

Bryssel den 10.5.2016
COM(2016) 243 final

**RAPPORT FRÅN KOMMISSIONEN TILL EUROPAPARLAMENTET, RÅDET,
EUROPEISKA EKONOMISKA OCH SOCIALA KOMMITTÉN SAMT
REGIONKOMMITTÉN**

**Utvärdering i efterhand av det andra hälsoprogrammet 2008-2013
i enlighet med beslut nr 1350/2007/EG om inrättande av ett andra
gemenskapsprogram för åtgärder på hälsoområdet (2008-2013)**

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

1. Inledning

Enligt artikel 13.3 c i beslut 1350/2007/EG¹ ska kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén överlämna en extern och oberoende utvärdering² i efterhand om genomförandet och resultaten av det andra hälsoprogrammet.

I denna rapport presenteras programmet i korthet och sammanfattas de främsta slutsatserna av bedömningarna efter halva programtiden och efter programmet. Dessutom beskrivs tre områden där genomförandet av det nuvarande tredje hälsoprogrammet kan förbättras.

2. Det andra hälsoprogrammet (2008–2013)

Det andra hälsoprogrammet var det viktigaste instrumentet till stöd för samordningen av hälso- och sjukvårdspolitiken för genomförande av EU:s hälsostrategi *Tillsammans för hälsa*³ 2008–2013 i linje med prioriteringarna i Europa 2020-strategin⁴.

2.1. Programmets mål

Programmets övergripande mål var att komplettera, stöda och ge mervärde åt medlemsstaternas politik och bidra till ökad solidaritet och ökat välbefinnande i EU genom att skydda och främja människors hälsa och säkerhet samt förbättra folkhälsan.

Programmet finansierade åtgärder som var inriktade på att uppnå tre huvudmål:

- i. **Förbättra medborgarnas hälsoskydd** och skydda dem från hälsohot och nödsituationer, t.ex. pandemier och naturkatastrofer.
- ii. **Främja hälsa och minska ojämlikheter på hälsoområdet** i EU, även rörande livsföring, t.ex. tillgång till möjligheter till fysisk aktivitet eller hälso- och sjukvård, såsom tillgång till nödvändig medicinsk intervention.
- iii. **Ta fram information och kunskap om hälsa och sprida den** till berörda parter, allt från allmänheten till beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal.

2.2. Genomförande av programmet med hjälp av prioriterade åtgärder och finansieringsmekanismer

Enligt artikel 168 i EUF-fördraget ska unionen främja samarbete mellan medlemsstaterna, stöda deras insatser, bland annat genom att fastställa riktlinjer och indikatorer, organisera utbyte av bästa praxis och ge stöd till övervakning och utvärdering. Medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård bör respekteras.

Åtgärder inom ramen för programmet låg i linje med EU:s roll i hälso- och sjukvårdspolitiken i enlighet med artikel 168 i fördraget och inom dess gränser. Åtgärderna utformades så att de följde en strategi med fokus på specifika initiativ som ger största möjliga europeiska

¹ Europaparlamentets och rådets beslut nr 1350/2007/EG av den 23 oktober 2007 om inrättande av ett andra gemenskapsprogram för åtgärder på hälsoområdet (2008–2013) (EUT L 301, 20.11.2007, s. 3).

² Den externa utvärderingsrapporten bifogas med sammanfattningar på engelska och franska.

³ COM(2007) 630 final, 23.10.2007.

⁴ COM(2010) 2020 final, 3.3.2010.

mervärde. Därför koncentrerades genomförandet på områden som är viktiga med tanke på ekonomisk utveckling och tillväxt. Med prioriterade åtgärder främjades en friskare befolkning, välfungerande hälso- och sjukvårdssystem samt teknisk och vetenskaplig utveckling.

Den allmänna utformningen av programmet var ungefär densamma som för det första folkhälsoprogrammet, men tillämpningsområdet utvidgades utöver ”klassiska” folkhälsofrågor, såsom främjande av hälsa och skydd mot smittsamma sjukdomar, till att också gälla nya arbetssätt såsom e-hälsa och utvärdering av medicintekniska produkter och läkemedel. Eftersom programmet omfattade så många olika typer av frågor beslöt man reducera programprioriteringarna från 2010 så att de i större utsträckning följde Europa 2020-strategin. Utgångspunkten blev uppfattningen att hälsa är en förutsättning för ekonomisk återhämtning och ”tillväxt för alla” och att vårdsektorn drar till sig intresse för innovation och ”smarta” investeringar.

På grundval av beslut 1350/2007/EG har kommissionen fastställt prioriteringar i de årliga arbetsprogrammen i nära samråd med medlemsstaternas hälso- och sjukvårdsmyndigheter som sitter med i programkommittén. Genomförandet av programmet överläts till genomförandeorganet för konsument-, hälso-, jordbruks- och livsmedelsfrågor (Chafea) som anordnade ansökningsomgångar och övervakade de utvärderingsförfaranden som ledde fram till beviljandet av medfinansiering till de bästa åtgärderna. Chafea förvaltar fortfarande pågående bidrag och kontrakt och sprider utgången av programmets insatser och resultat.

Ett informellt nätverk av nationella kontaktpunkter inrättades för att hjälpa Chafea främja programmet och sprida resultaten av det. Med kontaktpunkternas stöd anordnades nationella informationsdagar och konferenser för spridning av resultaten och tryckt informationsmaterial översattes.

Utöver bidragen till projekt och anbud infördes nya finansieringsmekanismer från början av programmet i form av gemensamma åtgärder, driftsbidrag, konferenser och direkta bidrag till internationella organisationer.

Projekt används för att undersöka en lång rad ämnesområden och genomförandemekanismer och för att främja hälsopolitiska initiativ på ett innovativt sätt, nästan som pilotprojekt. Projekten tar största delen av programmets tillgängliga budget i anspråk. Men under programmets gång sänktes den andel av budgeten som var avsedd för projekt till förmån för gemensamma åtgärder och anbud. Också detta berodde på ett försök att inrikta programmet på vissa viktiga åtgärder som involverar så många partner som möjligt, helst från alla medlemsstater, för att åstadkomma en vidare effekt.

Anbud används för att skaffa särskilda studier, utvärderingar och undersökningar som krävs för utveckling och genomförande av EU:s politik och lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet vad gäller tillverkning, distribution och användning av läkemedel. De används också för insatser från kommissionens sida med mycket konkret omfattning och konkreta mål, t.ex. utformningen och genomförandet av utbildningskurser och övningar med medlemsstaterna som syftar till att utveckla kapacitet att hantera extrema nödsituationer.

Gemensamma åtgärder är en typ av finansiell mekanism, som infördes för första gången i det andra hälsoprogrammet för att stöda samarbete mellan medlemsstaterna inom områden med hög politisk betydelse. De utvalda gemensamma åtgärderna bidrog på ett betydande sätt till Europa 2020-strategins mål om smart tillväxt för alla. Gemensamma åtgärder är ofta

resultatet av ett långvarigt samarbete mellan myndigheter och berörda parter och syftar till att trygga medlemsstaternas myndigheters politiska åtagande och godkännande av resultat och till att optimera samordningen av politiken. Gemensamma åtgärder utvecklar, delar och testar vanligtvis redskap, metoder och tillvägagångssätt för särskilda frågor eller verksamheter och inbegriper kapacitetsuppbyggnad. Det är meningen att vinsten för de berörda medlemsstaterna vad gäller kunskaper och utbyte av erfarenheter ska vara betydande och i vissa fall leda till märkbara kostnadsbesparingar. Därför vill man att så många medlemsstater som möjligt deltar i programmet.

Administrationsbidrag användes för första gången i det andra hälsoprogrammet för att stöda alleuropeiska icke-statliga organisationers och särskilda nätverks driftskostnader.

Konferensbidrag infördes också i programmet och användes för att stöda centrala hälsokonferenser under respektive EU-ordförandeskap och för samfinansiering, genom årliga ansökningsomgångar, av alleuropeiska konferenser om viktiga hälsofrågor.

Slutligen har **direkta bidrag till internationella organisationer** använts för att främja internationellt samarbete om viktiga hälsofrågor (främst insamling och analys av hälsodata).

Tabell 1: Utgifter i andra hälsoprogrammet efter finansieringsmekanism

Finansieringsmekanism	Totalt	%
Projekt	106 293 671,24 euro	36 %
Anbud	72 053 873,45 euro	25 %
Gemensamma åtgärder	63 962 704,38 euro	22 %
Administrationsbidrag	20 825 185,85 euro	7 %
Direkta bidragsavtal	13 805 987,00 euro	5 %
Konferensbidrag	5 268 308,14 euro	2 %
Övrigt ⁵	11 693 227,81 euro	4 %
Totalt	293 902 957,87 euro	100 %

2.3. Programresultat

Programmet har genererat värdefulla kunskaper och rön som tjänar som underlag för välgrundat beslutsfattande och fortsatt forskning. Detta har skett i form av bästa praxis, verktyg och metoder som bidrar till att värna om fördelar både för samhällena och direkt för medborgarna (t.ex. vad gäller att förbättra diagnostiska tester, stöda medlemsstaterna i utarbetandet av nationella handlingsplaner mot cancer och bättre vård). Programmet stödde informationsinsatser och fortlöpande nätverksbyggande (t.ex. genom medfinansiering av alleuropeiska konferenser och nätverk på områden som folkhälsa och hälsofrämjande). Man stödde också insamling av jämförbara uppgifter i hela EU. Verksamheten omfattade flera medlemsstater och tillhandahöll information som underlag för utformning av politiska strategier, europeiska hälsoindikatorer (Echi) och databasen Orphanet över sällsynta sjukdomar. Dessutom producerade programmet utbildningsmaterial (t.ex. för att utbilda

⁵ "Övrigt" inbegriper åtgärder som generaldirektoratet för hälsa och livsmedelssäkerhet och Chafea har undertecknat och ingått åtaganden om, såsom särskilda ersättningar till experter när de deltar i och arbetar för EU:s vetenskapliga kommittéer, ett administrativt avtal med Gemensamma forskningscentrumet, publikationer och olika informationsinitiativ för att främja det andra hälsoprogrammet och vidaredelegering till Eurostat.

hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som hälsa bland migranter och etniska minoriteter) och riktlinjer. Slutligen stödde programmet kapacitetsuppbyggnad på folkhälsoområdet på olika nivåer (t.ex. genom att främja medlemsstaternas beredskap vid hälsokriser) genom utbildning och kunskapsutbyte mellan vårdinrättningar i medlemsstaterna.

3. Utvärdering av programmet

Oberoende externa utvärderingar gjordes efter halva tiden (2010–2011) och i efterhand (2014–2015). Båda utvärderingarna gav en positiv bedömning av programmet, dock med vissa begränsningar. De bekräftade att de åtgärder som finansierats hade varit viktiga. Samtidigt framhövs brister i utformningen av programmet (programmet var för omfattande, avsaknaden av tydliga särskilda mål). I utvärderingarna kom man fram till att programmet påvisade EU-mervärde närmast i fråga om identifiering av bästa praxis, riktmärkning för bättre beslutsfattande och nätverkssamarbete men i mindre utsträckning i fråga om innovation, EU:s hälsoskyddslagstiftning och stordriftsfördelar. Åtgärder avseende gränsöverskridande hälsohot och fri rörlighet för personer var underrepresenterade. Man drog slutsatsen att alla relevanta behov inte kan leda till verkningsfulla åtgärder, utan endast åtgärder som ger ett europeiskt mervärde kan möjligtvis påverka medlemsstaternas hälsopolitik. Effekterna beror på hur medlemsstaterna sprider och genomför resultaten. Därför är det viktigt att informationen sprids till relevanta intressenter, särskilt till nationella hälsovårdsmyndigheter som fastställer och genomför nationell hälso- och sjukvårdspolitik. I förhållande till arbetet med att nå ut till relevanta intressenter var programmets åtgärder framgångsrika i varierande grad. En annan faktor som påverkar hur mycket medlemsstaterna hade utnyttjat åtgärderna är deras delaktighet i åtgärderna. Man ville öka staternas delaktighet genom att satsa mer på fokusering på gemensamma åtgärder under programmets andra hälft.

3.1. Helhetsbedömning

Det andra hälsoprogrammet avspeglar utvecklingen av EU:s hälsopolitik. Förutom klassisk folkhälsa- (främjande och förebyggande av sjukdomar, bekämpning av smittsamma sjukdomar och andra gränsöverskridande hot mot hälsan samt patienternas säkerhet) lades nu mer tonvikt på andra hälsorelaterade frågor. Sådana framkommer på grund av behovet av att förnya och modernisera hälso- och sjukvårdssystemen och samtidigt hålla en strikt kontroll på utgifterna, och att optimera åtgärder på områden såsom utvärdering av medicinska metoder (HTA), e-hälsovård och det gränsöverskridande direktivet⁶ om EU-medborgarnas hälsa och rättigheter. Programmet mobiliserar berörda parter i alla 28 medlemsstater (varav fler kommer från EU-15 än från EU-12) och tre Eftastater i EES (Norge, Island och Liechtenstein). Programmet tog itu med en rad vanligt förekommande hälsoproblem (de vanligaste kroniska sjukdomarna, en åldrande befolknings hälsa, kapacitetsuppbyggnad för att tackla gränsöverskridande hälsohot), tillhandahöll flera användbara verktyg (EU:s databas för sällsynta sjukdomar⁷) och bästa praxis (förebygga spridningen av hiv/aids⁸, förebyggande av fetma⁹ eller genomförande av cancerscreening) på nationell och regional nivå, och främjade samarbete och samordning mellan medlemsstaternas hälsomyndigheter för att hålla

⁶ Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (EUT L 88, 4.4.2011, s. 45).

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

hälsofrågor såsom ojämlikhet i hälsa¹⁰, psykisk hälsa¹¹ och åldrande högt upp på dagordningen.

I de båda utvärderingarna påpekades dock att avsaknaden av tydliga mål och resultatindikatorer i programmet bidrog till splittrade prioriteringar och gjorde det svårt att fastställa ett övergripande resultat på ett meningsfullt sätt.

3.2. Halvtidsutvärdering¹²

I halvtidsutvärderingen ingick en rad rekommendationer för hur man bättre kan prioritera behov, fastställa mer riktade och fokuserade mål, samfinansiera färre åtgärder, övervaka med hjälp av SMART-indikatorer och bättre sprida resultaten.

Den relevanta rekommendationen för rationalisering av de årliga prioriteringarna, ge bättre vägledning åt sökande och säkerställa bättre spridning av åtgärder och deras resultat, genomfördes omedelbart i 2011–2013 års arbetsprogram. Detta ledde till större fokus (begränsning av hälsofrågor som omfattas) och att åtgärderna var bättre anpassade till Europa 2020-strategin. Chafea förbättrade vägledningen för sökande och hjälpcentralens tjänster för samtal och fokuserade mer på spridning av resultaten.

Lärdomarna från utvärderingen tillämpades i den konsekvensbedömning som åtföljde kommissionens förslag till tredje folkhälsoprogram och låg till grund för utformningen av det nya programmet. Tack vare det togs följande punkter med i förordning (EU) nr 282/2014¹³. Den

- innehåller konkreta mål och indikatorer (artikel 3),
- fastställer ett begränsat antal tydliga tematiska prioriteringar (bilaga I),
- innehåller särskilda kriterier för att mäta mervärdet för EU (skäl 6) om prioritering av behoven (bilaga II) och tilldelningen av medel,
- erkänner formellt de nationella kontaktpunkternas roll (artikel 15),
- understryker behovet av bättre spridning av resultaten från åtgärder och övergripande gemensam kommunikation om unionens politiska prioriteringar (artiklarna 13.4 och 9).

Halvtidsutvärderingen av det tredje hälsoprogrammet kommer att bedöma huruvida och i vilken utsträckning de ovannämnda ändringarna genomförs bättre och på ett effektivt sätt bidrar till uppnåendet av programmets mål.

3.3. Utvärdering i efterhand¹⁴

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 Resultat och slutsatser från utvärderingen efter halva tiden överlämnades till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén och Regionkommittén, i enlighet med beslut 1350/2007/EG, med arbetsdokument COM(2012) 83 final av den 29 mars 2012.

¹³ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 282/2014 av den 11 mars 2014 om inrättande av ett tredje program för unionens åtgärder på hälsoområdet (2014–2020) och om upphävande av beslut nr 1350/2007/EG (EUT L 86, 21.3.2014, s. 1).

¹⁴ Resultat och slutsatser av den slutliga utvärderingen diskuteras i detalj i kommissionens arbetsdokument som bifogas denna rapport.

I utvärderingen i efterhand granskas de viktigaste aspekterna av genomförandet av programmet. En uppföljning av rekommendationerna i halvtidsöversynen ingår också. Utvärderingen fokuserade på förvaltning av programmet, spridning av forskningsresultaten, programmets effektivitet samt synergier med andra EU-program. Detta innebar att det var möjligt att koncentrera sig på frågor som man ännu inte hade utforskat tillräckligt i halvtidsutvärderingen och att undvika upprepning av tidigare utvärderingar. Med tanke på att det vanligtvis tar lång tid att se resultat och effekter i hälsofrågor, och att programmets effekter sist och slutligen beror på hur medlemsstaterna inför åtgärderna, vilket ligger utanför programmets kontroll, betonade utvärderarna att man bör ta lärdom av misstagen och beakta dem inför nästa programperiod. Därför ville de lyfta fram uppgifter som gör det enklare att förstå hur programmet bäst kan påverka hälso- och sjukvårdspolitiken i medlemsstaterna. Slutsatserna tog fram både framgångsfaktorer och faktorer som potentiellt har negativa effekter på åtgärder som finansieras genom det andra hälsoprogrammet. Dessa erfarenheter kommer att användas för att förbättra genomförandet av det tredje hälsoprogrammet, och de beaktas på de tre centrala åtgärdsområdena nedan.

a) Bättre övervakning, rapportering och spridning

Programförvaltningen förbättrades avsevärt. Programmets prioriteringar harmoniserades under andra hälften av perioden enligt Europa 2020-strategin och dess mål om smart och hållbar tillväxt för alla. Man samlade (och samlar fortfarande) in övervakningsuppgifter. De bidrar till en mer systematisk strategi för insamling, analys och regelbunden användning som kommer att ge en förbättrad faktabas för fastställande av årliga prioriteringar vad gäller rapportering¹⁵ om produktion och resultat. Det gör det också enklare att sprida informationen till relevanta intressenter.

Programmets framgång beror till stor del på hur villiga medlemsstaterna och andra deltagande länder är att ta till sig resultaten och integrera dem i nationella initiativ och strategier (t.ex. vägledningen för cancerscreening har nu antagits av samtliga medlemsstater. Medlemsstaternas beredskapsplaner för att svara på hälsohot och nödsituationer). Det är därför viktigt att berörda nyckelparter känner väl till åtgärderna och deras resultat. Detta är av största vikt för programmets synlighet, redovisningsskyldighet när det gäller användningen av dess resurser och framför allt dess användbarhet.

Kommissionen har intensifierat informationsspridningsverksamheten under de senaste två åren. De främsta verktygen för informationsspridning har varit Chafeas projektdatabas¹⁶, broschyrer¹⁷, presentation av de samfinansierade åtgärderna efter politikområde (t.ex. ojämlikhet i hälsa och sällsynta sjukdomar), regelbundet anordnade klustermöten¹⁸ med journalister (om organtransplantationer¹⁹ och hiv/aids²⁰) och en högnivåkonferens om programmet år 2012²¹. Sedan 2014 har programmet gett stöd till medlemsstaternas myndigheter för att de ska kunna anordna

¹⁵ Varje år lämnar kommissionen en rapport till Europaparlamentet och rådet om genomförandet av folkhälsoprogrammet (se 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 Möten som anordnas i samarbete med behöriga myndigheter i medlemsstaterna för att journalister och andra intresserade ska få möjlighet att lära sig mer om EU:s hälsopolitik och relevanta åtgärder inom hälsoprogrammet inom ett visst område.

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.

konferenser och andra evenemang²² som främjar spridning av programresultaten av specifika hälsofrågor till de viktigaste målgrupperna. Det intensifierade stödet för informationsspridning om enskilda åtgärder har visat sig vara till nytta och bidra till att utvidga räckvidden för hur relevanta resultat når ut. Men med tanke på åtgärdens mångfald och bredd kan det effektivare stödet inte kompensera för att vissa åtgärder inte har spritt sina resultat till de mest relevanta målgrupperna. Därför måste en effektiv spridningsstrategi fastställas i det tredje hälsoprogrammet i ett tidigt stadium.

b) Främjande av alla medlemsstaters och andra deltagande länders deltagande

Programmet är ett instrument med vilket man stöder utveckling, samordning och genomförande av politiken på hälsoområdet. Även om behörigheten på detta område främst ligger hos medlemsstaterna har programmet hjälpt länderna att utveckla initiativ på EU-nivå för att hitta mer effektiva och verkningsfulla lösningar på gemensamma hälsoproblem. Som exempel kan nämnas en europeisk vägledning för nationella cancerprogram (*European Guide for Quality National Cancer Control Programmes*) som beskriver grundprinciperna i kampen mot cancer för politiska beslutsfattare; bättre kunskaper om kvaliteten och effektiviteten i systemen för organdonation och transplantation i de deltagande länderna; diagnosverktyg och ett nätverk av laboratorier med vars hjälp man kan förbättra medlemsstaternas beredskap att reagera och samarbeta i händelse av hot mot hälsan samt rättigheterna för de patienter som bor och arbetar i en annan medlemsstat än sin egen.

Alla medlemsstater, de tre Eftastaterna i EES (Island, Liechtenstein och Norge) och Kroatien deltog i programmet i olika hög grad. Trots att EU-15 har deltagit mer än EU-12 i programmet i allmänhet och särskilt som samordnare av åtgärderna, deltog medlemsstater med låg BNP/BNI mer i hälsoprogrammet än i det sjunde ramprogrammet för verksamhet inom området forskning, teknisk utveckling och demonstration. När så många länder som möjligt deltar uppstår en nätverksmiljö som gör det möjligt att identifiera allmänna hälsoproblem, öka medvetenheten om viktiga framväxande hälsoproblem och överföra kunskaper för att förbättra människors hälsa och minska ojämlikheterna i hälsa. Hälsa kan vara ett smart incitament som främjar investeringar i näringslivet²³. Hälsa spelar också en viktig roll i EU för sammanhållning och integration.

Svåra ekonomiska omständigheter anges som ett av skälen till vissa medlemsstaters låga deltagande. Därför har kommissionen tagit med principen om ”exceptionellt stort nyttovärde” i det nuvarande tredje hälsoprogrammet²⁴ som ett ekonomiskt incitament för att få med samtliga medlemsstater. Informationsdagar för att främja programmet bör fortsättningsvis anordnas i samtliga medlemsstater och deltagande länder. Målet är att minst hälften av dessa evenemang skulle äga rum i medlemsstater som var underrepresenterade i den föregående programperioden. Mer informationsmaterial ska finnas tillgängligt på EU:s alla officiella språk.

Programmet är också öppet på kostnadsbas för anslutande länder, kandidatländer och potentiella kandidatländer, där programmet kan hjälpa de berörda länderna att anpassa

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

²³ *Investing in health* (arbetsdokument SWD(2013) 43 final, 22.2.2013)
http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf.

²⁴ Kommissionen står för högst 80 % samfinansiering som ekonomiskt incitament för gemensamma åtgärder som involverar minst 14 deltagande länder, varav minst fyra är medlemsstater vars bruttonationalinkomst (BNI) per capita är lägre än 90 % av unionsgenomsnittet och för vilka 30 % av budgeten har anslagits till att få med sådana länder (artikel 7.3 i förordning (EU) nr 282/2014).

sig till gemenskapens regelverk på hälsoområdet genom samarbete med medlemsstaterna i projekt och gemensamma åtgärder.

c) Programmet genomförs i samverkan med andra EU-program och kommissionens prioriteringar

Avgörande för om programmet blir en framgång är sist och slutligen huruvida programresultaten utnyttjas och om de integreras i den nationella politiken. Eftersom budgetmedlen är begränsade och behoven och utmaningarna enorma har man redan försökt utveckla synergier med andra program för att sprida resultaten ytterligare, främja användningen av dem och bygga vidare på dem tillsammans med EU:s mer omfattande forskningsprogram (sjunde ramprogrammet för verksamhet inom området forskning, teknisk utveckling och demonstration och Horisont 2020) och i viss mån med de europeiska struktur- och investeringsfonderna (Esif).

Att integrera olika områden och samarbeta närmare med andra unionsprogram är en del av kommissionens vision om hur de 10 viktigaste prioriteringarna²⁵ ska genomföras på ett samordnat sätt. Det tredje hälsoprogrammet öppnar möjligheter för sådant samarbete när det gäller stöd för hälsa på områden som invandring, hantering av nya miljöbetingade sjukdomar såsom klimatförändringar, innovation i hälso- och sjukvården, hälso- och sjukvårdsreformer och global hälsa. I programmet ingår också utvärderingar av hälso- och sjukvårdssystemen och det genererar landsspecifik och EU-omfattande information som underlag för nationell och europeisk politik.

4. Slutsats

Under de närmaste åren kommer kommissionen att satsa på att förbättra övervakning, rapportering och informationsspridning, stöda mindre aktiva medlemsstaters deltagande i programmet och utveckla synergier med andra EU-program. Resultat och synpunkter som programmet genererar kunde förmedlas mer aktivt genom befintliga kontaktnätverk vid hälsoministerierna och via enhetlig och övergripande samordning med aktörer i unionsprogram som inbegriper men inte uteslutande gäller hälsa.

När EU:s folkhälsoprogram har genomförts i 18 år i slutet av tredje folkhälsoprogrammet 2020 kommer kommissionen att bedöma i vilken utsträckning de första tre programmen har gett positiva effekter för medlemsstaternas hälso- och sjukvårdspolitik på ett effektivt, ändamålsenligt, sammanhängande och relevant sätt och garanterat ett EU-mervärde. Övervakningssystemet för det tredje hälsoprogrammet kommer att användas för att stöda denna vidare bedömning.

²⁵ Se http://ec.europa.eu/priorities/index_en.htm