdrowotnej w celu wdrażania europejskiej strategii zdrowotnej na lata 2008–2013 „Razem na rzecz zdrowia”³, zgodnie z priorytetami strategii „Europa 2020”⁴.

2.1. Cele programu

Ogólnym celem programu było uzupełnienie, wsparcie i zapewnienie wartości dodanej w stosunku do polityki państw członkowskich oraz przyczynienie się do zwiększenia solidarności i dobrobytu w Unii Europejskiej poprzez ochronę i promowanie zdrowia i bezpieczeństwa ludzi oraz poprawę zdrowia publicznego.

W ramach programu finansowano działania nastawione na realizację trzech głównych celów:

- i. **poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli** i ochronę obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia oraz sytuacjami kryzysowymi dotyczącymi zdrowia, takimi jak pandemie lub katastrofy naturalne;
- ii. **promowanie zdrowia i zmniejszanie nierówności w zakresie zdrowia** w całej Europie, niezależnie od tego, czy są one związane ze stylem życia, jak na przykład dostęp do możliwości uprawiania aktywności fizycznej, czy z opieką zdrowotną, jak na przykład dostęp do niezbędnej terapii; oraz
- iii. **generowanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia** wśród odpowiednich stron: od opinii publicznej aż po decydentów i pracowników służby zdrowia.

2.2. Wdrażanie programu za pośrednictwem działań priorytetowych i mechanizmów finansowych

Zgodnie z art. 168 TFUE Unia powinna zachęcać do współpracy między państwami członkowskimi i wspierać ich działania, w tym poprzez określenie wytycznych i wskaźników,

¹ Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 (Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3–13).

² Sprawozdanie z zewnętrznej oceny zostało dołączone do niniejszej decyzji wraz ze streszczeniami w języku angielskim i francuskim.

³ COM(2007) 630 final z 23.10.2007.

⁴ COM(2010) 2020 final z 3.3.2010.

organizowanie wymiany najlepszych praktyk oraz wspieranie nadzoru i oceny. Należy szanować obowiązki państw członkowskich w zakresie określania ich polityki zdrowotnej, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych oraz opieki medycznej.

Działania w ramach programu były zgodne z rolą UE w zakresie polityki zdrowotnej określoną w art. 168 Traktatu i z uwzględnieniem jej ograniczeń. Działania te zostały oparte na podejściu strategicznym ze szczególnym uwzględnieniem wspomnianych konkretnych inicjatyw, które maksymalizują wartość dodaną UE. Wdrażanie programu skoncentrowało się zatem na kwestiach o priorytetowym znaczeniu dla rozwoju gospodarczego i wzrostu. Wspomniane działania priorytetowe przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia ludności, do dobrego funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej oraz do rozwoju technologicznego i naukowego.

Ogólna konstrukcja programu była podobna do konstrukcji pierwszego programu działań w dziedzinie zdrowia publicznego, lecz zakres drugiego programu wykraczał poza „klasyczne” kwestie związane ze zdrowiem publicznym, takie jak promocja zdrowia i ochrona przed chorobami zakaźnymi, i wprowadzono do niego nowe rodzaje podejścia, takie jak e-zdrowie i ocena technologii medycznych, oraz zagadnienie produktów leczniczych. W ramach szerokiego zakresu tematycznego od 2010 r. doprecyzowano priorytety programu, aby w większym stopniu skoncentrować się na strategii „Europa 2020”, przyjmując jako punkt wyjścia założenie, że zdrowie jest warunkiem wstępnym ożywienia gospodarczego i wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu, oraz fakt, że sektor zdrowia przyciąga zainteresowanie innowacjami oraz inteligentne inwestycje.

Na podstawie decyzji nr 1350/2007/WE Komisja ustaliła priorytety w rocznych programach prac, w ścisłym porozumieniu z organami ds. zdrowia z państw członkowskich, pełniącymi obowiązki w ramach komitetu programu. Wdrożenie programu powierzono Agencji Wykonawczej ds. Konsumentów, Zdrowia, Rolnictwa i Żywności (Chafea), która zorganizowała zaproszenia do składania wniosków i nadzorowała procedury oceny prowadzące do objęcia współfinansowaniem najlepszych działań. Chafea nadal zarządza bieżącymi dotacjami i umowami oraz rozpowszechnia informacje na temat działań i wyników programu.

Ustanowiono nieformalną sieć krajowych punktów kontaktowych, aby pomóc Chafea w promowaniu programu i rozpowszechnianiu informacji o wynikach. Z pomocą tych punktów zorganizowano krajowe dni informacji, konferencje informacyjne oraz przetłumaczono drukowane materiały informacyjne.

Poza dotacjami dla projektów i ofert od początku programu wdrożono nowe mechanizmy finansowania w formie wspólnych działań, dotacji na działalność, konferencji i dotacji bezpośrednich na rzecz organizacji międzynarodowych.

Projekty wykorzystuje się w szerokim zakresie obszarów tematycznych i mechanizmów wdrażania oraz do podejmowania inicjatyw w zakresie polityki zdrowotnej w sposób innowacyjny, niemal jako „projekty pilotażowe”. Na projekty przypada największa część dostępnego budżetu programu. W trakcie realizacji tego programu część budżetu przeznaczona na projekty została jednak zmniejszona na korzyść wspólnych działań i ofert. Wynikało to m.in. z dążenia do tego, by skoncentrować program na kilku głównych działaniach angażujących jak największą liczbę partnerów, najlepiej z wszystkich państw członkowskich, celem stworzenia warunków do wywarcia szerszego oddziaływania.

Oferty są wykorzystywane w celu zamawiania konkretnych badań, ocen i ankiet, które są potrzebne do celów kształtowania i wdrażania polityki zdrowotnej i prawodawstwa UE, np. przepisów regulujących produkcję, dystrybucję i stosowanie produktów leczniczych. Oferty są również wykorzystywane w przypadku inicjowanych przez Komisję działań o bardzo konkretnym zakresie i celach, takich jak opracowywanie i przeprowadzanie z państwami członkowskimi szkoleń i ćwiczeń przygotowujących do radzenia sobie w ekstremalnych sytuacjach kryzysowych.

Wspólne działania są rodzajem mechanizmu finansowego wprowadzonego po raz pierwszy w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia w celu wspierania współpracy państw członkowskich w obszarach mających duże znaczenie dla polityki. Wybrane wspólne działania miały szczególny wkład w osiągnięcie celów „Europa 2020” w zakresie inteligentnego wzrostu gospodarczego sprzyjającego włączeniu społecznemu. Wspólne działania są często wynikiem długotrwałej współpracy między organami i zainteresowanymi stronami i mają na celu zapewnienie zaangażowania politycznego organów państw członkowskich, jak również zatwierdzenie wyników oraz zoptymalizowanie koordynacji polityki. Wspólne działania zazwyczaj mają na celu opracowanie, udostępnianie i testowanie narzędzi, metod oraz podejścia do konkretnych kwestii lub działań, i obejmują rozwijanie zdolności-. Oczekuje się, że państwa członkowskie zaangażowane w wymianę wiedzy i doświadczeń odniosą znaczne korzyści, a w niektórych przypadkach uzyskają istotne oszczędności kosztów. Z tego względu w ramach programu dąży się do jak najszerzego uczestnictwa wszystkich państw członkowskich.

Dotacje na działalność zostały po raz pierwszy przyznane w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia w celu finansowania kosztów paneuropejskich organizacji pozarządowych i pewnych sieci.

Dotacje na konferencje, również przyznawane w ramach programu, były wykorzystywane do wsparcia centralnych konferencji na temat zdrowia w ramach każdej prezydencji UE i do współfinansowania – za pośrednictwem corocznych zaproszeń do składania wniosków – konferencji paneuropejskich dotyczących ważnych kwestii zdrowotnych.

Z kolei **dotacje bezpośrednie na rzecz organizacji międzynarodowych** były przyznawane na cele wspierania współpracy międzynarodowej w zakresie kluczowych kwestii dotyczących zdrowia (głównie gromadzenia i analizy danych dotyczących zdrowia).

Tabela 1: Wydatki drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia według mechanizmów finansowania

Mechanizm finansowania	Ogółem	%
Projekty	106 293 671,24 EUR	36 %
Oferty	72 053 873,45 EUR	25 %
Wspólne działania	63 962 704,38 EUR	22 %
Dotacje na działalność	20 825 185,85 EUR	7 %
Umowy w sprawie przyznania dotacji bezpośredniej	13 805 987,00 EUR	5 %
Dotacje na konferencje	5 268 308,14 EUR	2 %

Inne ⁵	11 693 227,81 EUR	4 %
Ogółem	293 902 957,87 EUR	100 %

2.3. Wyniki programu

W ramach programu uzyskano użyteczną wiedzę i dane służące jako podstawa świadomego kształtowania polityki i dalszych badań. Odbyło się to w formie gromadzenia najlepszych praktyk, narzędzi i metod, które pomagają zagwarantować korzyści zarówno dla podmiotów związanych ze zdrowiem publicznym, jak i bezpośrednio dla obywateli (tj. w odniesieniu do poprawy testów diagnostycznych, wsparcia państw członkowskich w opracowywaniu krajowych planów działań w zakresie raka, podnoszenia jakości opieki medycznej pacjenta itp.). W ramach tego programu wspierano zwiększanie świadomości i tworzenie sieci kontaktów (np. poprzez współfinansowanie paneuropejskich konferencji i sieci, takich jak te w dziedzinie zdrowia publicznego i promocji zdrowia). Co więcej, w programie promowano również gromadzenie porównywalnych danych z całej Unii, pochodzących z wielu państw członkowskich i będących źródłem informacji do celów kształtowania polityki, np. podstawowe europejskie wskaźniki zdrowotne (ECHI) oraz baza danych ORPHANET dotycząca chorób rzadkich, jak również przygotowano materiały szkoleniowe lub edukacyjne (np. w celu szkolenia pracowników służby zdrowia w zakresie zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych) oraz wytyczne. Wspierano także rozwijanie zdolności w zakresie zdrowia publicznego na różnych poziomach (np. poprzez zwiększanie gotowości państw członkowskich na wypadek sytuacji kryzysowych w zakresie zdrowia) poprzez szkolenia i wymianę wiedzy między instytucjami opieki zdrowotnej w państwach członkowskich.

3. Ocena programu

Zewnętrzne niezależne oceny przeprowadzono śródk okresowo (w latach 2010–2011) i *ex post* (w latach 2014–2015). W obu pozytywnie oceniono program, z pewnymi zastrzeżeniami. We wspomnianych ocenach potwierdzono przydatność finansowanych działań, chociaż wskazano też słabe punkty projektu programu (szeroki zakres i nieprecyzyjne cele szczegółowe). W ramach wspomnianych ocen stwierdzono, że program wykazywał europejską wartość dodaną głównie w odniesieniu do określenia najlepszych praktyk, analizy porównawczej do celów poprawy procesu decyzyjnego i tworzenia sieci, lecz w mniejszym stopniu w zakresie innowacji, prawodawstwa UE w zakresie zdrowia i ekonomii skali, natomiast działania obejmujące transgraniczne zagrożenia zdrowotne i swobodny przepływ osób były niedostatecznie reprezentowane. Oceny wykazały, że niemożliwe jest, aby każda potrzeba prowadziła do działania wywierającego istotne skutki; tylko działania o europejskiej wartości dodanej mają potencjał, aby wpływać na polityki zdrowotne państw członkowskich. Wpływ ten zależy od przyjęcia wyników w państwach członkowskich oraz od wdrożenia tych wyników. Ważne jest zatem rozpowszechnianie wyników wśród zainteresowanych stron, w szczególności wśród organów krajowych ds. zdrowia, które wyznaczają i wdrażają krajowe polityki zdrowotne. Jeżeli chodzi o dotarcie do zainteresowanych stron, w przypadku poszczególnych działań w programie udało się to w różnym stopniu. Innym czynnikiem,

⁵ Pole „inne” obejmuje działania, które zostały podpisane przez DG SANTE i Chafea i do których podjęcia zobowiązały się te podmioty, takie jak wynagrodzenia specjalne dla specjalistów za udział i pracę w komitetach naukowych, umowa administracyjna ze Wspólnym Centrum Badawczym, publikacje i różne inicjatywy komunikacyjne, których celem jest promowanie drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia, jak również subdelegacje dla Eurostatu itp.

który wpływa na przyjęcie wyników przez państwa członkowskie, jest ich zaangażowanie w działania, które wzrosło dzięki większemu naciskowi na wspólne działania w drugiej połowie programu.

3.1. Ogólna ocena

Drugi wspólnotowy program działań w zakresie zdrowia odzwierciedla rozwój polityki zdrowotnej UE, kładąc większy nacisk – poza klasycznym podejściem w zakresie zdrowia publicznego (promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, zwalczanie chorób zakaźnych i inne transgraniczne zagrożenia dla zdrowia oraz bezpieczeństwo pacjentów) – na kwestie zdrowotne wynikające z potrzeby wprowadzenia innowacji i modernizowania systemów zdrowotnych przy jednoczesnym utrzymaniu pod kontrolą wydatków na rzecz zdrowia, a także optymalizacji działań w takich dziedzinach, jak ocena technologii medycznych, e-zdrowie oraz dyrektywa transgraniczna⁶ w sprawie zdrowia i praw obywateli UE. Program zmobilizował zainteresowane strony we wszystkich 28 państwach członkowskich (większa część z nich pochodziła z państw członkowskich UE-15 niż z państw członkowskich UE-12) oraz trzech państw EOG–EFTA (Norwegia, Islandia i Liechtenstein). Program obejmował szereg powszechnych kwestii zdrowotnych (tj. dotyczących głównych chorób przewlekłych, zdrowia starzejącego się społeczeństwa, rozwoju zdolności zapobiegania transgranicznym zagrożeniom zdrowotnym), zapewniał szeroką ofertę użytecznych narzędzi (tj. bazę danych UE zawierającą informacje o chorobach rzadkich)⁷ i najlepsze praktyki (np. dotyczące zapobiegania rozprzestrzenianiu się HIV/AIDS⁸, otyłości⁹ lub stosowania badań przesiewowych w kierunku raka) do wykorzystania na szczeblu krajowym i regionalnym oraz promował współpracę i koordynację między organami ds. zdrowia państw członkowskich, aby kwestie dotyczące zdrowia, takie jak nierówności w zakresie zdrowia¹⁰, zdrowie psychiczne¹¹, starzenie się itp. zajmowały wysoką pozycję na liście priorytetów.

Zarówno w ramach przeglądu, jak i oceny wskazano jednak, że brak wyraźnych celów i wskaźników postępów w strukturze programu sprzyjał zwiększaniu liczby priorytetów i utrudnił kompleksowe określenie ogólnych wyników.

3.2. Przegląd śródkresowy¹²

W przeglądzie śródkresowym wprowadzono dużą liczbę zaleceń w celu lepszego ustalania priorytetowych potrzeb, określenia bardziej ukierunkowanych i konkretnych celów, współfinansowania mniejszej liczby działań, monitorowania wyników na podstawie skonkretyzowanych, mierzalnych, osiągalnych, realnych i terminowych wskaźników, a także lepszego rozpowszechniania tych wyników.

⁶ Dyrektywa 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. L z 4.4.2011, s. 45–65).

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

¹² Ustalenia i wnioski przeglądu śródkresowego przekazano Parlamentowi Europejskiemu, Radzie oraz Europejskiemu Komitetowi Ekonomiczno-Społecznemu i Komitetowi Regionów zgodnie z wymogami decyzji nr 1350/2007/WE wraz z dokumentem roboczym służb Komisji SWD(2012) 83 final z dnia 29 marca 2012 r.

W rocznych programach prac w latach 2011–2013 bezzwłocznie wdrożono odpowiednie zalecenia dotyczące doprecyzowania priorytetów rocznych, zapewniania lepszych wytycznych wnioskodawcom oraz zagwarantowania lepszego informowania o działaniach i rozpowszechniania ich wyników. Dzięki temu działania stały się bardziej ukierunkowane (ograniczono liczbę zagadnień związanych ze zdrowiem) i lepiej dostosowane do celów strategii „Europa 2020”. Chafea ulepszyła poradnik dla wnioskodawców oraz usprawniła usługi działu pomocy technicznej dotyczącej zaproszeń do składania wniosków i w większym stopniu skoncentrowała się na rozpowszechnianiu wyników.

Wnioski wyciągnięte z przeglądu zawarto w ocenie skutków towarzyszącej propozycji Komisji w zakresie trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia i stanowiły one wskazówki przy tworzeniu nowego programu. W rezultacie w rozporządzeniu (UE) nr 282/2014¹³:

- przewidziano cele szczegółowe i wskaźniki (art. 3);
- ustanowiono ograniczoną liczbę jasnych priorytetów tematycznych (załącznik I);
- określono szczegółowe kryteria pomiaru europejskiej wartości dodanej (motyw 6) pod kątem ustalania priorytetowych potrzeb (załącznik II) i przyznawania finansowania;
- formalnie uznano rolę krajowych punktów kontaktowych (art. 15); oraz
- podkreślono potrzebę szerszego rozpowszechniania wyników działań i usprawnienia ogólnej instytucjonalnej komunikacji priorytetów politycznych Unii (art. 13 ust. 4 i art. 9).

To, czy i w jakim zakresie powyższe zmiany skutecznie przyczyniają się do lepszego wdrażania i realizacji celów programu, będzie przedmiotem oceny w ramach przeglądu śródkresowego trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia.

3.3 Ocena ex post¹⁴

W ocenie *ex post* dokonano przeglądu kluczowych aspektów wdrażania programu, w tym działań następczych podjętych w związku z zaleceniami przeglądu śródkresowego. Skupiono się na zarządzaniu programem, rozpowszechnianiu jego wyników, skuteczności programu i synergii z innymi programami UE. Umożliwiło to skoncentrowanie się na zagadnieniach, których nie można było jeszcze dostatecznie zgłębić w przeglądzie śródkresowym, oraz uniknięcie powielania pracy wykonanej przy poprzednim przeglądzie. Mając na uwadze, że wyniki i skutki dotyczące zdrowia ujawniają się po długim czasie i że w każdym przypadku skutki programu zależą od przyjęcia się wyników działań w państwach członkowskich, co pozostaje poza kontrolą programu, osoby prowadzące przegląd przeanalizowały tę kwestię w kontekście następnego okresu programowania i starały się wybrać elementy umożliwiające lepsze zrozumienie, w jaki sposób program może wpłynąć na politykę zdrowotną w państwach członkowskich. We wnioskach określono zarówno czynniki sprzyjające, jak i czynniki mające negatywny wpływ na możliwe skutki działań finansowanych w ramach drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia.

¹³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE (Dz.U. L 86 z 21.3.2014, s. 1–13).

¹⁴ Ustalenia i wnioski przeglądu końcowego omówiono szczegółowo w dokumencie roboczym służb Komisji załączonym do niniejszego sprawozdania.

Wnioski wyciągnięte z realizacji drugiego programu zostaną wykorzystane do usprawnienia wdrażania trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia i staną się podstawą trzech głównych obszarów działań opisanych poniżej.

(a) Usprawnienie monitorowania, sprawozdawczości i rozpowszechniania wyników

Zarządzanie programami zostało znacznie usprawnione. W drugiej połowie okresu doprecyzowano priorytety programu, dopasowując je do inicjatyw „Europa 2020” i ich celów dotyczących inteligentnego, trwałego wzrostu gospodarczego sprzyjającego włączeniu społecznemu. Zgromadzono (i wciąż gromadzi się) dane z monitorowania, a bardziej systematyczne podejście do ich gromadzenia, analizy i regularnego wykorzystywania umożliwi stworzenie lepszej podstawy dla wyznaczania priorytetów rocznych, dla sprawozdawczości¹⁵ w zakresie wyników i rezultatów oraz dla lepiej ukierunkowanego rozpowszechniania informacji wśród odpowiednich zainteresowanych stron.

Powodzenie programu zależy w znacznej mierze od gotowości państw członkowskich i innych państw uczestniczących do przyjęcia wyników i uwzględnienia ich w polityce i inicjatywach krajowych (np. poradnik dotyczący badań przesiewowych w kierunku raka, przyjęty już przez wszystkie państwa członkowskie; plany gotowości państw członkowskich dotyczące reagowania na zagrożenia dla zdrowia i sytuacje kryzysowe w zakresie zdrowia). Ważne jest zatem, aby odpowiednie kluczowe zainteresowane strony były dobrze zaznajomione z działaniami i ich wynikami. Jest to niezbędne do zapewnienia widoczności, odpowiedzialności w korzystaniu z własnych zasobów i przede wszystkim użyteczności programu.

W ostatnich dwóch latach Komisja zintensyfikowała działania w zakresie rozpowszechniania wyników. Głównymi narzędziami rozpowszechniania była baza danych projektów Chafea¹⁶, broszury¹⁷ przedstawiające współfinansowane działania z podziałem na obszary polityki (np. nierówności w zakresie zdrowia, choroby rzadkie itp.), regularne organizowanie spotkań tematycznych¹⁸ z dziennikarzami (np. na temat przeszczepiania narządów¹⁹ oraz HIV/AIDS)²⁰, a także konferencja wysokiego szczebla w sprawie programu w 2012 r.²¹. Od 2014 r. organy państw członkowskich wspierają program poprzez organizację konferencji i innych wydarzeń²² promujących rozpowszechnianie wśród głównych adresatów wyników programu w poszczególnych obszarach tematycznych dotyczących zdrowia. To zintensyfikowane wsparcie wysiłków podejmowanych w celu rozpowszechniania poszczególnych działań okazało się przydatne i pomocne przy zwiększaniu zasięgu odpowiednich wyników. W świetle różnorodności i dużej skali działań nie może ono jednak zrekompensować tego, że wyniki niektórych działań nie były promowane wśród adresatów, dla których są one najistotniejsze. W trzecim Programie działań Unii w dziedzinie zdrowia należy zatem

¹⁵ Komisja co roku przedstawia Parlamentowi Europejskiemu i Radzie sprawozdanie z wdrażania programu działań w dziedzinie zdrowia (zob. http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_pl.htm).

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

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

¹⁸ Spotkania organizowane we współpracy z właściwymi organami państw członkowskich w celu zapewnienia dziennikarzom i innym zainteresowanym adresatom możliwości zaznajomienia się z polityką zdrowotną UE i portfolio odpowiednich działań podejmowanych w danym obszarze tematycznym programu w dziedzinie zdrowia.

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

już na wczesnym etapie opracować skuteczną strategię rozpowszechniania wyników wszystkich działań.

(b) Zachęcanie do udziału wszystkich państw członkowskich i innych państw uczestniczących

Program stanowi instrument wspierania rozwoju, koordynacji i wdrażania polityki w dziedzinie zdrowia. O ile kompetencje w tej dziedzinie należą w znacznym stopniu do państw członkowskich, o tyle program ułatwił im opracowanie na szczeblu UE inicjatyw w zakresie skuteczniejszych i efektywniejszych rozwiązań wspólnych problemów w dziedzinie zdrowia, np. „European Guide for Quality National Cancer Control Programmes” („Europejski Poradnik dotyczący Kontroli Jakości Krajowych Programów Zwalczania Nowotworów”), w którym przedstawiono decydom opis podstawowych zasad polityki zwalczania nowotworów; wyższego poziomu wiedzy na temat jakości i skuteczności systemów dawstwa i przeszczepu narządów w państwach uczestniczących; narzędzi diagnostycznych i sieci laboratoriów w celu zwiększania gotowości państw członkowskich w razie zagrożeń dla zdrowia; lub praw pacjentów mieszkających i pracujących w państwie członkowskim innym niż ich własne państwo.

Wszystkie państwa członkowskie, trzy państwa EOG–EFTA (Islandia, Liechtenstein i Norwegia) i Chorwacja wzięły udział w programie w różnym zakresie. Pomimo że państwa członkowskie UE-15 ogólnie uczestniczyły w nim w większym stopniu niż państwa członkowskie UE-12, w tym szczególnie w roli koordynatorów działań, w programie w dziedzinie zdrowia odnotowano większe niż w 7PR zaangażowanie państw członkowskich o niższym PKB/DNB. Uczestnictwo jak największej liczby państw prowadzi do powstania środowiska sprzyjającego tworzeniu sieci kontaktów, co jest niezbędne do zidentyfikowania wspólnych problemów w dziedzinie zdrowia, zwiększania świadomości na temat najważniejszych nowych zagrożeń w tej dziedzinie oraz przekazywania wiedzy w celu poprawy sytuacji zdrowotnej i zaradzenia nierównościami. Zdrowie może być inteligentnym środkiem zachęcającym do inwestowania²³ w gospodarkę i ma zasadnicze znaczenie dla spójności i włączenia społecznego w Europie.

Jako jeden z powodów niewielkiego uczestnictwa państw członkowskich wskazano trudne okoliczności gospodarcze. W związku z tym Komisja włączyła zasadę „wyjątkowej użyteczności” do obecnego trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia²⁴ jako zachętę finansową do zaangażowania wszystkich państw członkowskich. We wszystkich państwach członkowskich i państwach uczestniczących należy dalej organizować dni informacyjne, których celem jest promowanie programu, przy czym przynajmniej połowa tych wydarzeń powinna odbywać się w państwach członkowskich niedostatecznie reprezentowanych w poprzednim okresie programu. Należy udostępnić większą liczbę materiałów informacyjnych we wszystkich językach UE.

²³ „Investing in health” („Inwestowanie w zdrowie”, dokument roboczy służb Komisji SWD(2013) 43 final z 22.2.2013)

http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf

²⁴ Komisja zapewnia do 80 % współfinansowania w ramach zachęty finansowej dla wspólnych działań, które obejmują przynajmniej 14 państw uczestniczących, z których co najmniej cztery są państwami członkowskimi o DNB na jednego mieszkańca niższym niż 90 % średniej wartości w Unii, i w przypadku których 30 % budżetu przeznacza się dla takich państw (art. 7 ust. 3 rozporządzenia (UE) nr 282/2014).

Uczestnictwo w programie jest również otwarte, na zasadzie ponoszenia kosztów, dla państw przystępujących, państw kandydujących i potencjalnych państw kandydujących, w których program funkcjonuje jako mechanizm mogący ułatwiać państwom dostosowanie się do wspólnotowego dorobku prawnego w dziedzinie zdrowia poprzez współpracę z państwami członkowskimi w ramach projektów i wspólnych działań.

(c) Wdrożenie programu w synergii z innymi programami europejskimi i priorytetami Komisji

Przyjęcie wyników programu i uwzględnienie ich w polityce krajowej pozostaje czynnikiem decydującym o powodzeniu lub niepowodzeniu programu. Biorąc pod uwagę ograniczony budżet i bardzo duże potrzeby i wyzwania w dziedzinie zdrowia, zwiększanie synergii z innymi programami – w celu dalszego rozpowszechniania wyników programu, promowania ich wykorzystania i opierania się na nich – jest już realizowane w większym zakresie w ramach unijnych programów badawczych (PR7 i „Horyzontu 2020”) oraz, w mniejszym stopniu, w ramach europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych.

Zwalczanie „myślenia silosowego” i bliższa współpraca z innymi programami Unii wpisują się w wizję Komisji dotyczącą skoordynowanej realizacji jej 10 głównych priorytetów²⁵. Trzeci Program działań Unii w dziedzinie zdrowia umożliwi tego rodzaju współpracę we wspieraniu zdrowia w takich obszarach, jak migracja, przeciwdziałanie nowym chorobom związanym z czynnikami środowiskowymi (np. ze zmianą klimatu) oraz innowacje w dziedzinie zdrowia, reforma sektora ochrony zdrowia i ochrona zdrowia na świecie. Ponadto w ramach programu przeprowadzana jest ocena systemów zdrowotnych i powstaje baza wiedzy w ujęciu krajowym i przekrojowym, aby umożliwić świadome kształtowanie polityki na poziomie krajowym i europejskim.

4. Wnioski

W nadchodzących latach Komisja będzie intensywnie usprawniać monitorowanie, sprawozdawczość i rozpowszechnianie informacji, wspierać udział w programie mniej aktywnych państw członkowskich oraz rozwijać synergię z innymi programami UE. Rezultaty i pomysły wynikające z programu można przekazywać w bardziej aktywny sposób za pomocą istniejących sieci kontaktów w ministerstwach zdrowia oraz za pomocą spójnej i kompleksowej koordynacji podmiotów działających w ramach programów unijnych, które dotyczą – chociaż nie wyłącznie – zdrowia.

Po 18 latach trwania unijnych programów działań w dziedzinie zdrowia, gdy w 2020 r. zakończy się trzeci Program działań Unii w dziedzinie zdrowia, Komisja oceni, w jakim zakresie pierwsze trzy programy pozytywnie wpłynęły na politykę zdrowotną w państwach członkowskich w skuteczny, efektywny, spójny i odpowiedni sposób, zapewniając europejską wartość dodaną. Do przeprowadzenia tej szerszej oceny zostaną wykorzystane mechanizmy monitorowania trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia.

²⁵ Zob. strona internetowa http://ec.europa.eu/priorities/index_pl.htm

