



Bruxelas, 5.8.2019
COM(2019) 365 final

RELATÓRIO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU E AO CONSELHO

Execução do terceiro programa de ação da União no domínio da saúde em 2016

{SWD(2019) 316 final}

Introdução

O presente relatório apresenta a execução do programa de trabalho anual de 2016 (PTA 2016), ao abrigo do terceiro programa de saúde 2014-2020 estabelecido pelo Regulamento (UE) n.º 282/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de março de 2014¹.

Em conformidade com o artigo 13.º, n.º 1, do Regulamento, a Comissão deve apresentar ao Comité do Programa de Saúde um relatório sobre a execução de todas as ações financiadas no âmbito do programa e manter informados o Parlamento Europeu e o Conselho. O presente relatório fornece informações pormenorizadas sobre o orçamento de 2016 e como foi utilizado.

O documento de trabalho dos serviços da Comissão que acompanha o presente relatório indica exemplos das principais ações cofinanciadas ao abrigo do segundo² e do terceiro programas de saúde cujos resultados definitivos ficaram disponíveis em 2016. Inclui ações sobre os principais temas (tais como doenças raras e Redes Europeias de Referência, coordenação dos cuidados de saúde, registos, segurança da saúde — sobretudo à luz da epidemia de Ébola e do tabagismo) que foram incluídos em sucessivas decisões de financiamento. Além disso, inclui um quadro com uma panorâmica pormenorizada de todas as atividades e contratos cofinanciados.

O PTA 2016 concentrou-se na criação e na prestação de apoio às Redes Europeias de Referência³ estabelecidas ao abrigo da Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços⁴. As Redes Europeias de Referência são redes virtuais de prestadores de cuidados de saúde da UE que combatem doenças e afeções complexas ou raras.

Além disso, o PTA 2016 tinha um forte enfoque no objetivo 1 – «promoção da saúde, prevenção de doenças e promoção de ambientes propícios a estilos de vida saudáveis, tendo em conta o princípio da saúde em todas as políticas», com os tópicos prioritários a abordarem os principais fatores do estilo de vida (álcool, tabaco, drogas), a prevenção e gestão de doenças crónicas e problemas relacionados com a saúde dos migrantes e refugiados.

A Comissão monitoriza de perto a execução do terceiro programa de saúde e assegura uma divulgação mais ampla dos seus resultados. Além disso, incentiva todos os Estados-Membros e países terceiros que contribuem para o programa a participarem nas suas ações e a criarem ligações com outros programas relevantes de financiamento da UE, tais como o Horizonte 2020.

¹ JO L 86 de 21.3.2014, p. 1.

² JO L 301 de 20.11.2007, p. 3.

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

⁴ JO L 88 de 4.4.2011, p 45.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Principais temas de 2016.....	3
Execução do programa de saúde	6
1. Orçamento	7
2. Prioridades e mecanismos de financiamento.....	7
3. Execução por mecanismo de financiamento.....	10
4. Beneficiários	10
Melhorias.....	11

Principais temas de 2016

O PTA 2016 visa contribuir para as prioridades da Comissão no domínio da saúde, conforme delineadas nas orientações políticas do Presidente⁵ e na carta de missão do Comissário responsável pela saúde e segurança dos alimentos⁶.

Redes Europeias de Referência

A iniciativa de saúde prioritária ao abrigo do PTA 2016 consistia na criação das **Redes Europeias de Referência** (RER) em conformidade com: a) a Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços⁷; e b) a política da UE relativa às doenças raras.

As RER são redes virtuais que envolvem mais de 900 prestadores de cuidados de saúde em toda a UE. Visam fazer face a doenças e afeções complexas ou raras que requerem cuidados altamente especializados e uma concentração de conhecimentos e recursos.

Várias medidas de financiamento foram utilizadas para apoiar as RER em 2016, ascendendo a mais de 8 milhões de EUR (8 012 343,47 EUR), entre as quais se contam:

- um convite à apresentação de candidaturas para RER conforme estipulado no artigo 2.º da Decisão de Execução 2014/287/UE⁸, seguido da aprovação dos prestadores de cuidados de saúde individuais e das redes como um todo através de uma decisão correspondente do Conselho de Estados-Membros, conforme estipulado no artigo 5.º da Decisão,
- pedidos de serviço para os organismos de avaliação independentes avaliarem RER candidatas em conformidade com os critérios estabelecidos na Decisão Delegada 2014/286/UE⁹ (1 646 638,27 EUR),
- um convite para o financiamento dos custos de coordenação das redes aprovadas (4 386 344,15 EUR), e
- um convite para apoio dos registos de doentes com doenças raras para as RER (1 979 361,05 EUR).

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

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

⁷ JO L 88 de 4.4.2011, p 45.

⁸ JO L 147 de 17.5.2014, p 79.

⁹ JO L 147 de 17.5.2014, p 71.

Contexto

O artigo 12.º, n.º 1, da Diretiva 2011/24/UE exige que a Comissão Europeia apoie os Estados-Membros na criação de RER¹⁰. A Decisão de Execução 2014/287/UE da Comissão estabelece o processo e os critérios para todo o ciclo de vida das redes, desde o convite à apresentação de propostas à apreciação, aprovação, estabelecimento e avaliação das RER. A Agência de Execução para os Consumidores, a Saúde, a Agricultura e a Alimentação (Chafea) tem apoiado a Comissão em todas estas etapas, por exemplo, através do seguinte:

- gestão do convite para as redes,
- garantia da avaliação de todas as redes candidatas, e
- canalização do cofinanciamento da UE para apoiar os custos de coordenação das redes aprovadas durante 5 anos (2017-2021).

Objetivo

As RER visam oferecer às pessoas na UE o acesso aos melhores conhecimentos especializados e, muitas vezes, a conhecimentos que salvam vidas, sem terem de se deslocar a outro país.

Meios

Para apoiar a sustentabilidade das RER, decidiu-se atribuir subvenções para uma cooperação de longa duração através de acordos-quadro de parceria (AQP) entre a Chafea e os beneficiários. O cofinanciamento anual é, desse modo, assegurado pela assinatura de convenções de subvenção específicas (CSE) que cobrem os custos de coordenação científica e técnica das redes. Em junho de 2017, todas as 23 RER tinham assinado AQP e dois ciclos de CSE anuais¹¹.

Promoção da saúde e prevenção de doenças

Além do principal enfoque do ano, várias ações apoiaram a **promoção da saúde e a prevenção de doenças**, concentrando-se, em particular, nas melhores práticas relativamente aos grupos vulneráveis de migrantes e refugiados.

Contexto

Com base no apoio financeiro proporcionado nesta área durante a crise de migração de 2015, o programa de trabalho anual de 2016 promoveu a sustentabilidade através do desenvolvimento de

¹⁰ Nos termos do artigo 12.º da Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços e das medidas de execução relevantes, a Comissão Europeia desenvolveu — através de um contrato de serviço gerido pela Chafea — a metodologia e as ferramentas técnicas para avaliar as propostas de «redes e prestadores de cuidados de saúde». O contratante abordou todas as etapas de avaliação, desde a publicação do convite para as redes à aprovação das mesmas, incluindo os materiais e métodos a serem utilizados e os produtos finais esperados.

¹¹ O PTA 2018 prevê uma subvenção plurianual para abranger os últimos 3 anos do funcionamento das redes. Este financiamento da UE ascende a 13 800 000 EUR e decorre até finais de fevereiro de 2022.

capacidades e da aplicação de melhores práticas na prestação de cuidados de saúde aos migrantes e refugiados vulneráveis.

Objetivo

O cofinanciamento da UE nesta área visa promover as melhores práticas na prestação de cuidados de saúde aos migrantes e refugiados vulneráveis.

Meios

Dentro deste quadro global, o PTA 2016 cofinanciou:

- três projetos no domínio da «Saúde dos migrantes: melhores práticas na prestação de cuidados de saúde aos migrantes e refugiados vulneráveis» (2 484 164,99 EUR),
- dois concursos no domínio da «Formação para profissionais de saúde que trabalham com migrantes e refugiados» (4 107 214 EUR),
- uma convenção de subvenção direta com a Organização Mundial de Saúde (OMS) centrada no desenvolvimento e na adoção de orientações técnicas com vista a apoiar o acesso da população migrante aos sistemas nacionais de saúde (500 000 EUR), e
- uma subvenção de funcionamento para a «Rede de Vulnerabilidade» (326 808,00 EUR).

Os três projetos no domínio da **saúde dos migrantes** são os seguintes:

- MigHealthCare, no qual 14 parceiros de 10 Estados-Membros (Áustria, Bulgária, Chipre, França, Alemanha, Grécia, Itália, Malta, Espanha e Suécia) estão a desenvolver e a realizar um teste piloto de uma caixa de ferramentas abrangente para pôr em prática modelos de cuidados de proximidade para migrantes e refugiados vulneráveis, incluindo modelos de previsões, exemplos de melhores práticas, algoritmos e materiais de saúde à medida,
- MyHealth, no qual 11 parceiros de sete Estados-Membros (República Checa, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Espanha e Reino Unido) estão a desenvolver estratégias de intervenção na saúde para a saúde mental e doenças transmissíveis e não transmissíveis. O projeto também estabelecerá uma plataforma baseada nas TIC (incluindo um mapa interativo dos sistemas de saúde da UE) para apoiar ferramentas e aplicações de informações de saúde, tanto para os doentes como para os profissionais de cuidados de saúde,
- ORAMMA, no qual oito parceiros de quatro Estados-Membros (Grécia, Países Baixos, Suécia e Reino Unido) promovem uma maternidade sem risco e melhoram o acesso a cuidados de saúde maternos. O projeto testa e avalia iniciativas integradas e eficazes em termos de custos para uma maternidade sem risco, concentrando-se nas mulheres com determinados riscos.

Além disso, visa alargar as boas práticas aos sistemas de saúde da UE para assegurar igualdade entre os Estados-Membros.

Os dois concursos no domínio da «Formação para profissionais de saúde que trabalham com migrantes e refugiados» (4 107 214 EUR) financiaram o desenvolvimento de um pacote de formação avançada sobre saúde mental, deteção de stress pós-traumático e rastreio de doenças transmissíveis nos migrantes e refugiados, bem como os próprios cursos de formação em 10 países europeus (Bulgária, Croácia, França, Grécia, Itália, Malta, Noruega, Sérvia, Eslovénia e Espanha).

O projeto é dirigido aos profissionais de saúde, agentes da autoridade e formadores de formadores. Deverá suscitar uma melhor compreensão das necessidades da população migrante, o reforço das competências das pessoas que prestam cuidados a essas populações e um impacto positivo na saúde pública, tanto nos países selecionados como na UE como um todo.

A convenção de subvenção direta com a OMS centra-se no desenvolvimento e adoção de orientações técnicas, incluindo listas de controlo, procedimentos operativos normalizados (PON), indicadores de boas práticas e fichas informativas, referentes a 6 problemas prioritários da saúde dos migrantes [saúde mental, promoção da saúde, doenças não transmissíveis, mãe e recém-nascido, saúde da criança (incluindo a imunização) e saúde dos idosos], com vista a apoiar o acesso da população migrante aos sistemas nacionais de saúde.

Por fim, o PTA 2016 proporcionou apoio financeiro à rede europeia para a redução de vulnerabilidades na saúde¹². Esta rede produziu o relatório do Observatório de 2016 sobre o acesso a cuidados de saúde pelas pessoas que enfrentam múltiplas vulnerabilidades na saúde (abrangendo 31 cidades em 12 países) e o relatório jurídico de 2016 sobre o acesso a cuidados de saúde (abrangendo 17 países).

Uma panorâmica pormenorizada de todas as ações financiadas ao abrigo do PTA 2016 consta do documento de trabalho dos serviços da Comissão que acompanha o presente relatório.

Execução do programa de saúde

1. Orçamento

O orçamento global para o terceiro programa de saúde 2014-2020 é de 449,4 milhões de EUR. Este montante inclui 30 milhões de EUR para os custos operacionais da Agência de Execução para os

¹²

Subvenção de funcionamento para a Rede de Vulnerabilidade, AQP 2015-2017.

Consumidores, a Saúde, a Agricultura e a Alimentação (Chafea), à qual a Comissão mandatou a gestão do programa. A Chafea tem vindo a prestar assistência técnica, científica e administrativa à Comissão no âmbito da execução do programa de saúde desde 2005¹³. A agência organiza convites anuais à apresentação de propostas, coordena a avaliação das propostas, negocia, assina e gere as respetivas convenções de subvenção e divulga os resultados das ações. É igualmente responsável por muitos procedimentos de adjudicação de contratos.

O orçamento previsto no plano de trabalho para o PTA 2016¹⁴ foi de 62 160 000 EUR, repartidos do seguinte modo:

- despesas operacionais: 56 451 000 EUR, correspondendo à rubrica orçamental 17 03 01 do terceiro programa de saúde da UE (2014-2020) («Incentivo à inovação em matéria de saúde, aumento da sustentabilidade dos sistemas de saúde e proteção dos cidadãos da União contra as ameaças transfronteiriças graves em matéria de saúde»),
- despesas administrativas: 1 500 000 EUR, correspondendo à despesa para apoiar a rubrica orçamental 17 01 04 02 do terceiro programa de saúde da UE (2014-2020),
- contribuição do programa de saúde para o orçamento da Chafea: 4 209 000 EUR.

O orçamento operacional total ascendeu aos 57 992 112 EUR visto que incluía 1 541 112 EUR em dotações e dotações de recuperação da EFTA/EEE de exercícios orçamentais anteriores.

Foi autorizado um montante total de 56 695 888,83 EUR ao abrigo do PTA 2016: deste montante, a Chafea cobriu 48 248 609,99 EUR, ao passo que a DG SANTE autorizou 8 447 278,84 EUR, abrangendo parte da adjudicação de contratos e de outras ações.

2. Prioridades e mecanismos de financiamento

Em 2016, o orçamento operacional total autorizado (56 695 888,83 EUR) foi dividido entre os quatro objetivos específicos do programa do seguinte modo:

1. **Promoção da saúde: 25 622 317,07 EUR** (45 % do orçamento operacional em 2016) para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a promoção de ambientes propícios a estilos de vida saudáveis, tendo em conta o princípio da «saúde em todas as políticas»;

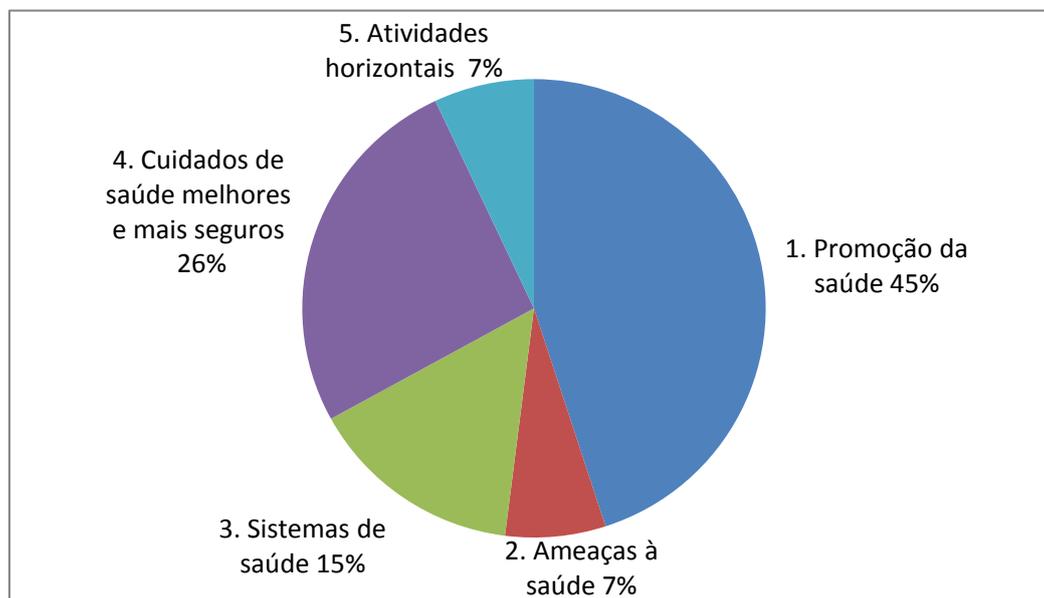
¹³ Decisão 2004/858/CE da Comissão, de 15 de dezembro de 2004 (JO L 369 de 16.12.2004, p. 73), com a redação que lhe foi dada pela Decisão 2008/544/CE da Comissão, de 20 de junho de 2008 (JO L 173 de 3.7.2008, p. 27). Em dezembro de 2014, a CHAFEA substituiu a Agência de Execução para a Saúde e os Consumidores (EAHC) [Decisão de Execução da Comissão 2014/927/UE](#).

¹⁴ Decisão de Execução da Comissão C(2016) 1158 final, de 1.3.2016.

2. **Ameaças para a saúde:** 3 947 709,3 EUR (7 %) para proteger os cidadãos da UE de ameaças sanitárias transfronteiriças graves;
3. **Sistemas de saúde:** 8 655 656,8 EUR (15 %) para contribuir para sistemas de saúde inovadores, eficientes e sustentáveis;
4. **Cuidados de saúde melhores e mais seguros:** 14 892 153,25 EUR (26 %) para facilitar o acesso a cuidados de saúde melhores e mais seguros para os cidadãos da UE.

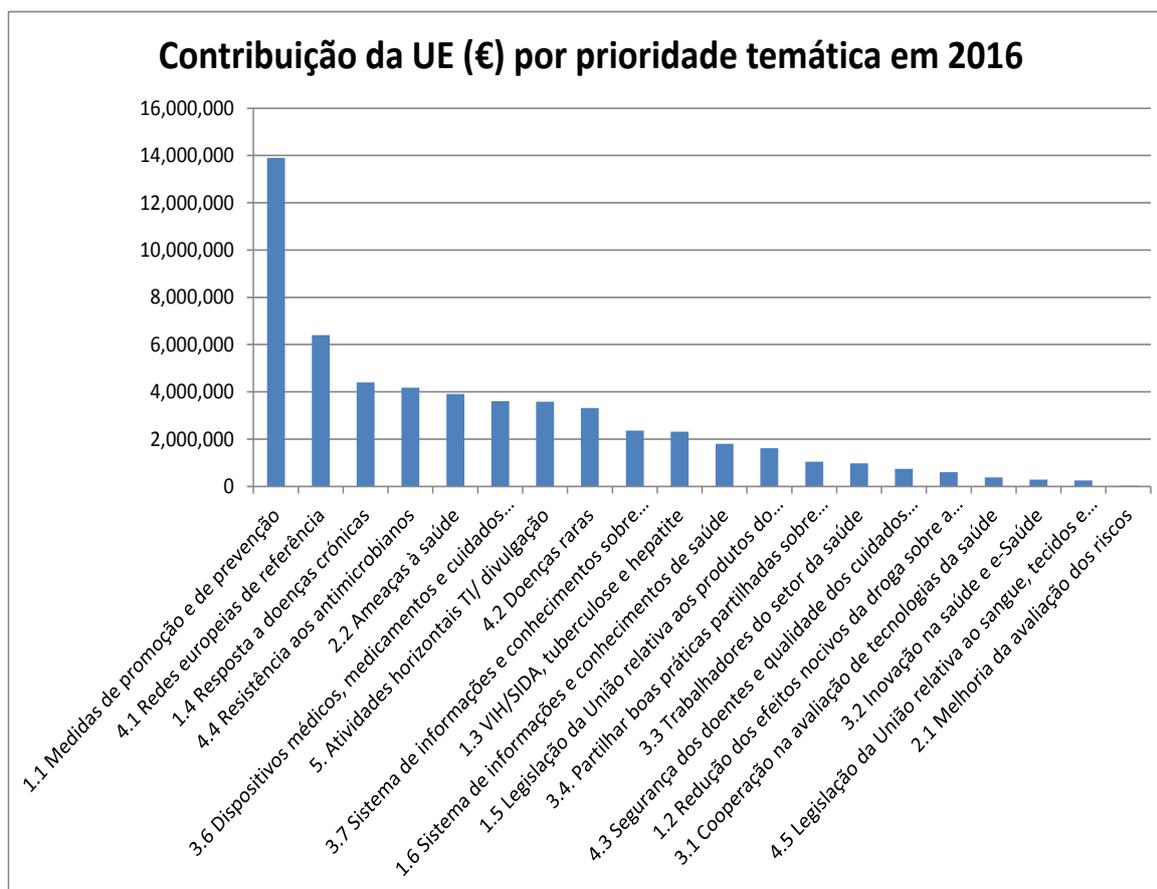
As **atividades horizontais** (TI, comunicação) ascenderam a 3 578 052,41 EUR (7 %).

Figura 1: Orçamento operacional por objetivo do terceiro programa de saúde em 2016



O gráfico seguinte fornece informações sobre as dotações do programa de saúde investidas como contribuição da UE nas diferentes prioridades temáticas no ano de 2016.

Figura 2: Orçamento operacional por prioridade temática em 2016



Para alcançar estes objetivos, o programa engloba uma vasta gama de instrumentos de financiamento, a saber:

- subvenções a projetos, incluindo as CSE para as RER,
- subvenções de funcionamento para apoio de organizações não governamentais,
- ações cofinanciadas com as autoridades dos Estados-Membros (ações conjuntas),
- acordos diretos com organizações internacionais,
- contratação pública, e
- outras ações, tais como o apoio aos comités científicos, acordos administrativos com o Centro Comum de Investigação e subvenções para conferências da presidência do Conselho.

Foram utilizados procedimentos concorrenciais de seleção e de adjudicação para selecionar as iniciativas a financiar. Os procedimentos concorrenciais de seleção e de adjudicação não são utilizados no caso das ações conjuntas, das convenções de subvenção direta e das conferências organizadas pelas presidências do Conselho, porque, em tais casos, os procedimentos concorrenciais não estão

autorizados ao abrigo das regras específicas ou não são adequados (por exemplo, devido a uma situação de monopólio).

As dotações administrativas cobriram despesas como estudos, reuniões de peritos, despesas de informação e publicação, bem como assistência técnica e administrativa para sistemas informáticos.

3. Execução por mecanismo de financiamento

Tipo de mecanismo de financiamento	Execução (EUR)	Percentagem do mecanismo no orçamento total executado
Convites à apresentação de propostas:	18 323 884,19	32,3 %
Subvenções a projetos	8 795 212,04	15,5 %
CSE das Redes Europeias de Referência (RER) ao abrigo de AQP por objetivo	4 386 344,15	7,7 %
Subvenções de funcionamento	5 142 328,00	9,1 %
Subvenções para ações conjuntas	14 376 881,83	25,4 %
Subvenções para conferências para os Estados-Membros que exercem a Presidência da UE	141 780,43	0,3 %
Convenções de subvenção direta	4 450 000,00	7,8 %
Adjudicação de contratos (contratos de serviços)	16 089 842,38	28,3 %
<i>Gerido pela CHAFEA</i>	10 456 063,54	18,4 %
<i>Gerido pela DG SANTE</i>	5 633 778,84	9,9 %
Outras ações	3 313 500	5,9 %
<i>Gerido pela CHAFEA</i>	500 000,00	0,9 %
<i>Gerido pela DG SANTE</i>	2 813 500,00	5 %
Orçamento executado do PTA 2016	56 695 888,83	97,76 %
Orçamento disponível total do PTA 2016	57 992 112,00	
Dotações não utilizadas¹⁵		
<i>pela CHAFEA</i>	1 282 128,59	2,22 %
<i>pela DG SANTE</i>	14 094,58	0,02 %

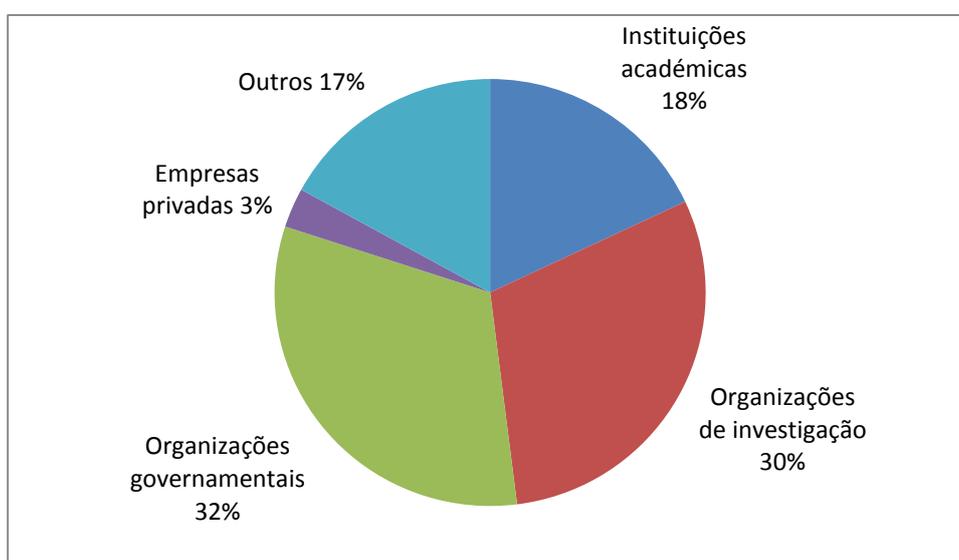
¹⁵ Diferenças entre as dotações disponíveis para utilização apenas em 2016 e os montantes efetivamente contratados.

4. Beneficiários

Em 2016, mais de 200¹⁶ subvenções e contratos diferentes foram assinados com diversos beneficiários e prestadores de serviços, desde organizações governamentais e não governamentais a instituições académicas e empresas privadas.

A categoria «outros» inclui beneficiários como, por exemplo, prestadores de cuidados de saúde e organizações internacionais. A figura 3 apresenta uma panorâmica geral dos diferentes grupos de beneficiários.

Figura 3: Tipos de beneficiários do terceiro programa de saúde em 2016



Melhorias

O apoio do programa às RER tem estimulado a inovação na prestação de cuidados de saúde e aumentado o acesso a cuidados de saúde de qualidade em toda a UE.

A Chafea utilizou todas as ferramentas de simplificação à sua disposição para racionalizar a contribuição financeira da UE para as RER. A concessão de AQP e das subsequentes subvenções específicas facilitará a execução e a elaboração de relatórios e proporcionará um quadro operacional estável às RER.

¹⁶ Excluem-se os contratos celebrados com peritos individuais como, por exemplo, os que participam nos comités científicos.

As ações mais importantes ao abrigo do objetivo do programa de promoção da saúde e prevenção de doenças foram cofinanciadas com as autoridades competentes dos Estados-Membros (ações conjuntas). O número de participantes nestas ações conjuntas¹⁷ reflete o interesse dos Estados-Membros de se envolverem ativamente em iniciativas conjuntas nas áreas da luta antitabaco, da prevenção do VIH/SIDA, tuberculose e hepatite viral e das doenças crónicas.

No seguimento do trabalho realizado em 2015, a Chafea continuou a investir bastante em atividades de informação e divulgação, em estreita colaboração com a DG SANTE e a rede de pontos focais nacionais do programa de saúde. A Chafea organizou vários workshops, colaborou em conferências nacionais e internacionais de grande envergadura e organizou eventos isolados, em colaboração com as autoridades nacionais de países da UE. Além disso, elaborou uma série de brochuras e fichas informativas sobre as principais áreas prioritárias do programa de saúde. O documento de trabalho dos serviços da Comissão fornece mais pormenores sobre as atividades de divulgação de 2016.

Para monitorizar a execução do programa de saúde, o progresso realizado segundo o sistema CORDA¹⁸ será seguido de uma análise dos dados sobre os resultados finais e o potencial impacto do programa.

Visto que a maior parte das ações estão ainda numa fase inicial, por enquanto não existem resultados concretos. Só estarão disponíveis informações mais pormenorizadas sobre o impacto global do programa quando a primeira geração de ações cofinanciadas estiver concluída. Não obstante, o plano plurianual desenvolvido no arranque do terceiro programa de saúde assegura a continuidade e coerência entre os diferentes tipos de instrumentos de financiamento disponíveis. As RER são um claro exemplo, dado que o apoio que recebem foi otimizado através do alinhamento da adjudicação de contratos (avaliação de prestadores de cuidados de saúde e RER), das subvenções a projetos (para trabalho relativo aos registos de doentes), das ações conjuntas (sobre doenças raras e o ORPHANET) e das subvenções específicas ao abrigo de um AQP para a coordenação das redes.

¹⁷ Em 2016, havia entre 27 e 44 parceiros (beneficiários, entidades afiliadas não incluídas) por cada ação conjunta, o que constituiu um desafio para a respetiva gestão e coordenação globais, visto que todos os parceiros tinham de assinar a convenção de subvenção.

¹⁸ O CORDA centraliza os dados recolhidos para todas as ações geridas pela Chafea e monitorizadas através da utilização de ferramentas eletrónicas do H2020. Implementado pelo Centro de Apoio Comum à Investigação e Inovação, é a principal fonte de informação e fornece dados sobre a consecução dos objetivos e prioridades do programa, os tipos de ação e os tipos de organização cofinanciados.