



Bruksela, dnia 5.8.2019 r.
COM(2019) 365 final

SPRAWOZDANIE KOMISJI DLA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY

Realizacja trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia w 2016 r.

{SWD(2019) 316 final}

Wprowadzenie

W niniejszym sprawozdaniu przedstawiono wykonanie rocznego programu prac na rok 2016 (AWP 2016) w ramach trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) ustanowionego w drodze rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r.¹

Zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Komisja musi składać komitetowi ds. programu działań w dziedzinie zdrowia sprawozdania na temat realizacji wszystkich działań finansowanych w ramach programu oraz informować na bieżąco Parlament Europejski i Radę. Niniejsze sprawozdanie zawiera szczegółowe informacje na temat budżetu na rok 2016 i jego wykorzystania.

W dokumencie roboczym służb Komisji załączonym do niniejszego sprawozdania podano przykłady najważniejszych działań współfinansowanych w ramach drugiego² i trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia, w przypadku których ostateczne rezultaty zostały udostępnione w 2016 r. Zawiera on działania dotyczące głównych tematów (takich jak choroby rzadkie i europejskie sieci referencyjne, koordynacja opieki zdrowotnej, rejestry, bezpieczeństwo zdrowotne – szczególnie w świetle epidemii eboli oraz w związku z konsumpcją tytoniu), które zawarto w kolejnych decyzjach w sprawie finansowania. Zawiera on również tabelę przedstawiającą szczegółowy przegląd współfinansowanych działań i umów.

W AWP 2016 skupiono się na ustanowieniu i wspieraniu europejskich sieci referencyjnych³ utworzonych na mocy dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁴. Europejskie sieci referencyjne są wirtualnymi sieciami unijnych świadczeniodawców zajmujących się złożonymi lub rzadkimi chorobami i schorzeniami.

Ponadto w AWP 2016 położono duży nacisk na cel 1 – „Promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i propagowanie środowisk wspierających zdrowy styl życia, przy uwzględnieniu zasady »zdrowie we wszystkich politykach«” z priorytetowymi tematami odnoszącymi się do kluczowych czynników związanych ze stylem życia (alkohol, tytoń, narkotyki), zapobiegania chorobom przewlekłym i ich leczenia oraz kwestii związanych ze zdrowiem dotyczących migrantów i uchodźców.

Komisja ściśle monitoruje wdrażanie trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia i zapewnia upowszechnianie jego wyników na szerszą skalę. Zachęca również wszystkie państwa członkowskie i państwa niebędące członkami UE przyczyniające się do realizacji programu do

¹ Dz.U. L 86 z 21.3.2014, s. 1.

² Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3.

³ https://ec.europa.eu/health/ern/networks_pl

⁴ Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45–65.

uczestnictwa w swoich działaniach i do tworzenia połączeń z innymi właściwymi programami finansowania UE, takimi jak „Horyzont 2020”.

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie.....	1
Kluczowe tematy w 2016 r.....	4
Realizacja Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia.....	8
1. Budżet.....	8
2. Priorytety i mechanizmy finansowania	9
3. Wykonanie przez mechanizm finansowania	11
4. Beneficjenci	12
Udoskonalenia.....	12

Kluczowe tematy w 2016 r.

AWP 2016 ma na celu przyczynianie się do realizacji priorytetów Komisji w dziedzinie zdrowia określonych w wytycznych politycznych przewodniczącego⁵ oraz w piśmie komisarza odpowiedzialnego za zdrowie i bezpieczeństwo żywności⁶.

Europejskie sieci referencyjne

Priorytetową inicjatywą związaną ze zdrowiem w ramach AWP 2016 było ustanowienie **europejskich sieci referencyjnych** (ESR) zgodnie z: a) dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁷ oraz b) polityką Unii w dziedzinie chorób rzadkich.

Europejskie sieci referencyjne to wirtualne sieci obejmujące ponad 900 świadczeniodawców w całej UE. Ich celem jest leczenie złożonych lub rzadkich chorób i schorzeń wymagających wysokospecjalistycznej opieki, a także łączenie fachowej wiedzy i zasobów.

W celu wsparcia ESR w 2016 r. wykorzystano kilka środków finansowania, których wartość wyniosła ponad 8 mln EUR (8 012 343,47 EUR). Obejmowały one:

- zaproszenie do zgłaszania zainteresowania utworzeniem ESR, o którym mowa w art. 2 decyzji wykonawczej Komisji 2014/287/UE⁸, po którym nastąpiło zatwierdzenie poszczególnych świadczeniodawców oraz całych sieci na mocy odpowiedniej decyzji zarządu państw członkowskich zgodnie z art. 5 decyzji;
- zamówienia dotyczące usług przekazane niezależnym organom oceniającym polegających na przeprowadzeniu oceny kandydujących ESR zgodnie z kryteriami określonymi w decyzji delegowanej 2014/286/UE⁹ (1 646 638,27 EUR);
- zaproszenie do finansowania kosztów koordynacji zatwierdzonych sieci (4 386 344,15 EUR) oraz
- zaproszenie dotyczące wsparcia rejestrów pacjentów cierpiących na choroby rzadkie na potrzeby ESR (1 979 361,05 EUR).

⁵ https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/juncker-political-guidelines-speech_pl.pdf

⁶ https://ec.europa.eu/commission/commissioners/sites/cwt/files/commissioner_mission_letters/andriukaitis_en.pdf

⁷ Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45–65.

⁸ Dz.U. L 147 z 17.5.2014, s. 79–87.

⁹ Dz.U. L 147 z 17.5.2014, s. 71–78.

Kontekst

Art. 12 ust. 1 dyrektywy 2011/24/UE zawiera wymóg, aby Komisja Europejska wspierała państwa członkowskie w rozwoju ESR¹⁰. W decyzji wykonawczej Komisji 2014/287/UE ustanowiono proces i kryteria w odniesieniu do całego cyklu życia sieci – od zaproszenia do składania wniosków po ich ocenę oraz zatwierdzenie, ustanowienie i ocenę ESR. Agencja Wykonawcza ds. Konsumentów, Zdrowia, Rolnictwa i Żywności (Chafea) wspiera Komisję na wszystkich tych etapach, na przykład poprzez:

- zarządzanie zaproszeniem dotyczącym sieci;
- zapewnienie oceny wszystkich kandydujących sieci oraz
- ukierunkowanie współfinansowania UE na wspieranie finansowania kosztów koordynacji zatwierdzonych sieci w okresie 5 lat (2017–2021).

Cel

ESR mają na celu oferowanie ludziom w UE dostępu do najlepszej wiedzy fachowej oraz często do wiedzy ratującej życie, bez potrzeby podróży do innego państwa.

Środki

Aby wspierać stabilność ESR, zdecydowano o przydzieleniu dotacji na długoterminową współpracę na podstawie ramowych umów o partnerstwie między Chafea a beneficjentami. Roczne współfinansowanie zapewnia się następnie przez podpisanie szczegółowych umów o udzielenie dotacji obejmujących koszty naukowej i technicznej koordynacji sieci. Od czerwca 2017 r. wszystkie 23 ESR podpisały ramowe umowy o partnerstwie oraz dwie rundy rocznych szczegółowych umów o udzielenie dotacji¹¹.

Promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom

Oprócz głównego przedmiotu zainteresowania w opisywanym roku, w ramach kilku działań wspierano **promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom**, koncentrując się w szczególności na najlepszych praktykach dotyczących grup szczególnie wrażliwych – migrantów i uchodźców.

Kontekst

¹⁰ Zgodnie z art. 12 dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej oraz właściwymi środkami wykonawczymi Komisja Europejska opracowała – w drodze zamówienia publicznego na usługi zarządzanego przez Chafea – metodykę i narzędzia techniczne do oceny wniosków dotyczących „Sieci i świadczeniodawców”. Wykonawca uwzględnił wszystkie etapy oceny, od publikacji zaproszenia dotyczącego sieci do ich zatwierdzenia, w tym materiały i metody, które mają być stosowane, oraz oczekiwane produkty końcowe.

¹¹ W AWP 2018 przewidziano wieloletnią dotację w celu uwzględnienia ostatnich 3 lat funkcjonowania sieci. To finansowanie UE wynosi 13 800 000 EUR i będzie trwało do końca lutego 2022 r.

Na podstawie wsparcia finansowego udzielonego w tym obszarze podczas kryzysu migracyjnego w 2015 r. w rocznym programie prac na 2016 r. wspierano stabilność poprzez budowanie zdolności i wdrożenie najlepszych praktyk w świadczeniu opieki dla migrantów i uchodźców w trudnej sytuacji.

Cel

Współfinansowanie UE w tym obszarze ma na celu propagowanie najlepszych praktyk w świadczeniu opieki dla migrantów i uchodźców w trudnej sytuacji.

Środki

W tych ogólnych ramach w AWP 2016 przewidziano współfinansowanie:

- trzech projektów dotyczących zdrowia migrantów: Najlepsze praktyki w świadczeniu opieki na rzecz migrantów i uchodźców w trudnej sytuacji (2 484 164,99 EUR);
- dwóch przetargów dotyczących „Szkoleń dla pracowników służby zdrowia pracujących z migrantami i uchodźcami” (4 107 214 EUR);
- umowy o udzielenie dotacji bezpośrednich ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO), w której to umowie skupiono się na opracowaniu i wdrożeniu wytycznych technicznych w celu wspierania dostępu populacji migrantów do krajowych systemów opieki zdrowotnej (500 000 EUR); oraz
- dotacji na działalność „Sieci usług dla grup szczególnie wrażliwych” (326 808,00 EUR).

Wspomniane trzy projekty dotyczące **zdrowia migrantów** to:

- MigHealthCare, w ramach którego 14 partnerów z 10 państw członkowskich (Austrii, Bułgarii, Cypru, Francji, Niemiec, Grecji, Włoch, Malty, Hiszpanii i Szwecji) opracowuje i testuje pilotażowo kompleksowy zestaw narzędzi w celu zastosowania w praktyce modeli opieki środowiskowej nad migrantami i uchodźcami w trudnej sytuacji, w tym modele prognozowania, przykłady najlepszych praktyk, algorytmy i dopasowane do potrzeb materiały w zakresie zdrowia;
- MyHealth, w ramach którego 11 partnerów z siedmiu państw członkowskich (Republiki Czeskiej, Niemiec, Grecji, Irlandii, Włoch, Hiszpanii i Zjednoczonego Królestwa) opracowuje strategię interwencji w zakresie zdrowia psychicznego oraz chorób zakaźnych i niezakaźnych. W ramach projektu zostanie również uruchomiona platforma oparta na technologiach informacyjno-komunikacyjnych (obejmująca interaktywną mapę unijnych systemów opieki zdrowotnej) w celu wspierania narzędzi i aplikacji dotyczących informacji zdrowotnych zarówno dla pacjentów, jak i dla pracowników służby zdrowia;

- ORAMMA, w ramach którego ośmiu partnerów z czterech państw członkowskich (Grecji, Niderlandów, Szwecji i Zjednoczonego Królestwa) propaguje bezpieczne macierzyństwo i poprawia dostęp do opieki zdrowotnej nad matkami. W ramach tego projektu pilotuje się i ocenia zintegrowane i opłacalne inicjatywy na rzecz bezpiecznego macierzyństwa, skupiając się na kobietach narażonych na szczególne zagrożenia. Ma on również na celu rozszerzenie dobrych praktyk na wszystkie unijne systemy ochrony zdrowia w celu zapewnienia równości między państwami członkowskimi.

W ramach dwóch wspomnianych przetargów dotyczących „Szkoleń dla pracowników służby zdrowia pracujących z migrantami i uchodźcami” (4 107 214 EUR) sfinansowano opracowanie zaawansowanego pakietu szkoleń dotyczących zdrowia psychicznego, wykrywania stresu pourazowego i badań przesiewowych w kierunku chorób zakaźnych u migrantów i uchodźców oraz same kursy szkoleniowe w 10 państwach europejskich (w Bułgarii, Chorwacji, Francji, Grecji, we Włoszech, na Malcie, w Norwegii, Serbii, Słowenii i Hiszpanii).

Projekt ten skierowany jest do pracowników służby zdrowia, funkcjonariuszy organów ścigania i osób szkolących instruktorów. Powinien on prowadzić do lepszego zrozumienia potrzeb populacji migrantów, podniesienia umiejętności osób zaangażowanych w opiekę nad nimi i do pozytywnego wpływu na zdrowie publiczne zarówno w wybranych krajach, jak i w całej UE.

W umowie o udzielenie dotacji bezpośrednich ze Światową Organizacją Zdrowia skupiono się na opracowaniu i wdrożeniu wytycznych technicznych, w tym list kontrolnych, obowiązujących procedur działania (SOP), wskaźników i not informacyjnych dotyczących dobrych praktyk w sześciu priorytetowych kwestiach związanych ze zdrowiem migrantów [zdrowie psychiczne, promowanie zdrowia, choroby niezakaźne, matki i noworodki, zdrowie dzieci (w tym uodpornienie) oraz zdrowie osób starszych] w celu wspierania dostępu populacji migrantów do krajowych systemów opieki zdrowotnej.

Ponadto w ramach AWP 2016 udzielono wsparcia finansowego europejskiej sieci na rzecz zmniejszania podatności na zagrożenia dla zdrowia¹². W ramach tej sieci sporządzono sprawozdanie obserwatorium w sprawie dostępu do opieki zdrowotnej dla osób podatnych na wiele zagrożeń dla zdrowia za rok 2016 (które objęło 31 miast w 12 krajach) oraz sprawozdanie prawne dotyczące dostępu do opieki zdrowotnej za rok 2016 (które objęło 17 państw).

Szczegółowy przegląd wszystkich działań finansowanych w ramach AWP 2016 znajduje się w dokumencie roboczym służb Komisji załączonym do niniejszego sprawozdania.

¹²

Dotacja na działalność „Sieci usług dla grup szczególnie wrażliwych”, ramowa umowa o partnerstwie na lata 2015–2017.

Realizacja Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia

1. Budżet

Ogólny budżet trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) wynosi 449,4 mln EUR. Kwota ta obejmuje 30 mln EUR na koszty operacyjne Agencji Wykonawczej ds. Konsumentów, Zdrowia, Rolnictwa i Żywności (Chafea), która z upoważnienia Komisji zarządza programem. Od 2005 r. Chafea zapewnia Komisji pomoc techniczną, naukową i administracyjną w realizacji Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia¹³. Organizuje ona corocznie zaproszenia do składania wniosków, koordynuje ocenę wniosków oraz negocjuje i podpisuje umowy o udzielenie dotacji i zarządza nimi, a także rozpowszechnia wyniki działań. Jest również odpowiedzialna za szereg procedur zamówień publicznych.

Budżet przewidziany w planie prac dotyczącym AWP 2016¹⁴ wyniósł 62 160 000 EUR, w tym:

- Wydatki operacyjne: 56 451 000 EUR, czyli kwota odpowiadająca linii budżetowej 17 03 01 trzeciego Programu działania Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) (*Zachęcanie do innowacji w dziedzinie zdrowia, poprawa stabilności systemów zdrowotnych oraz ochrona obywateli Unii przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia*).
- Wydatki administracyjne: 1 500 000 EUR czyli kwota odpowiadająca wydatkom na wsparcie linii budżetowej 17 01 04 02 trzeciego Programu działania Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020).
- Udział Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia w budżecie Chafea: 4 209 000 EUR.

Całkowity budżet operacyjny wyniósł 57 992 112 EUR, ponieważ obejmował dodatkowe 1 541 112 EUR środków państw EFTA/EOG oraz środki odzyskane z poprzednich lat budżetowych.

W ramach AWP 2016 rozdysponowano łącznie 56 695 888,83 EUR: Chafea pokryła część tej kwoty w wysokości 48 248 609,99 EUR, a DG SANTE przeznaczyła dodatkowe 8 447 278,84 EUR na część zamówień publicznych i inne działania.

¹³ Decyzja 2004/858/WE z dnia 15 grudnia 2004 r. (Dz.U. L 369 z 16.12.2004, s. 73) zmieniona decyzją 2008/544/WE z dnia 20 czerwca 2008 r. (Dz.U. L 173 z 3.7.2008, s. 27); od grudnia 2014 r. Chafea zastąpiła Agencję Wykonawczą ds. Zdrowia i Konsumentów (EAHC) [decyzja wykonawcza Komisji 2014/927/UE](#).

¹⁴ Decyzja wykonawcza Komisji z dnia 1 marca 2016 r., C(2016) 1158 final.

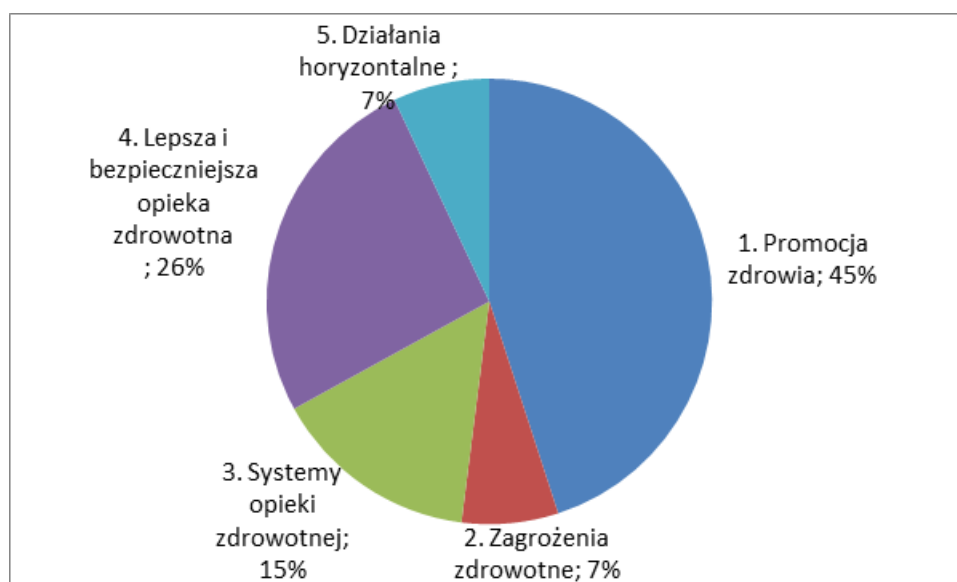
2. Priorytety i mechanizmy finansowania

W 2016 r. łączny rozdysponowany budżet operacyjny (56 695 888,83 EUR) został rozdzielony pomiędzy cztery szczegółowe cele programu w sposób następujący:

1. **Promocja zdrowia: 25 622 317,07 EUR (45 % budżetu operacyjnego w 2016 r.)** na promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i propagowanie środowisk wspierających zdrowy styl życia, przy uwzględnieniu zasady „zdrowie we wszystkich politykach”.
2. **Zagrożenia zdrowotne: 3 947 709,3 EUR (7 %)** na ochronę obywateli UE przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi.
3. **Systemy opieki zdrowotnej: 8 655 656,8 EUR (15 %)** na zwiększanie innowacyjności, efektywności i stabilności systemów opieki zdrowotnej.
4. **Lepsza i bezpieczniejsza opieka zdrowotna: 14 892 153,25 EUR (26 %)** na ułatwianie obywatelom UE dostępu do lepszej i bezpieczniejszej opieki zdrowotnej.

Wartość działań horyzontalnych (IT, komunikacja) wyniosła 3 578 052,41 EUR (7 %).

Wykres 1: Budżet operacyjny w podziale na cele trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia w 2016 r.



- dotacje operacyjne w ramach wsparcia organizacji pozarządowych;
- działania współfinansowane z organami państw członkowskich (wspólne działania);
- umowy bezpośrednio z organizacjami międzynarodowymi;
- zamówienia publiczne; oraz
- inne działania, takie jak wsparcie komitetów naukowych, umowy administracyjne ze Wspólnym Centrum Badawczym i dotacje na konferencje prezydencji.

Przy wyborze inicjatyw do finansowania korzystano z konkurencyjnych procedur wyboru i przyznawania finansowania. Konkurencyjne procedury wyboru i przyznawania finansowania nie są wykorzystywane w przypadku wspólnych działań, umów o udzielenie dotacji bezpośrednich i konferencji organizowanych przez prezydencje Rady, ponieważ w tych przypadkach procedury konkurencyjne są niedozwolone na mocy przepisów szczegółowych lub nie są odpowiednie (na przykład ze względu na istnienie monopolu).

Wydatki administracyjne obejmowały wydatki na badania, spotkania ekspertów, koszty informacji i publikacji oraz pomoc techniczno-administracyjną w zakresie systemów informatycznych.

3. Wykonanie przez mechanizm finansowania

Rodzaj mechanizmu finansowania	Wykonanie (w EUR)	Udział mechanizmu w łącznym wykonanym budżecie
Zaproszenia do składania wniosków:	18 323 884,19	32,3 %
Dotacje na projekty	8 795 212,04	15,5 %
Szczegółowe umowy o udzielenie dotacji dla Europejskiej Sieci Referencyjnej (ESR) na podstawie ramowej umowy o partnerstwie w podziale na cele	4 386 344,15	7,7 %
Dotacje operacyjne	5 142 328,00	9,1 %
Dotacje na wspólne działania	14 376 881,83	25,4 %
Dotacje na konferencje dla państw członkowskich sprawujących prezydencję w UE	141 780,43	0,3 %
Umowy o udzielenie dotacji bezpośrednich	4 450 000,00	7,8 %
Zamówienia (zamówienia publiczne na usługi)	16 089 842,38	28,3 %
<i>Objęte zarządzaniem Chafea</i>	10 456 063,54	18,4 %
<i>Objęte zarządzaniem DG SANTE</i>	5 633 778,84	9,9 %
Pozostałe działania	3 313 500	5,9 %
<i>Objęte zarządzaniem Chafea</i>	500 000,00	0,9 %

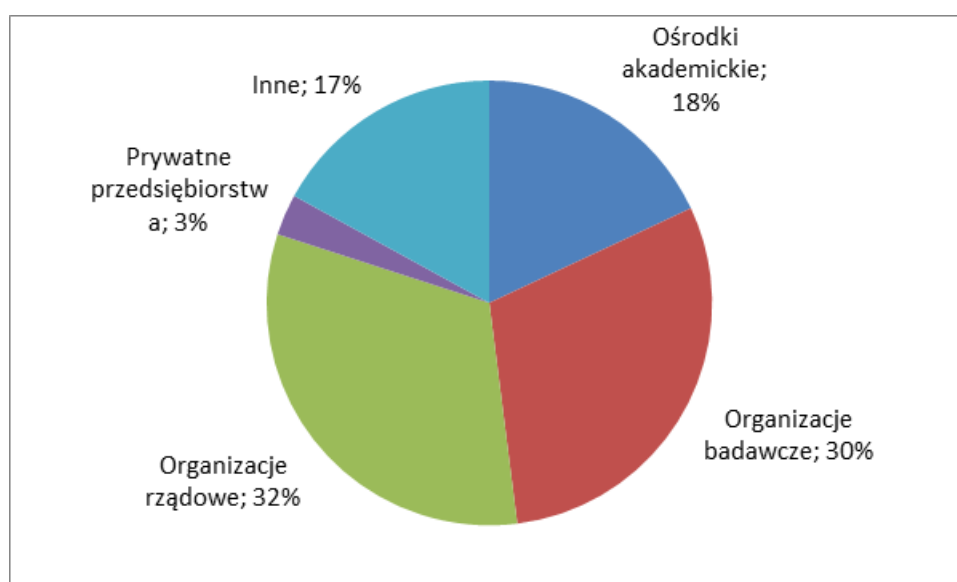
<i>Objęte zarządzaniem DG SANTE</i>	2 813 500,00	5 %
Wykonany budżet AWP 2016	56 695 888,83	97,76 %
Łączny dostępny budżet AWP 2016	57 992 112,00	
Środki niewykorzystane ¹⁵		
<i>przez Chafea</i>	1 282 128,59	2,22 %
<i>przez DG SANTE</i>	14 094,58	0,02 %

4. Beneficjenci

W 2016 r. podpisano ponad 200¹⁶ różnych dotacji i umów z różnymi beneficjentami i usługodawcami: organizacjami rządowymi i pozarządowymi, instytucjami szkolnictwa wyższego i przedsiębiorstwami prywatnymi.

Kategoria „inne” obejmuje beneficjentów takich jak podmioty świadczące usługi opieki zdrowotnej oraz organizacje międzynarodowe. Wykres 3 przedstawia przegląd poszczególnych grup beneficjentów.

Wykres 3: Rodzaje beneficjentów w ramach trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia w 2016 r.



¹⁵ Różnice między środkami dostępnymi do wykorzystania tylko w 2016 r. a rzeczywiście zakontraktowanymi kwotami.

¹⁶ Nie obejmuje to umów z indywidualnymi ekspertami, np. uczestniczącymi w komitetach naukowych.

Udoskonalenia

Wsparcie w ramach programu na rzecz ESR pobudziło innowacje w świadczeniu opieki zdrowotnej i zwiększyło dostęp do opieki wysokiej jakości w całej UE.

Chafea korzystała ze wszystkich dostępnych jej narzędzi upraszczających w celu usprawnienia wkładu finansowego UE w ESR. Przyznawanie ramowych umów o partnerstwie i późniejszych dotacji szczegółowych ułatwi wdrażanie i sprawozdawczość oraz zapewni ESR stabilne ramy operacyjne.

Kluczowe działania w ramach programu promowania zdrowia i profilaktyki były współfinansowane z właściwymi organami w państwach członkowskich (wspólne działania). Liczba uczestników tych wspólnych działań¹⁷ odzwierciedla zainteresowanie państw członkowskich aktywnym zaangażowaniem we wspólne inicjatywy w dziedzinach ograniczenia użycia tytoniu, zapobiegania HIV/AIDS, gruźlicy i wirusowemu zapaleniu wątroby oraz chorobom przewlekłym.

Po pracy wykonanej w 2015 r. Chafea – w ścisłej współpracy z DG SANTE oraz siecią krajowych punktów kontaktowych dla Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia – nadal inwestowała znaczną ilość zasobów w działania związane z informowaniem i rozpowszechnianiem. Chafea zorganizowała szereg warsztatów, współpracowała przy najważniejszych konferencjach krajowych i międzynarodowych, a także była organizatorem pojedynczych wydarzeń we współpracy z krajowymi organami państw UE. Opracowała również serię broszur i arkuszy informacyjnych na temat kluczowych obszarów priorytetowych Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia. Więcej szczegółów dotyczących działań w zakresie rozpowszechniania w 2016 r. przedstawiono w dokumencie roboczym służb Komisji.

W celu monitorowania realizacji Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia po zmierzeniu postępów poczynionych zgodnie z systemem CORDA¹⁸ nastąpi analiza informacji zwrotnych na temat wyników programu i jego potencjalnego wpływu.

W związku z tym, że większość działań znajduje się wciąż na wczesnym etapie, konkretne wyniki nie są jeszcze dostępne. Głębszy wgląd w ogólny wpływ programu będzie możliwy dopiero po zakończeniu pierwszej generacji współfinansowanych działań. Niemniej jednak plan wieloletni opracowany na samym początku realizacji trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia zapewnia ciągłość i spójność między poszczególnymi rodzajami dostępnych instrumentów

¹⁷ W 2016 r. na jedno wspólne działanie przypadało od 27 do 44 partnerów (beneficjentów, bez uwzględniania jednostek stowarzyszonych), co okazało się wyzwaniem w kontekście ogólnego zarządzania nimi i ich koordynacji, ponieważ wszyscy partnerzy musieli podpisać umowę o udzielenie dotacji.

¹⁸ System CORDA skupia zgromadzone dane na temat wszystkich działań objętych zarządzaniem Chafea i monitorowanych za pomocą narzędzi elektronicznych programu „Horyzont 2020”. System ten, wdrożony przez wspólne centrum wsparcia europejskiego programu w zakresie badań naukowych i innowacji, jest kluczowym źródłem informacji zwrotnych dotyczących realizacji głównych celów i priorytetów programu oraz rodzajów działań i organizacji objętych współfinansowaniem.

finansowania. ESR stanowią tego wyraźny przykład, ponieważ ich wsparcie zostało zoptymalizowane poprzez dostosowanie zamówień publicznych (oceny świadczeniodawców i ESR), dotacji na projekty (na prowadzenie rejestrów pacjentów), wspólnych działań (dotyczących chorób rzadkich i Orphanet) i szczegółowych dotacji na podstawie ramowej umowy o partnerstwie przeznaczonych na koordynację sieci.