

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „Wniosek dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2021–2027 oraz uchylecia rozporządzenia (UE) nr 282/2014 (»Program UE dla zdrowia«)”

[COM(2020) 405 final – 2020/0102 (COD)]

(2020/C 429/32)

Sprawozdawca generalny: **Antonello PEZZINI (IT-I)**

Współsprawozdawca generalny: **Alain COHEUR (BE-III)**

Wniosek o konsultację	Parlament Europejski, 17.6.2020 Rada, 10.6.2020
Podstawa prawna	Art. 304 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej
Decyzja Zgromadzenia Plenarnego	9.6.2020
Sekcja odpowiedzialna	Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa
Data przyjęcia na sesji plenarnej	18.9.2020
Sesja plenarna nr	554
Wynik głosowania	218/0/2
(za/przeciw/wstrzymało się)	

1. Wnioski i zalecenia

1.1. EKES podkreśla, że pandemia koronawirusa w większym niż kiedykolwiek stopniu uwydatniła znaczenie zwiększenia roli Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia, jej zdolności reagowania, zarządzania i koordynacji oraz jej kompetencji za pośrednictwem „Unii Europejskiej na rzecz zdrowia”, tak by ulżyć w cierpieniu obywatelom i podmiotom sektora opieki zdrowotnej, w tym personelowi medycznemu i paramedycznemu działającemu na pierwszej linii, oraz spełnić ich oczekiwania co do skutecznej europejskiej polityki zdrowia publicznego, z uwzględnieniem współdziałania na szczeblu europejskim, krajowym i regionalnym poprzez „wielopoziomowe sprawowanie rządów” ⁽¹⁾.

1.2. EKES z zadowoleniem przyjmuje wniosek Komisji Europejskiej z maja 2020 r. w sprawie „Programu UE dla zdrowia”, przewidujący uruchomienie specjalnych środków, zarówno w ramach instrumentu odbudowy Next Generation EU, jak i wieloletnich ram finansowych na lata 2021–2027. Jednocześnie ubolewa nad cięciami budżetu dokonanymi przez Radę Europejską w lipcu 2020 r., podczas gdy w perspektywie krótko- i długoterminowej sektor zdrowia publicznego musi sprostać złożonym wyzwaniom politycznym, społecznym, gospodarczym, cyfrowym i środowiskowym, które wymagają innowacyjnych, przekrojowych i zintegrowanych działań oraz znaczących inwestycji strategicznych (w dziedzinie społecznej i zdrowotnej).

1.2.1. Zdaniem EKES-u „Europa à la carte” ⁽²⁾ (tak zwana „Europa wielu prędkości”) nie może stać się sposobem reagowania na bieżące wyzwania wykraczające poza granice państw i nie umożliwi działania na rzecz ambitnego i solidarnego projektu integracji europejskiej opartego na „jedności w różnorodności”, w oparciu o wspólne cele współpracy.

1.3. EKES wzywa instytucje europejskie i państwa członkowskie do wykazania się wolą polityczną w odniesieniu do paktu na rzecz przyszłości Europy w zakresie zdrowia, zgodnie z podstawowymi wartościami Unii Europejskiej, w tym z europejską solidarnością, oraz zobowiązaniami podjętymi na szczeblu międzynarodowym (cele zrównoważonego rozwoju, promowanie praw człowieka i stosowanie konwencji międzynarodowych) i europejskim (priorytety niemieckiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, urzeczywistnienie Europejskiego filaru praw socjalnych).

1.4. EKES wzywa Parlament Europejski, jako współprawodawcę, do przeprowadzenia negocjacji z Radą w sprawie zwiększenia środków finansowych na program dla zdrowia i inne instrumenty stosowane w synergii w dziedzinie zdrowia (badania, spójność i współpraca transgraniczna), a także do wykorzystania funduszy Europejskiego Mechanizmu Stabilności w celu odejścia od polityki oszczędnościowej.

⁽¹⁾ Komitet Regionów, Karta wielopoziomowego sprawowania rządów.

⁽²⁾ EUR-Lex.

1.5. EKES nalega, by podczas realizacji programu szczególną uwagę poświęcono zwalczaniu nierówności społecznych w dziedzinie zdrowia, dostępowi do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, ciągłości opieki (w tym transgranicznej) we wszystkich okolicznościach, wspieraniu i konsolidacji systemów opieki zdrowotnej o powszechnym zasięgu, a także opracowaniu wielowymiarowego europejskiego działania w dziedzinie zdrowia publicznego, w powiązaniu z zasadami Europejskiego filaru praw socjalnych, w tym opieki zdrowotnej, włączenia osób z niepełnosprawnościami i opieki długoterminowej.

1.5.1. W szczególności wzywa do przyjęcia europejskich wytycznych w celu zaspokojenia potrzeb osób znajdujących się w najtrudniejszym położeniu, a mianowicie osób w niepewnej sytuacji, osób starszych i osób z niepełnosprawnościami, zwłaszcza tych zmuszonych do przebywania w wieloosobowych ośrodkach, które dotkliwie ucierpiały wskutek pandemii i jej konsekwencji.

1.5.2. Szczególną uwagę należy poświęcić wzmocnieniu praw osób starszych i osób z niepełnosprawnością oraz, w szczególności, określeniu wspólnych ram oceny łączących zindywidualizowane planowanie, preferencję w kierunku opieki domowej lub małych domów opieki, kryteria jakościowe i kryteria dostępności w odniesieniu do opieki stacjonarnej i opieki długoterminowej, których takie osoby potrzebują. Bardzo wysoki wskaźnik śmiertelności w wielu ośrodkach dla osób starszych i osób z niepełnosprawnością musi zwiększyć świadomość tego, że konieczna jest poprawa zarządzania takimi placówkami, co jest kwestionowane w wielu krajach UE. Ogólnie rzecz biorąc, należy dokonać przeglądu całej polityki wspierania osób starszych, między innymi w kontekście prac Komisji Europejskiej nad skutkami zmian demograficznych w Europie. Podobnie jak w przypadku prac dotyczących konkretnych uwarunkowań zdrowotnych, EKES wzywa do opracowania jasnych i innowacyjnych wytycznych, które w centrum priorytetów umieszczą ludzi, prawa człowieka oraz osoby najstarsze i najsłabsze.

1.6. EKES uważa, że priorytetowe znaczenie ma spójne zarządzanie europejskie w dziedzinie zdrowia, które obejmuje również zasady wdrażania programu dla zdrowia, wraz z odpowiednimi środkami finansowymi i inicjatywami urzeczywistniającymi Europę na rzecz zdrowia, i wzywa do przyjęcia podejścia operacyjnego „zdrowie we wszystkich politykach”.

1.7. EKES proponuje, by z uwagi na obecną sytuację nadzwyczajną, ryzyko ponownego wystąpienia pandemii i inspirujące doświadczenia związane z Europą energetyczną, a także narzędzia obrony i ochrony ludności jak najszybciej wprowadzono europejski mechanizm koordynacji i szybkiej interwencji.

1.8. Konieczne jest bezzwłoczne utworzenie grupy zadaniowej składającej się z ekspertów, która koordynowałaby wiedzę i zasoby z myślą o połączeniu w sieć najlepszych ośrodków ds. wirusologii i epidemiologii oraz najlepszych umiejętności diagnostycznych.

1.9. Zdaniem EKES-u wspomniana grupa zadaniowa – między innymi we współpracy z jednostkami wojskowymi ds. szybkiego reagowania kryzysowego – musi dokonać spisu dostępnych zasobów, które mogą zostać łatwo przydzielone, w tym służb ratowniczych, a także zapewnić przemieszczanie się jednostek mobilnych. Musi ona połączyć w sieć najlepsze dostępne zasoby w postaci sztucznej inteligencji i sprzętu informatycznego w celu opracowania symulacji i strategii.

1.9.1. Grupa ta powinna również przeanalizować aspekty dotyczące stanu zdrowia wszystkich pracowników służby zdrowia, co ma zasadnicze znaczenie nie tylko z punktu widzenia prawa do zdrowia, lecz również skutecznego reagowania na nowy, ewentualny kryzys. Ponadto mogłaby ona położyć podwaliny pod – zaproponowaną w dokumencie Komisji – europejską specjalizację w dziedzinie medycyny w sytuacjach kryzysowych i nadzwyczajnych.

1.9.2. Obciążenie wydatkami w związku z tym kluczowym działaniem wydaje się bardzo ograniczone, ponieważ większość członków jest już zatrudniona w uczelniach wyższych, ośrodkach badawczych lub jednostkach wojskowej służby zdrowia.

1.9.3. Zdaniem EKES-u niezwykle istotne jest, by grupa ta bezzwłocznie osiągnęła operacyjność.

1.9.4. EKES ubolewa, że podczas obecnej pandemii zabrakło autorytatywnego głosu Komisji Europejskiej, która przy współpracy z europejskimi ekspertami najwyższego szczebla mogła wyjaśnić kwestie stref, w których obowiązują obostrzenia sanitarne i wpływ wirusa na ludność oraz rozwiać różne – często przeciwstawne – domysły na temat tej choroby i jej rozwoju. Na poprzednie przypadki epidemii instytucje europejskie odpowiedziały za pomocą konkretnych działań, takich jak utworzenie Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności (DG SANTE) oraz utworzenie Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). EKES uważa, że należy nadal działać w tym kierunku.

1.10. Zdaniem Komitetu wymierne wyniki w ramach programu dla zdrowia można osiągnąć jedynie dzięki podejściu sprzyjającemu włączeniu społecznemu z udziałem organizacji międzynarodowych (w tym Światowej Organizacji Zdrowia, z którą należy pogłębić współpracę i synergię) oraz podmiotów sektora opieki zdrowotnej, które są najbliższe realiów obywateli, z zastosowaniem Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych i regularnej oceny celów.

1.11. EKES podkreśla wartość pracowników służby zdrowia, którzy działają w szczególnie newralgicznym i trudnym sektorze, i apeluje o nieustanną troskę o to, by antycypować ich potrzeby w zakresie szkolenia, struktur, narzędzi ochrony oraz dobrobytu ekonomicznego i społecznego.

1.12. EKES zdecydowanie popiera europejskie partnerstwa publiczno-prywatne w dziedzinie zdrowia, wzorując się na wspólnej inicjatywie IMI 2, i popiera wspólne wysiłki na rzecz wzmocnienia europejskiego wymiaru technologicznego i produkcyjnego poprzez większe zaangażowanie europejskich społeczności naukowych i zdrowotnych w tworzenie w rzeczywistego europejskiego obszaru ochrony zdrowia.

2. Wyciąganie wniosków z wielowymiarowego kryzysu wywołanego przez pandemię koronawirusa

2.1. Pandemia koronawirusa obnażyła kruchość systemów opieki zdrowotnej w wielu krajach na całym świecie, w tym w państwach członkowskich UE, które odczuwają wpływ niskiego poziomu inwestycji publicznych i bezpośredniego zastosowania wymogów europejskiego zarządzania gospodarczego narzucających ograniczenia budżetowe. W związku z tym kwoty dofinansowania systemów opieki zdrowotnej różnią się znacznie w zależności od państwa członkowskiego, podobnie jak kwoty przydzielone przez każde z państw członkowskich na walkę z pandemią koronawirusa.

2.2. Europa musi stawić czoła potrójnemu zagrożeniu – niekontrolowanym pandemiom i pogłębieniu się nierówności społecznych w dziedzinie zdrowia, niewystarczającemu zestawowi środków polityki gospodarczej oraz czarnym łabędziami na płaszczyźnie geopolitycznej – które może poddać ciężkiej próbie zdrowie i dobrostan obywateli, a także wpędzić światową gospodarkę w stałą depresję i prowadzić do krachów finansowych i ucieczki z rynku finansowego.

2.3. Kryzys wywołany przez koronawirusa ponownie podkreślił wagę przywrócenia równowagi między działalnością człowieka a przyrodą. Nie trzeba już dowodzić, że środowisko (wraz ze zmianą klimatu, jakością powietrza, różnorodnością biologiczną, systemami żywnościowymi itd.) wpływa na zdrowie.

2.3.1. Byłoby wysoce wskazane, aby Komisja i Parlament Europejski, które są bardzo zaangażowane w kwestie zrównoważonego rozwoju, środowiska i różnorodności biologicznej, dobitniej przedstawiły swoje zdanie. Przede wszystkim powinny one – przy współpracy głównych ekspertów europejskich – przekazać europejskim obywatelom w tych trudnych chwilach wskazania i możliwe rozwiązania w oparciu o bazę naukową, tak by można było z większą pewnością stawić czoła trudnej sytuacji zdrowotnej, która powoduje zamieszanie i cierpienie.

2.4. Choroby niezakaźne w Europie nadal się rozwijają i są główną przyczyną niepełnosprawności i zgonów w Europie: choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory i choroby układu oddechowego odpowiadają za 77 % obciążenia zdrowotnego i 86 % przedwczesnych zgonów. Wiele chorób niezakaźnych związanych jest z połączeniem kilku czynników, w tym środowiskowych.

2.5. Przedstawiony przez Komisję Europejską Zielony Ład stanowi podstawę nowej strategii na rzecz trwałego wzrostu gospodarczego sprzyjającego włączeniu społecznemu, mającej na celu poprawę stanu zdrowia i jakości życia ludzi, ochronę przyrody i niepozostawianie nikogo w tyle.

2.6. Obszary przygraniczne nadają się szczególnie do europejskich działań politycznych w dziedzinie zdrowia. Są one w większości przypadków terytorium geograficznym, gdzie notuje się dużą mobilność. Jako pierwsze mogły korzystać z umów lub konwencji między sąsiadującymi krajami w celu poprawy dostępu do opieki zdrowotnej.

2.7. Współpraca transgraniczna w dziedzinie zdrowia, która została rozpoczęta ponad 20 lat temu w ramach programów INTERREG i polega na koordynacji, rozwoju, organizacji i czasem skomplikowanych rozwiązaniach wypracowanych między podmiotami, została jednak zarzucona w ciągu zaledwie kilku godzin z powodu wybuchu pandemii COVID-19 i jednostronnego zamknięcia granic bez uwzględnienia realiów transgranicznych i woli zachowania ducha współpracy.

3. Wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej i zdolności Unii Europejskiej (UE) do działania

3.1. Pandemia COVID-19 wywarła i wywiera nadal znaczący wpływ w skali globalnej, europejskiej i transgranicznej, w szczególności na obywateli i społeczeństwo oraz struktury gospodarcze, społeczne i zdrowotne, uwidaczniając wyraźną potrzebę wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej i zarządzania kryzysowego.

3.2. Celami polityki zdrowotnej UE są: promocja zdrowia, ochrona przed zagrożeniami zdrowotnymi i koordynacja strategii między państwami członkowskimi. Pandemia COVID-19 pokazała, że współpraca i koordynacja między krajami UE są niezbędne do uporania się z kryzysami.

3.3. Aby skutecznie przeciwdziałać nowym transgranicznym zagrożeniom dla zdrowia, należy wzmocnić zdolność reagowania UE w sytuacjach nadzwyczajnych. Ogólnie rzecz biorąc, ma to związek z urzeczywistnianiem Europejskiego filaru praw socjalnych (w szczególności jego zasady nr 16) i rozszerzonymi kompetencjami europejskimi w dziedzinie zdrowia, między innymi poprzez zmianę traktatów europejskich.

3.4. Choć UE posiada obecnie jedynie uprawnienia w zakresie wspierania krajowych polityk zdrowia publicznego, co ogranicza jej wpływ, jednak podejmuje działania w tej dziedzinie w ramach swoich innych strategii politycznych, zwłaszcza w odniesieniu do cyklu koordynacji polityki gospodarczej i rynku wewnętrznego.

3.5. Z myślą o przyszłości Europy priorytetowe znaczenie trzeba nadać Europie zdrowia: program UE dla zdrowia stanowi pierwszy krok w tym kierunku.

3.6. UE podjęła kilka inicjatyw, które należy kontynuować i wzmacniać, w tym szczególnie dwie z nich zasługują na wzmiankę: europejskie sieci referencyjne (ESR) i plany europejskie.

3.7. Od 2017 r. europejskie sieci referencyjne mają na celu ułatwienie kontaktów europejskim specjalistom do spraw chorób rzadkich. Dbają one o rozpowszechnienie informacji zamiast mobilności pacjenta w celu zapewnienia jak najlepszej opieki bez niedogodności związanych z jego przemieszczaniem się. Obecnie obejmują one ponad 900 wysoko wyspecjalizowanych jednostek opieki zdrowotnej w ponad 300 szpitalach. Model ten można by zastosować do innych chorób.

3.8. Jeśli chodzi o zarządzanie i sposoby działania, UE dysponuje pięcioma agencjami, a także innymi narzędziami, w tym europejskim korpusem medycznym i białymi hełmami, które umożliwiają szybsze reagowanie w sytuacjach nadzwyczajnych.

3.9. W kwestiach zdrowia rządy krajowe otrzymują wsparcie od dwóch wyspecjalizowanych agencji. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób⁽³⁾ ocenia i monitoruje zagrożenia nowo występującymi chorobami w celu koordynowania reakcji. Natomiast Europejska Agencja Leków⁽⁴⁾ zarządza naukową oceną jakości, bezpieczeństwa oraz skuteczności wszystkich produktów leczniczych w UE. Inne agencje wykonują ważne zadania poboczne.

3.10. Obecny kryzys związany z pandemią COVID-19 pokazał, że obecnie bardziej niż kiedykolwiek w przyszłych wieloletnich ramach finansowych należy nadać większe znaczenie przydziałowi środków na zdrowie.

3.11. Doświadczenia wyniesione z kryzysu pokazały, że należy dołożyć większych starań, by systemy opieki zdrowotnej były gotowe do zapewnienia nowoczesnych usług, leków, technologii i produktów medycznych oraz by były przygotowane na epidemie i inne nieprzewidywalne kryzysy lub wyzwania.

3.12. Konieczne jest opracowanie dostosowanego do przyszłych potrzeb i odpornego na kryzysy systemu w celu zagwarantowania we wszystkich okolicznościach szybkiego dostępu do bezpiecznych i skutecznych leków o wysokiej jakości, a także rozwiązania problemu niedoborów i zależności od przywozu leków i farmaceutycznych składników czynnych z powodu produkcji poza UE, a przede wszystkim zacieśnienia współpracy i koordynacji między organami regulacyjnymi w przypadku pojawiających się zagrożeń zdrowia.

3.13. Niezbędne są inwestycje na obszarze lokalnym i rozwijanie opieki lokalnej i domowej, tak aby być blisko obywateli za pomocą zdalnych technologii monitorowania, telemedycyny, aplikacji lub spersonalizowanych wyrobów medycznych powstałych w ramach medycyny 4P (prognozowania, profilaktyki, personalizacji i partycypacji), a także inwestycje we wzmocnienie ubezpieczeń zdrowotnych, początkowo na szczeblu krajowym, a następnie w ramach szerszej koordynacji na szczeblu UE⁽⁵⁾.

4. Zapewnienie Europie środków na miarę jej ambicji

4.1. Inwestycje w dziedzinie zdrowia i różne programy finansowe muszą być ze sobą powiązane w sposób przekrojowy. Należy wziąć pod uwagę zarówno aspekty dotyczące leczenia, jak i profilaktyki i promocji.

4.2. Program „Horyzont Europa” przewiduje ponadto misje, które stanowią nowość w stosunku do przeszłości, tj. partnerstwa badawcze, charakteryzujące się ambitnymi celami i mające na celu rozwiązanie pilnych problemów wpływających na życie codzienne obywateli.

4.3. Cyfryzacja sektora opieki zdrowotnej jest dziedziną, która zajmie istotne miejsce w europejskich strategiach politycznych dotyczących finansowania. W związku z tym w ramach programu „Horyzont Europa” i klastru „Zdrowie” aż 1 mld EUR rezerwuje się wyłącznie na opracowywanie rozwiązań technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT) w zakresie profilaktyki, diagnostyki, leczenia i opieki.

⁽³⁾ <https://www.ecdc.europa.eu/en>

⁽⁴⁾ <https://www.ema.europa.eu/en>

⁽⁵⁾ Dz.U. C 434 z 15.12.2017, s. 1.

4.4. W ramach instrumentu „Łącząc Europę” około 80 mln EUR przeznacza się na rozwój i interoperacyjność systemów e-zdrowia. Przyszły program „Cyfrowa Europa” również ma na celu wspieranie tworzenia i konsolidacji wspólnej europejskiej przestrzeni danych na temat zdrowia, w tym standaryzacji rodzajów wspólnych danych, porozumienia w sprawie wspólnych wskaźników i aktywnego zaangażowania Eurostatu w tę ostatnią kwestię.

4.5. Rozwinięto unijny instrument wsparcia UE w sytuacjach nadzwyczajnych w sektorze opieki zdrowotnej. Rezerwa RescEU, która jest częścią Unijnego Mechanizmu Ochrony Ludności⁽⁶⁾, koncentruje się na szybkich i bezpośrednich reakcjach na kryzys zdrowotny.

4.6. W ramach programów współpracy transgranicznej INTERREG, którymi zarządza się w sposób delegowany, należy priorytetowo traktować zdrowie.

5. Ambitna i wspólna europejska reakcja w ramach odbudowy

5.1. W swojej rezolucji przyjętej dnia 17 kwietnia 2020 r.⁽⁷⁾ Parlament Europejski wezwał do stworzenia specjalnego budżetu na wsparcie krajowych systemów opieki zdrowotnej w okresie kryzysu za pomocą większych inwestycji w celu zwiększenia odporności europejskiej opieki zdrowotnej oraz wspomoczenia krajów doświadczających trudności i wniósł o opracowanie nowego, niezależnego europejskiego programu w dziedzinie zdrowia.

5.2. Komitet wielokrotnie wypowiadał się na temat europejskiej polityki zdrowotnej⁽⁸⁾. Już w dniu 17 marca 2020 r. EKES i jego członkowie zaapelowali o większą solidarność i podjęcie wspólnych działań na szczeblu europejskim w celu skutecznego przeciwdziałania skutkom pandemii.

5.3. Podobnie jak w przypadku odbudowy, różne środki przyjęte przez instytucje europejskie w ramach programu UE dla zdrowia muszą sprzyjać włączeniu społecznemu i obejmować wszystkie podmioty działające w dziedzinie zdrowia (podmioty ubezpieczenia zdrowotnego, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych itp.).

6. Wdrożenie zintegrowanego i międzysektorowego programu w dziedzinie zdrowia

6.1. EKES z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę Komisji Europejskiej dotyczącą skoordynowanej i zintegrowanej europejskiej reakcji na kryzysy zdrowotne wynikające z pandemii, która nadaje w pełni europejski wymiar polityce zdrowotnej, sieciom profilaktyki i wczesnej telediagnostyki, wzmocnieniu innowacji i badań naukowych w dziedzinie zdrowia oraz rozwojowi cyfrowych technologii medycznych.

6.2. Komitet podkreśla również potrzebę lepszej koordynacji europejskiej celów w zakresie chorób niezakaźnych i przewlekłych chorób upośledzających oraz zwraca uwagę na ochronę słabszych grup społecznych, aspekty zdrowia psychicznego i zapobieganie utracie samodzielności przez osoby starsze.

6.3. EKES akcentuje wagę przyjętego podejścia „Jedno zdrowie”, mając świadomość, że na ogół niemożliwa jest reakcja skupiająca się na jednym sektorze i że rozwiązaniem jest wyłącznie poprawa leczenia. Jednak jest jasne, że problemy zdrowia publicznego trzeba rozwiązywać w oparciu o kompleksowe i zintegrowane podejście.

6.4. Komitet uważa, że aspekt koordynacji ma kluczowe znaczenie i nie może zostać zepchnięty na margines jako jedno z ponad 70 możliwych działań poprzez «utworzenie i funkcjonowanie mechanizmu międzysektorowej koordynacji zgodnie z podejściem „Jedno zdrowie”. Jego zdaniem należy położyć nacisk na ten aspekt, gdyż zarządzanie mechanizmem międzysektorowej koordynacji jest zasadniczym elementem w radzeniu sobie z kryzysami.

6.5. Komitet uważa za istotne, by proponowane podejście umożliwiło uwzględnienie aspektów równowagi w zakresie zdrowia ludzi i zwierząt (zob. rola możliwych zwierzęcych rezerwuarów patogenów w chorobach zakaźnych) czy też ekosystemów (np. uwaga poświęcana wpływowi unieszkodliwiania niebezpiecznych odpadów w czasie kryzysu) i by za kluczowy element strategii zwiększania odporności na sytuacje kryzysowe uznano ochronę najsłabszych grup.

⁽⁶⁾ https://what-europe-does-for-me.eu/pl/portal/2/X07_26001

⁽⁷⁾ https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-04-17-TOC_PL.html

⁽⁸⁾ Rozporządzenie w sprawie inicjatywy inwestycyjnej w odpowiedzi na koronawirusa, EESC-2020-01536-00-01-PAC-TRA (ECO/515, opinia w trakcie sporządzania); Dz.U. C 227 z 28.6.2018, s. 11; Dz.U. C 240 z 16.7.2019, s. 10; Dz.U. C 271 z 19.9.2013, s. 122; Dz.U. C 14 z 15.1.2020, s. 52; Dz.U. C 434 z 15.12.2017, s. 1; Dz.U. C 242 z 23.7.2015, s. 48; Dz.U. C 116 z 20.4.2001, s. 75; Dz.U. C 255 z 22.9.2010, s. 76; Dz.U. C 143 z 22.5.2012, s. 102; Dz.U. C 234 z 30.9.2003, s. 36; Dz.U. C 18 z 19.1.2011, s. 74; Dz.U. C 120 z 20.5.2005, s. 54; Dz.U. C 44 z 15.2.2013, s. 36; Dz.U. C 218 z 11.9.2009, s. 91; Dz.U. C 242 z 23.7.2015, s. 48; Dz.U. C 44 z 11.2.2011, s. 10; Dz.U. C 13 z 15.1.2016, z. 14; Dz.U. C 440 z 6.12.2018, s. 150; Dz.U. C 283 z 10.8.2018, s. 28; Dz.U. C 440 z 6.12.2018, s. 57.

6.6. EKES wyraża jednak zaniepokojenie, że koordynację takiego podejścia do ochrony przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia i pandemiemi oraz zapobieganie im powierza się wielu agencjom⁽⁹⁾, które mają specyficzną historię, misję i umiejętności i nie wydają się zdolne do automatycznej i skutecznej koordynacji w przypadku konieczności zmobilizowania się i zapewnienia pilnej i zintegrowanej reakcji.

6.7. EKES podkreśla, że agencje powinny działać wspólnie, w oparciu o międzysektorowy mechanizm koordynacji i stanowić dla UE siłę napędową do przedstawiania propozycji w drodze współpracy.

6.8. W związku z zarządzaniem i rolą agencji należy wzmocnić zdolność działania Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności (DG SANTE) w Komisji Europejskiej, jej powiązania z Dyrekcją Generalną ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL) oraz przekrojowe monitorowanie przez nie kwestii zdrowotnych i społecznych we wszystkich obszarach polityki europejskiej.

6.9. EKES jest przekonany o potrzebie należytego uwzględnienia faktu, że trzy kolejne pandemie koronawirusa pokazały na świecie, a w ostatnim przypadku również w Europie, iż niedociągnięcia w zakresie natychmiastowej i zintegrowanej reakcji, brak zdolności zarządzania informacjami, nieumiejętność i również brak chęci koordynowania reakcji, niedobór zasobów, a przede wszystkim niewykorzystanie potencjalnie dostępnych zasobów i brak strategicznego zarządzania nimi sprzyjały rozprzestrzenianiu się epidemii, które w przeciwnym razie mogły mieć mniejszy wpływ.

6.10. Komitet podkreśla, że najbardziej problematycznym aspektem reakcji na COVID-19 w wielu krajach na całym świecie, a przynajmniej częściowo również w Europie, jest nieumiejętność zintegrowanego ostrzegania i reagowania. W obliczu konieczności podjęcia pilnych działań sytuacja uległa pogorszeniu z powodu braku zdolności prawnej do szybkiego wdrożenia przejściowych przepisów dotyczących sytuacji nadzwyczajnych. Wskazane byłoby zatem zbadanie możliwości wprowadzenia europejskiego mechanizmu wczesnego ostrzegania.

6.11. EKES podkreśla konieczność wyłączenia względów zdrowotnych ze wszelkich środków dotyczących zamykania granic. Zasada: „zdrowie nie może mieć granic” powinna zostać zapisana w traktatach europejskich. W związku z tym EKES wzywa do uznania mobilności pracowników służby zdrowia i pacjentów.

6.12. Trybunał Obrachunkowy wielokrotnie zabierał głos w sprawie potrzeby zwiększania obecności Europy i jej działań w zakresie systemów opieki zdrowotnej, tak aby przybliżyć je obywatelom ponad granicami i ulepszyć usługi zdrowotne, zwłaszcza kierowane do osób najsłabszych i znajdujących się w najtrudniejszym położeniu ekonomicznym. Również EKES wzywa Komisję do uwidocznienia wartości społecznych jasno określonych w Traktatach, które muszą stać się w praktyce elementem kultury i działania na rzecz Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia.

6.13. EKES popiera Trybunał Obrachunkowy, który wielokrotnie wypowiadał się w sprawie konieczności poprawy działań UE w dziedzinie zdrowia, działań na rzecz zbliżenia systemów opieki zdrowotnej ponad granicami z korzyścią dla obywateli europejskich oraz zwiększenia dostępności usług zdrowotnych, zwłaszcza w przypadku osób najsłabszych i w najtrudniejszym położeniu ekonomicznym.

7. Dostosowanie środków operacyjnych, funkcjonalnych i strategicznych

7.1. Z pewnością warto zwiększyć zasoby ludzkie i finansowe, lecz zintegrowane działania i większy duch współpracy mogły sprawić, że – mając do dyspozycji ówczesne zasoby – udałoby się zapewnić wystarczający sprzęt i umiejętności, by powstrzymać ogniska choroby.

7.2. Aby reagować na potrzeby związane ze stanem zagrożenia zdrowia publicznego, wspierać działalność gospodarczą i przygotować grunt pod odbudowę, niezbędne są koordynacja i współpraca.

7.3. EKES uważa, że należy koniecznie przewidzieć utworzenie organu ds. analizy, profilaktyki w kontekście ECDC i symulowania reakcji, zdolnego zapewnić podstawowe dane potrzebne do zaplanowania strategii i umożliwiającego zmobilizowanie – z bardzo krótkim wyprzedzeniem – najlepszych dostępnych zasobów.

7.4. Możliwość wykorzystania doświadczenia europejskich sieci referencyjnych⁽¹⁰⁾ w innych sektorach ma tę zaletę, że umożliwi utworzenie konsorcjów zdolnych do pozyskania – w kwestiach istotnych z punktu widzenia zwalczania kryzysu – najlepszych talentów w Europie i stworzenia podstaw synergii.

7.5. EKES uważa jednak, że doświadczenie to jest niewystarczające, ponieważ prawdziwy problem polega na tym, kto może kierować koordynacją i finalizacją prac w ramach tych sieci (tj. tworzyć sieci sieci i nimi zarządzać).

⁽⁹⁾ Zob. pkt 2.6.

⁽¹⁰⁾ Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45.

7.6. Należy opracować europejskie kampanie i plany i położyć większy nacisk na grupy znajdujące się w najtrudniejszej sytuacji. Inicjatywy te powinny dotyczyć zwłaszcza promowania zdrowego trybu życia, profilaktyki i badań przesiewowych, wprowadzenia zintegrowanych ścieżek opieki i dobrostanu, walki z nierównościami społecznymi itp.

8. Śledzenie realizacji celów poprzez regularne monitorowanie i podejście oparte na włączeniu społecznym

8.1. EKES podkreśla potrzebę zwrócenia szczególnej uwagi na wskaźniki kontroli i monitorowania jakości pod kątem celów programu. Ogólne wskaźniki programu, czyli makrowskaźniki, mają zasadnicze znaczenie, lecz cel polegający na promowaniu i wdrażaniu zasobów europejskich w obliczu kryzysu lub kryzysów wymaga elastycznego systemu umożliwiającego – w odpowiedzi na doraźne i zmieniające się potrzeby – nieustanne opracowywanie mikrowskaźników ad hoc w celu reagowania na ciągłe sytuacje awaryjne, z myślą o których został stworzony.

8.2. Zdaniem Komitetu konieczne byłoby utworzenie grupy pracowników służby zdrowia z państw członkowskich oraz ekspertów z różnych dziedzin, z których przynajmniej niektórzy posiadaliby specjalistyczną wiedzę w dziedzinie walki ze stanami zagrożenia zdrowia publicznego, a niektórzy – doświadczenie w zakresie zintegrowanych prac, tak jak ma to miejsce w środowisku badawczym, ochrony ludności i wojskowej służby zdrowia w Europie.

8.3. EKES z zadowoleniem przyjmuje program Komisji, w którym podkreśla się potrzebę mechanizmu monitorowania sytuacji kryzysowych. W tym kontekście, oprócz proponowanych środków dotyczących produkcji sprzętu i technologii, EKES zwraca uwagę na znaczenie ustanowienia systemu koordynacji, planowania, monitorowania i zarządzania strategicznego w celu zapobiegania i wczesnej interwencji.

8.4. Podczas gdy w dziedzinie zdrowia rola Unii polega na udzielaniu wsparcia państwom członkowskim, to w przypadku kształcenia Unia odgrywa rolę kluczową. Z tego punktu widzenia należałoby wzmocnić rolę kontrolną poszczególnych organów w dziedzinie zdrowia związaną z kształceniem (kliniki uniwersyteckie są dziedziną, w której Unia powinna odgrywać kluczową rolę, wykonując zadania związane z kształceniem, również w zakresie zdrowia).

8.5. EKES opowiada się za równym udziałem i równowagą płci w procesach decyzyjnych: oprócz odpowiednich ram prawnych równowadze płci w procesach decyzyjnych oraz w życiu politycznym, gospodarczym i społecznym może służyć podejście oparte na uwzględnieniu problematyki płci w kontekście społecznym i rodzinnym.

8.6. Zdaniem Komitetu wskazane byłoby stałe monitorowanie przez Unię jakości w tych sektorach służby zdrowia; Powinno ono również skupiać się na potrzebie zagwarantowania przez państwa członkowskie odpowiednich pomieszczeń i obiektów służby zdrowia potrzebnych do kształcenia zgodnego z wymogami UE.

8.7. EKES przypomina, że technologie cyfrowe mogą sprzyjać równemu dostępowi do opieki zdrowotnej pod warunkiem spełnienia następujących warunków:

- jednakowe pokrycie na całym terytorium,
- zmniejszenie przepaści cyfrowej,
- interoperacyjność całej architektury cyfrowej,
- zgodność z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych dotyczących stanu zdrowia ⁽¹¹⁾.

9. Wsparcie dla pracowników służby zdrowia

9.1. EKES wyraża przekonanie, że należy położyć nacisk na bezpośredni udział UE w kształceniu pracowników służby zdrowia, również ze względu na fakt, że rozwijanie systemów ochrony ludności wymaga nowego profilu zawodowego: eksperta ds. koordynacji i monitorowania kryzysu. Taka kategoria zawodowa powinna występować we wszystkich terytorialnych oddziałach ochrony ludności.

9.2. Można by zastanowić się nad działaniem pilotażowym mającym na celu stworzenie europejskiej placówki kształcenia na poziomie wyższym zorganizowanej w porozumieniu z europejskimi uczelniami wyższymi.

9.3. Oprócz wagi kształcenia EKES dostrzega znaczenie dążenia UE do zapewnienia godnych warunków pracy dla pracowników służby zdrowia – bohaterów kryzysu.

⁽¹¹⁾ Zob. przypis 5.

10. Uczynienie z UE pioniera w dziedzinie badań naukowych

10.1. Jeśli chodzi o politykę wspierania badań nad lekami potencjalnie przydatnymi w sytuacjach kryzysowych, należy podkreślić, że niektóre z nich, w szczególności badania nad produktami leczniczymi stosowanymi już w podobnych warunkach, dotyczą leków mających niewielkie znaczenie dla rynku, ponieważ nie są one opatentowane. Dlatego też należy również wzmocnić niezależne badania, między innymi w odniesieniu do takich kluczowych kwestii jak szczepionki, mając również na uwadze europejską suwerenność technologiczną i produkcyjną.

10.2. Z niedawno przeprowadzonych analiz wynika, że najważniejsze uczelnie wyższe straciły pozycję w klasyfikacji prac naukowych (2015–2019), przy czym wyraźnie gorszą tendencję obserwuje się w Europie (wśród pierwszych 30 znalazła się tylko jedna uczelnia europejska). Natomiast agencje specjalizujące się w usługach związanych z internetem, technologią i analizą danych zyskują coraz większe znaczenie w dziedzinie badań naukowych.

10.3. EKES uważa, że należy wprowadzić mechanizmy synergii między programem UE dla zdrowia na lata 2021–2027 a wszystkimi innymi programami i funduszami ukierunkowanymi na badania i innowacje technologiczne w dziedzinie zdrowia, pobudzając do innowacji i uzyskiwania patentów, które mogą towarzyszyć istotnej produkcji biomedycznej i ją wspierać.

Bruksela, dnia 18 września 2020 r.

Luca JAHIER
Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
