

Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora – Predlog uredbe Evropskega parlamenta in Sveta o vzpostavitvi programa za ukrepe Unije na področju zdravja za obdobje 2021–2027 in razveljavitvi Uredbe (EU) št. 282/2014 („Program EU za zdravje“)

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

(2020/C 429/32)

Glavni poročevalec: **Antonello PEZZINI (IT-I)**

Glavni soporočevalec: **Alain COHEUR (BE-III)**

Zaprosilo	Evropski parlament, 17. 6. 2020 Svet, 10. 6. 2020
Pravna podlaga	člen 304 Pogodbe o delovanju Evropske unije
Sklep plenarne skupščine	9. 6. 2020
Pristojnost	strokovna skupina za zaposlovanje, socialne zadeve in državljanstvo
Datum sprejetja mnenja na plenarnem zasedanju	18. 9. 2020
Plenarno zasedanje št.	554
Rezultat glasovanja (za/proti/vzdržani)	218/0/2

1. Sklepi in priporočila

1.1 Evropski ekonomsko-socialni odbor (EESO) poudarja, da je pandemija koronavirusa bolj kot kdajkoli poudarila pomen krepitve vloge Evropske unije na področju zdravja, njene zmožnosti odzivanja, upravljanja in usklajevanja ter njenih pristojnosti v okviru „Evropske unije zdravja“, da bi se odzvali na stisko državljanov in deležnikov na področju zdravja, v prvi vrsti medicinskega in paramedicinskega osebja, ter na njihova pričakovanja glede učinkovite evropske politike javnega zdravja, ob upoštevanju povezanosti evropske, nacionalnih in regionalnih ravni preko upravljanja na več ravneh ⁽¹⁾.

1.2 EESO pozdravlja predlog „Program EU za zdravje“ Evropske komisije iz maja 2020, za katerega bi uporabili namenska sredstva tako iz Instrumenta Evropske unije za okrevanje kot iz večletnega proračuna oziroma finančnega okvira za obdobje 2021–2027, ter obžaluje proračunske reze, ki jih je julija 2020 sprejel Evropski svet, medtem ko se javno zdravje kratko- in dolgoročno sooča z zapletenimi političnimi, socialnimi, gospodarskimi, digitalnimi in okoljskimi izzivi, za katere so potrebni inovativni, medsektorski in povezani ukrepi ter velike strateške naložbe (na področju socialnega in zdravstvenega varstva).

1.2.1 EESO meni, da „Evropa à la carte“ ⁽²⁾ (t. i. „Evropa več hitrosti“) ne more biti način, s katerim bi se lahko odzvali na sedanje izzive, ki segajo prek nacionalnih meja, in ne omogoča, da bi si prizadevali za ambiciozen in solidaren evropski projekt povezovanja, ki temelji na „združevanju v različnosti“ in ki ga vodijo skupni cilji sodelovanja.

1.3 EESO poziva evropske institucije in države članice, naj pokažejo politično voljo za „zdravstveni pakt za prihodnost Evrope“ v skladu s temeljnimi vrednotami Evropske unije, vključno z evropsko solidarnostjo, in zavezami, sprejetimi na mednarodni ravni (cilji trajnostnega razvoja, spodbujanje človekovih pravic in izvajanje mednarodnih konvencij) in na evropski ravni (prednostne naloge nemškega predsedstva Sveta Evropske unije, uresničevanje evropskega stebra socialnih pravic).

1.4 EESO poziva Evropski parlament, naj kot „sozakonodajalec“ vodi pogajanja s Svetom za povečanje finančnih sredstev za zdravstveni program in za druge instrumente, ki jih je v sinergiji treba uporabljati na področju zdravja (raziskave, kohezija in čezmejno sodelovanje), pa tudi za posebno uporabo sredstev evropskega mehanizma za stabilnost, da bi lahko ukinili varčevalne ukrepe.

⁽¹⁾ Odbor regij, „Listina o upravljanju na več ravneh“.

⁽²⁾ EUR-Lex.

1.5 EESO vztraja, da se pri izvajanju programa posebna pozornost nameni boju proti socialnim neenakostim na področju zdravja, dostopu do kakovostnega zdravstvenega varstva, stalnosti oskrbe (vključno s čezmejno) v vseh okoliščinah, podpori in utrjevanju zdravstvenih sistemov z univerzalno pokritostjo in razvoju večdimenzionalnega evropskega ukrepanja na področju javnega zdravja, v povezavi z načeli evropskega stebra socialnih pravic, vključno z „zdravstvenim varstvom“, „vključevanjem invalidov“ in „dolgotrajno oskrbo“.

1.5.1 EESO poziva zlasti k sprejetju evropskih smernic, da bi se odzvali na potrebe najbolj ranljivih med nami – ljudi, ki trpijo pomanjkanje, starejših in invalidov, zlasti tistih, ki morajo živeti v ustanovah, v katerih je nastanjenih veliko ljudi, ki so jih po vsej Evropi močno prizadele pandemija in njene posledice.

1.5.2 Posebno pozornost je treba nameniti krepitvi pravic starejših in invalidov ter zlasti opredelitvi skupnega okvira za ocenjevanje, ki vključuje individualno načrtovanje, prednostno pomoč na domu ali v majhnih domovih za starejše ter merila kakovosti in dostopnosti za oskrbo v domu in dolgotrajno oskrbo, ki jo potrebujejo. Zelo visoke stopnje umrljivosti v številnih ustanovah za starejše in invalide bi morale usmerjati pozornost v izboljšanje njihovega upravljanja, ki je v številnih državah EU sporno. Na splošno bi morala Evropska komisija celotno politiko podpore starejšim revidirati med drugim tudi v sklopu svojega dela v zvezi s posledicami demografskih sprememb v Evropi. Podobno kot v zvezi s posebnimi dejavniki zdravja EESO poziva k jasnim in inovativnim smernicam, ki bodo med glavne prednostne naloge postavile človeka ter človekove pravice starejših in najranljivejših.

1.6 EESO meni, da mora biti prednostna naloga usklajeno evropsko upravljanje na področju zdravstva, ki vključuje tudi izvajanje programa za zdravje, z ustreznim financiranjem in pobudami, ki utelešajo „Evropo zdravja“, ter poziva k operativnemu pristopu k „zdravju v vseh politikah“.

1.7 EESO predlaga, da se glede na izredne razmere, s katerimi se soočamo, nevarnostjo ponovnega izbruha pandemij in navdihujoče izkušnje v okviru „Evrope na področju energije“ ter sistemov obrambe in civilne zaščite čim prej uvede mehanizem za usklajevanje in hitro posredovanje na evropski ravni.

1.8 Čim prej je treba ustanoviti projektno skupino strokovnjakov, ki bi usklajevala znanja in vire ter v mrežo povezala najboljše centre za virologijo in epidemiologijo ter najboljše diagnostične sposobnosti.

1.9 EESO meni, da bi morala ta projektna skupina, v sodelovanju z „enotami za hitro odzivanje v izrednih razmerah“, pripraviti popis razpoložljivih virov, ki jih je mogoče brez težav dodeliti, vključno z urgentnimi oddelki, in predvideti razporejanje mobilnih enot. Za razvoj simulacij in strategij mora v mrežo povezati najboljše razpoložljive vire na področju umetne inteligence in računalniške podpore.

1.9.1 Skupina bi se morala poleg tega poglobiti v vidike, ki se nanašajo na zdravstveno stanje vseh zaposlenih v zdravstvu, ki je bistveno ne le za pravico do zdravja, temveč tudi za učinkovit odziv na morebitno novo krizo. Poleg tega bi lahko skupina postavila temelje za evropsko specializacijo na področju medicine v kriznih in izrednih razmerah, kakor je predlagano v dokumentu Komisije.

1.9.2 Stroški te ključne dejavnosti se zdijo zelo nizki, saj večina članov skupine že deluje v okviru univerz, raziskovalnih ustanov ali vojaškega zdravstva.

1.9.3 EESO meni, da je izjemno pomembno, da ta projektna skupina lahko začne delovati takoj.

1.9.4 EESO obžaluje, da je med pandemijo, ki še vedno traja, umanjala vodilna beseda Evropske komisije. Ta bi se lahko oprla na evropske strokovnjake na najvišji ravni ter osvetlila uporabo sanitarnih kordonov in vpliv virusa na prebivalstvo, kakor tudi razjasnila pogosto nasprotujoča si stališča o posameznih vidikih in razvoju bolezni. Evropske institucije so se na pretekle epidemije odzvale z oprijemljivimi ukrepi, kot sta ustanovitev Generalnega direktorata za zdravje (GD SANTE) in vzpostavitev Evropskega centra za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC). EESO meni, da se mora ta razvoj nadaljevati.

1.10 EESO meni, da program za zdravje lahko prinese oprijemljive rezultate le z vključujočim pristopom, ki bi povezal mednarodne organizacije (vključno s Svetovno zdravstveno organizacijo, s katero je treba poglobiti sodelovanje in sinergije), Konvencijo o pravicah invalidov in deležnike na področju zdravja, ki najbolj poznajo realnost državljanov, ter z rednim ocenjevanjem ciljev.

1.11 EESO poudarja pomen zdravstvenih delavcev, ki delujejo v posebej občutljivem in težavnem sektorju, in poziva, naj se mu namenja stalna pozornost, da bo mogoče predvideti njegove potrebe glede usposabljanja, struktur, zaščitne opreme ter gospodarske in družbene blaginje.

1.12 EESO odločno podpira evropska javno-zasebna partnerstva na področju zdravja po vzoru skupne pobude IMI 2, kakor tudi skupna prizadevanja za nadgradnjo evropske tehnološke in proizvodne razsežnosti z močnejšo zavezanostjo evropskih znanstvenih in zdravstvenih skupnosti k vzpostavitvi resničnega evropskega zdravstvenega prostora.

2. Nauki večdimenzionalne krize, ki jo je povzročila pandemija koronavirusa

2.1 Pandemija koronavirusa je razkrila krhkost zdravstvenih sistemov v številnih državah po svetu, vključno s tistimi v državah članicah EU, ki imajo nizke ravni javnih naložb in neposredno izvajajo zahteve EU glede ekonomskega upravljanja, ki nalagajo ukrepe za omejevanje proračuna. Financiranje zdravstvenih sistemov se zato med državami članicami močno razlikuje, razlikujejo pa se tudi vsote, ki jih države članice namenijo za boj proti pandemiji koronavirusa.

2.2 Evropa se sooča s trojno grožnjo – nenadzorovanimi pandemijami in povečevanjem socialnih neenakosti na področju zdravja, nezadostnim arzenalom ekonomske politike in geopolitičnimi „črnimi labodi“ – ki lahko pred resno preizkušnjo postavi zdravje in dobro počutje njenih državljanov, svetovno gospodarstvo pa pahne v dolgotrajno recesijo ter povzroči zlom in beg s finančnega trga.

2.3 Kriza zaradi koronavirusa je spet poudarila pomen ponovne vzpostavitve ravnotežja med človekovimi dejavnostmi in naravo. Vplivov okolja na zdravje (s podnebnimi spremembami, kakovostjo zraka, biotsko raznovrstnostjo, prehranskimi sistemi itd.) ni treba več dokazovati.

2.3.1 Zelo dobro bi bilo, da bi Komisija in Evropski parlament, ki se veliko ukvarjata z vprašanji trajnostnega razvoja, okolja in biotske raznovrstnosti, odločneje izrazila svoje mnenje in predvsem s pomočjo glavnih evropskih strokovnjakov dala evropskim državljanom napotke in znanstveno utemeljene možne rešitve, da bi se varneje spopadali s težkimi zdravstvenimi razmerami, ki v teh težkih trenutkih povzročajo zmedenost in bolečino.

2.4 V Evropi je vse več nenalezljivih bolezni, ki so glavni vzroki invalidnosti in smrti: 77 % vseh bolezni predstavljajo bolezni srca in ožilja, sladkorna bolezen, rak in bolezni dihal, v 86 % so prav te vzrok prerane smrti. Številne bolezni so povezane s kombinacijo različnih dejavnikov, tudi okoljskih.

2.5 Zeleni dogovor, ki ga je predstavila Evropska komisija, je temelj za novo strategijo za trajnostno in vključujočo rast, da bi izboljšali zdravje in kakovost življenj ljudi, ohranili naravo in poskrbeli, da nihče ne bo zapostavljen.

2.6 Mejna območja so še posebej primerna za ukrepe evropske politike na področju zdravja. V večini primerov gre za geografska območja z visoko stopnjo mobilnosti. Ta so bila med prvimi, ki so imela koristi od sporazumov ali pogodb med sosednjimi državami za izboljšanje dostopa do zdravstvenega varstva.

2.7 Čezmejno sodelovanje na področju zdravja, ki se je začelo pred več kot 20 leti v okviru programov Interreg in zajema usklajevanje, gradnjo, organizacijo in včasih zapletene rešitve med različnimi akterji, je poniknilo v nekaj urah po izbruhu COVID-19 in enostranskem zaprtju meja, brez kakršnega koli upoštevanja čezmejnih situacij in brez vsake želje po ohranitvi duha sodelovanja.

3. Krepitev zdravstvenih sistemov Evropske unije in njene zmožnosti ukrepanja

3.1 Pandemija COVID-19 je imela in še ima velik vpliv na svetovno, evropsko in čezmejno raven, zlasti na državljane in družbo ter gospodarske, socialne in zdravstvene strukture, kar jasno kaže na potrebo po krepitevi zdravstvenih sistemov in kriznega upravljanja.

3.2 Cilji zdravstvene politike EU so: spodbujanje zdravja, zaščita pred zdravstvenimi tveganji in usklajevanje strategij med državami članicami. Pandemija COVID-19 je pokazala, da je sodelovanje in usklajevanje med državami EU nujno za reševanje krize.

3.3 Da bi se učinkovito odzvali na morebitne nove čezmejne nevarnosti za zdravje, je treba okrepiti zmogljivosti EU za odzivanje v izrednih razmerah. Na splošno bi to lahko dosegli v okviru izvajanja evropskega stebra socialnih pravic (zlasti načela 16) in z razširitvijo pristojnosti EU na področju zdravja, tudi z revizijo evropskih pogodb.

3.4 Čeprav lahko EU na področju javnega zdravja trenutno nudi le podporo, zaradi česar je njeno ukrepanje omejeno, pa deluje na področju javnega zdravja v okviru drugih svojih politik, zlasti pri usklajevanju gospodarske politike in notranjega trga.

3.5 V okviru „prihodnosti Evrope“ mora biti prednostna naloga Evropa zdravja: Program EU za zdravje je prvi korak v to smer.

3.6 EU je v zvezi s tem sprejela številne pobude, ki jih je zdaj treba nadaljevati in utrditi, pri čemer si dve od njih zaslužita posebno omembo: evropske referenčne mreže in evropski načrti.

3.7 Evropske referenčne mreže delujejo od leta 2017 in so bile zasnovane za povezovanje evropskih strokovnjakov za redke bolezni. Te zagotavljajo, da krožijo bolj informacije kot pacienti, s čimer se zagotovi najboljša možna pomoč brez neprijetnosti, ki bi jih imeli pacienti zaradi premikov. Trenutno je vanje vključenih več kot 900 visoko specializiranih enot za oskrbo iz več kot 300 bolnišnic. Ta model bi lahko uporabili tudi pri drugih boleznih.

3.8 Kar zadeva upravljanje in način delovanja, ima EU za hitrejše odzivanje na izredne razmere na voljo pet agencij, poleg drugih instrumentov, kot so „evropska zdravniška enota“ in „bele čelade“.

3.9 Dve agenciji podpirata nacionalne vlade na področju zdravstva. Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni ⁽³⁾ ocenjuje in spremlja nova zdravstvena tveganja in omogoča usklajeno odzivanje nanje. Evropska agencija za zdravila ⁽⁴⁾ pa upravlja znanstveno ocenjevanje kakovosti, varnosti in učinkovitosti vseh zdravil v EU. Ostale agencije opravljajo pomembne stranske naloge.

3.10 Sedanja kriza zaradi COVID-19 je pokazala, da bi bilo treba v prihodnjem večletnem finančnem okviru bolj kot kdaj koli prej dati prednost dodelitvi sredstev za zdravstvo.

3.11 Izkušnje, pridobljene med krizo, so pokazale, da je treba storiti več za vzpostavitev zdravstvenih sistemov, ki bodo lahko zagotavljali najsodobnejše storitve, zdravila, medicinske izdelke in tehnologije ter bodo pripravljene na soočanje z epidemijami in drugimi nepredvidljivimi krizami ali izzivi.

3.12 Za pravočasen dostop do varnih, kakovostnih in učinkovitih zdravil v vseh okoliščinah ter za odpravo pomanjkanja in odvisnosti od uvoza zdravil in aktivnih farmacevtskih snovi, ki se proizvajajo zunaj EU, predvsem pa za okrepitev sodelovanja in usklajevanja med regulatorji v primeru nastajajočih nevarnosti za zdravje, je treba vzpostaviti sistem, ki bo ustrezal potrebam v prihodnosti in bo odporen na krize.

3.13 Treba je vlagati na lokalni ravni, okrepiti lokalno oskrbo in oskrbo na domu, da bi se ljudem približali s tehnologijami za daljinsko spremljanje, medicino na daljavo, aplikacijami ali osebnimi medicinskimi pripomočki, ki izhajajo iz t. i. „medicine 4P“ (predvidevajoča, preventivna, personalizirana in participativna), vlagati pa je treba tudi v krepitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, najprej na nacionalni ravni in nato v okviru usklajevanja na ravni EU ⁽⁵⁾.

4. Evropi je treba dati sredstva, primerna njenim ambicijam

4.1 Naložbe v zdravje in različni finančni programi morajo biti v skladu s transverzalnim pristopom med seboj povezani. Treba je upoštevati tako vidike zdravstvene oskrbe kot zdravstvene preventive ter spodbujanja zdravja.

4.2 Program Obzorje Evropa vključuje tudi vrsto „misij“, kar je novost v primerjavi s preteklostjo. Gre za raziskovalna partnerstva z ambicioznimi cilji, katerih namen je obravnavati pereča vprašanja, ki vplivajo na vsakdanje življenje državljanov.

4.3 Pomembno področje politike financiranja EU je digitalizacija zdravstvenega sektorja. Zato je spet v okviru programa Obzorje Evropa, v sklopu za zdravje, predvidena milijarda EUR zgolj za razvoj rešitev informacijskih in komunikacijskih tehnologij (IKT) za preprečevanje, diagnosticiranje, zdravljenje in oskrbo.

⁽³⁾ <https://www.ecdc.europa.eu/en>.

⁽⁴⁾ <https://www.ema.europa.eu/en>.

⁽⁵⁾ UL C 434, 15.12.2017, str. 1.

4.4 Približno 80 milijonov EUR je v okviru Instrumenta za povezovanje Evrope dodeljenih za razvoj in interoperabilnost sistemov e-zdravja. Tudi prihodnji program Digitalna Evropa bo predvidoma podpiral oblikovanje in utrjevanje skupnega evropskega prostora za zdravstvene podatke, vključno s standardizacijo vrst podatkov v skupni rabi, sporazumom o skupnih kazalnikih in dejavnim sodelovanjem Eurostata pri tem.

4.5 Okrepljen je bil instrument za nujno pomoč v Uniji za zdravstveni sektor. Rezerva „RescEU“, ki je del mehanizma Unije na področju civilne zaščite⁽⁶⁾, je osredotočena na hitre in neposredne odzive na zdravstveno krizo.

4.6 Zdravje bi bilo treba prednostno spodbujati v okviru programov za čezmejno sodelovanje Interreg, ki imajo delegirano upravljanje.

5. Ambiciozen in enoten evropski odziv na področju okrevanja

5.1 Evropski parlament je v resoluciji z dne 17. aprila 2020⁽⁷⁾ pozval k posebnemu proračunu za podporo nacionalnim zdravstvenim sistemom v času krize z več naložbami za povečanje odpornosti evropskega zdravstva in pomoč državam v težavah ter k oblikovanju novega avtonomnega evropskega programa na področju zdravja.

5.2 Odbor je podal že več mnenj o evropski zdravstveni politiki⁽⁸⁾. EESO in njegovi člani so že 17. marca 2020 pozvali k več solidarnosti in skupnim ukrepom na evropski ravni za učinkovito odpravo posledic pandemije.

5.3 Enako kot pri gospodarskem okrevanju, morajo biti različni ukrepi, ki jih sprejmejo institucije EU v okviru Programa EU za zdravje, vključujoči in vključevati vse deležnike v zdravstvu (zdravstvene zavarovalnice, vzajemne družbe itd.).

6. Izvajanje celostnega in medsektorskega zdravstvenega programa

6.1 EESO pozdravlja pobudo Evropske komisije za usklajen in celovit evropski odziv na zdravstvene krize zaradi pandemij, s polno evropsko razsežnostjo na področju zdravstvene politike, mrež za preprečevanje in zgodnje opozarjanje, krepitev inovacij in zdravstvenih raziskav ter spodbujanja digitalnih zdravstvenih tehnologij.

6.2 Odbor poudarja tudi potrebo po boljšem evropskem usklajevanju glede ciljev za nenalezljive in kronične bolezni, ki povzročajo invalidnost, ter poudarja zaščito ranljivih skupin, duševno zdravje in boj proti izgubi samostojnosti starejših.

6.3 EESO poudarja pomen načela „eno zdravje“, ki je bilo sprejeto, ter se zaveda, da na splošno ni možen odziv, ki bi se osredotočil na en sam sektor in da je rešitev le izboljšanje zdravljenja; vendar je jasno, da je treba vprašanja javnega zdravja obravnavati celostno in skupaj.

6.4 Odbor meni, da je vidik usklajevanja bistvenega pomena in ga ni mogoče potisniti med več kot 70 možnih ukrepov z morebitnim oblikovanjem in upravljanjem medsektorskega usklajevalnega mehanizma po načelu „eno zdravje“. EESO meni, da bi ta vidik moral biti prednostna naloga, saj je upravljanje medsektorskega usklajevalnega mehanizma ključni element pri reševanju kriz.

6.5 Po mnenju Odbora je pomembno, da predlagani pristop omogoča, da se ne spregledajo ravnotežje med zdravjem ljudi in živali (glej vlogo možnih živalskih rezervoarjev pri nalezljivih boleznih) in ekosistemski vidiki (pozor na primer na vpliv odlaganja občutljivih odpadkov med krizo), in da je zaščita ranljivih skupin v strategijah za odpornost v kriznih razmerah osrednjega pomena.

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

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

⁽⁸⁾ Uredba o naložbeni pobudi v odziv na izbruh COVID-19, EESC-2020-01536-00-01-PAC-TRA (ECO/515, v pripravi); UL C 227, 28.6.2018, str. 11; UL C 240, 16.7.2019, str. 10; UL C 271, 19.9.2013, str. 122; UL C 14, 15.1.2020, str. 52; UL C 434, 15.12.2017, str. 1; UL C 242, 23.7.2015, str. 48; UL C 116, 20.4.2001, str. 75; UL C 255, 22.9.2010, str. 76; UL C 143, 22.5.2012, str. 102; UL C 234, 30.9.2003, str. 36; UL C 18, 19.1.2011, str. 74; UL C 120, 20.5.2005, str. 54; UL C 44, 15.2.2013, str. 36; UL C 218, 11.9.2009, str. 91; UL C 242, 23.7.2015, str. 48; UL C 44, 11.2.2011, str. 10; UL C 13, 15.1.2016, str. 14; UL C 440, 6.12.2018, str. 150; UL C 283, 10.8.2018, str. 28; UL C 440, 6.12.2018, str. 57.

6.6 EESO izraža zaskrbljenost, da je takšen usklajen pristop k preprečevanju resnih čezmejnih nevarnosti za zdravje in pandemij in zaščiti red njimi zaupan usklajevanju med več agencijami⁽⁹⁾ s specifičnimi ozadji, poslanstvi in strokovnim znanjem, ki se ne zdijo sposobne samodejnega in učinkovitega usklajevanja v primeru mobilizacije ter hitrega in celostnega odziva.

6.7 EESO poudarja, da bi morale agencije delovati usklajeno na podlagi medsektorskega mehanizma za usklajevanje ter skupaj delovati kot gonilna sila predlogov EU.

6.8 V zvezi z upravljanjem in vlogo agencij bi bilo treba okrepiti zmogljivosti za ukrepanje Generalnega direktorata Evropske komisije za zdravje in varnost hrane (GD SANTE), njegove povezave z Generalnim direktoratom za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje (GD EMPL) ter njuno horizontalno spremljanje zdravstvenih in socialnih vprašanj v vseh evropskih politikah.

6.9 EESO je prepričan, da bi bilo treba ustrezno pozornost nameniti dejstvu, da so tri zaporedne epidemije koronavirusa, v zadnjem primeru tudi v Evropi, svetu pokazale, kako so pomanjkljivosti pri zagotavljanju takojšnjih in celostnih odzivov, pomanjkanje zmogljivosti za upravljanje informacij, nesposobnost ter pomanjkanje volje za usklajevanje odzivov, pomanjkanje virov, še bolj pa resne pomanjkljivosti pri uporabi in strateškem upravljanju potencialno razpoložljivih virov pripomogli k širjenju epidemije, čeprav bi njihov vpliv lahko bil manjši.

6.10 Odbor poudarja, da je najpomembnejši element odziva na COVID-19 v številnih državah po svetu in vsaj delno tudi v Evropi pomanjkanje zmogljivosti za zgodnje opozarjanje in celostno odzivanje. Ker so bili potrebni hitri ukrepi, se je stanje poslabšalo zaradi pomanjkanja pravne zmogljivosti za hitro izvajanje prehodnih izrednih predpisov. Zato bi bilo treba preučiti možnosti za evropski mehanizem za zgodnje opozarjanje.

6.11 EESO poudarja, da je zdravje treba izključiti iz vseh ukrepov za zaprtje meja. „Za zdravje ne sme biti meja.“ To načelo bi morali biti zapisano v evropskih pogodbah. V zvezi s tem EESO priporoča, da se zagotovi mobilnost zdravstvenih delavcev in pacientov.

6.12 Računsko sodišče je večkrat poudarilo, da je treba okrepiti evropsko prisotnost in ukrepanje na področju zdravstvenih sistemov, da bodo ti bližje evropskim državljanom onkraj meja in da se izboljšajo zdravstvene storitve, zlasti za najbolj ranljive in ekonomsko najšibkejše. EESO tudi poziva Komisijo, naj poudari družbene vrednote, ki so jasno opredeljene v Pogodbah in morajo dejansko postati del kulture in ukrepov za Evropsko unijo zdravja.

6.13 EESO podpira Računsko sodišče, ki je že večkrat presodilo, da je treba izboljšati ukrepe EU na področju zdravja, si v korist evropskih državljanov prizadevati za zблиževanje zdravstvenih sistemov preko meja in povečati dostopnost zdravstvenih storitev zlasti za najranljivejše in ekonomsko najšibkejše.

7. Prilagajanje operativnih, funkcionalnih in strateških ukrepov

7.1 Prav gotovo je koristno povečati človeške in finančne vire, vendar bi s celostnim pristopom in močnejšim duhom sodelovanja lahko že s tedanjimi sredstvi premogli dovolj opreme in sposobnosti za zaustavitev epidemije.

7.2 Usklajevanje in sodelovanje sta zato bistvena za izpolnjevanje potreb v izrednih zdravstvenih razmerah, podpiranje gospodarske dejavnosti in pripravo temeljev za okrevanje.

7.3 EESO meni, da je treba nujno predvideti organ za analizo, preprečevanje v okviru Evropskega centra za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), simulacijo odzivov, ki bi nudil temeljne podatke za načrtovanje strategij in omogočal, da bi v zelo kratkem času uporabili najboljše razpoložljive vire.

7.4 Z uporabo izkušenj evropskih referenčnih mrež⁽¹⁰⁾ v drugih sektorjih bi lahko ustanovili konzorcije, ki bi lahko zaposlili najboljše talente v Evropi na področjih, ki so med krizo pomembna, in postavili temelje za delo, ki temelji na sinergijah.

7.5 Vendar pa EESO meni, da so te izkušnje nezadostne, saj je dejansko problem, kdo bo odgovoren za usklajevanje in dokončanje dela teh mrež (vzpostavljane in vodenje omrežij mrež).

⁽⁹⁾ Glej točko 2.6.

⁽¹⁰⁾ UL L 88, 4.4.2011, str. 45.

7.6 Pripraviti je treba evropske kampanje in načrte in v njih nameniti več pozornosti najbolj ranljivim skupinam. Te pobude bi morale obravnavati zlasti spodbujanje zdravega življenja, varovanje zdravja in presejalne teste, vzpostavitev celostnih sistemov oskrbe in dobrega počutja, boj proti socialnim neenakostim itd.

8. Doseganje ciljev s stalnim spremljanjem in vključujočim pristopom

8.1 EESO poudarja, da je treba pri ciljnih programa posebno pozornost nameniti kazalnikom za nadzor in preverjanje kakovosti. Splošni „makro“ kazalniki programa so bistvenega pomena, vendar je za cilj spodbujanja in uporabe evropskih sredstev v času krize oziroma kriz potreben prožen sistem, ki mora biti zaradi točno določenih in spreminjajočih se potreb sposoben nenehno ustvarjati *ad hoc* „mikrokazalnike“ za odzivanje na stalne izredne razmere, za katere je bil zasnovan.

8.2 Odbor meni, da bi bilo treba ustanoviti skupino zdravstvenih delavcev iz držav članic in strokovnjakov za različne discipline, med katerimi bi morali vsaj nekateri imeti posebno strokovno znanje na področju boja proti izrednim zdravstvenim razmeram, nekateri od teh pa izkušnje z integriranim delom, tako kot na področju evropskih raziskav, civilne zaščite in vojaškega zdravstva.

8.3 EESO pozdravlja program Komisije, ki poudarja potrebo po mehanizmu za nadzorovanje kriz. V zvezi s tem EESO, poleg predlaganih ukrepov, ki se osredotočajo na proizvodnjo opreme in tehnologije, opozarja na pomen vzpostavitve sistema usklajevanja, načrtovanja, spremljanja in strateškega usmerjanja za preprečevanje in zgodnje posredovanje.

8.4 Če je na področju zdravja vloga Unije zagotavljati podporo državam, ima v primeru usposabljanja Unija osrednjo vlogo. S tega vidika bi morali okrepiti nadzorno vlogo organov EU v segmentu zdravstva, ki se nanaša na usposabljanje (univerzitetne klinike so področje, na katerem mora imeti Unija osrednjo vlogo na področju usposabljanja, vključno z zdravstvenim usposabljanjem).

8.5 EESO podpira enakopravno sodelovanje in uravnoteženo zastopnost spolov pri odločanju: poleg ustreznih regulativnih okvirov je uravnoteženo zastopnost spolov pri odločanju ter političnem, gospodarskem in socialnem življenju mogoče doseči tudi z vključevanjem načela enakosti spolov na socialni in družinski ravni.

8.6 Odbor meni, da bi bilo zaželeno, da bi Unija nenehno spremljala kakovost teh zdravstvenih segmentov; osredotočiti bi se morala tudi na to, da države članice zagotovijo ustrezne zmogljivosti za zdravstveno varstvo in usposabljanje v skladu z zahtevami EU.

8.7 EESO ponavlja, da digitalizacija prinaša koristi za enakopraven dostop do storitev zdravstvenega varstva, če so izpolnjeni različni pogoji:

- enako geografsko pokritje,
- zmanjševanje digitalne vrzeli,
- interoperabilnost celotne digitalne arhitekture,
- skladnost s splošno uredbo o varstvu zdravstvenih podatkov⁽¹⁾.

9. Podpora zdravstvenim delavcem

9.1 EESO je prepričan, da je treba poudariti neposredno prisotnost EU pri usposabljanju zdravstvenega osebja, tudi glede na to, da okrepitev sistemov civilne zaščite ustvarja potrebo po novem strokovnem profilu: strokovnjak za krizno usklajevanje in spremljanje. Takega strokovnjaka bi morale imeti vse lokalne veje civilne zaščite.

9.2 Lahko bi predvideli pilotni ukrep za vzpostavitev evropske šole za usposabljanje na tretji stopnji, ki bi ga organizirali v sodelovanju z evropskimi univerzami.

9.3 EESO priznava, da si mora EU poleg usposabljanja prizadevati za dostojne delovne pogoje za zdravstvene delavce, ki so „heroji“ te krize.

⁽¹⁾ Glej opombo 5.

10. EU naj ima pionirsko vlogo na področju raziskav

10.1 Kar zadeva politiko podpore raziskavam zdravil, ki so potencialno uporabna v krizah, je treba opozoriti, da se del teh, zlasti raziskave zdravil, ki se že uporabljajo v podobnih razmerah, nanaša na zdravila, za katera je na trgu majhno zanimanje, ker niso patentirana. Zato bi bilo treba okrepiti tudi neodvisne raziskave, tudi glede kritičnega vprašanja, kot so cepiva, tudi zaradi evropske tehnološke in proizvodne suverenosti.

10.2 Najnovejša študija je pokazala, da so glavne univerze izgubile položaj na lestvici znanstvenih rezultatov (2015–2019), pri čemer se je trend precej bolj poslabšal v Evropi (samo ena evropska univerza med najboljšimi tridesetimi), medtem ko podjetja, specializirana za storitve na področju interneta, tehnologije in analize podatkov, dobivajo vse večji pomen na področju raziskav.

10.3 EESO meni, da bi bilo treba poiskati sinergije med Programom EU za zdravje v obdobju 2021–2027 ter vsemi drugimi programi in skladi, usmerjenimi v raziskave in tehnološke inovacije v zdravstvenem sektorju, ter spodbujati inovacije in patente, ki lahko spremljajo in podpirajo vrhunsko biomedicinsko proizvodnjo.

V Bruslju, 18. septembra 2020

Predsednik
Evropskega ekonomsko-socialnega odbora
Luca JAHIER
