

III

(Akty przygotowawcze)

KOMITET REGIONÓW

INTERACTIO – POSIEDZENIE ZDALNE – 144. SESJA PLENARNA KR-U, 5.5.2021–7.5.2021

Opinia Europejskiego Komitetu Regionów – Transgraniczne zagrożenia zdrowia i mandat Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób

(2021/C 300/14)

Sprawozdawca: Olgierd GEBLEWICZ (PL/EPL), marszałek województwa zachodniopomorskiego**Uwagi wstępne**

EUROPEJSKI KOMITET REGIONÓW

- Wspiera plany Komisji Europejskiej przygotowania silniejszych i bardziej kompleksowych ram prawnych, w których Unia Europejska przy zachowaniu zasady pomocniczości i głównej odpowiedzialności państw członkowskich za opiekę zdrowotną i gotowość na wypadek sytuacji kryzysowej może szybko reagować i uruchamiać środki gotowości i reagowania na transgraniczne zagrożenia zdrowia na całym jej obszarze.
- Przypomina, że w 19 krajach Unii Europejskiej odpowiedzialność za zdrowie publiczne nie jest wyłącznie kwestią krajową, ale jest w znacznej mierze zdecentralizowana, a władze lokalne i regionalne posiadają znaczące kompetencje w krajowym systemie ochrony zdrowia, dlatego nalega, by wprowadzić silniejszy komponent dotyczący szczebla niższego niż krajowy.
- Zaznacza, że pandemia COVID-19 stała się realnym testem warunków skrajnych, uwydatniając poważne braki w zakresie gotowości oraz transgranicznej komunikacji i współpracy między państwami członkowskimi i regionami przygranicznymi w zakresie przeciwdziałania zagrożeniom zdrowotnym. Podejmowane przez poszczególne państwa członkowskie, ale i poszczególne regiony, rozwiązania o charakterze epidemiologicznym znacząco różniły się od siebie, wywołując nie tylko negatywne skutki w ochronie zdrowia, ale również społeczne i gospodarcze.
- Uważa, że przedstawiciele Europejskiego Komitetu Regionów, jako instytucji reprezentującej władze lokalne i regionalne ze wszystkich krajów Unii Europejskiej, powinni być włączeni w charakterze obserwatorów w pracę zespołów, komitetów i grup zadaniowych powoływanych na poziomie unijnym, zajmujących się stanami zagrożenia zdrowia publicznego, w szczególności w Komitecie Doradczym ds. Stanów Zagrożeń Zdrowia Publicznego.
- Wzywa do wprowadzenia skutecznych instrumentów koordynacji między regionami przygranicznymi, w tym regionami położonymi na zewnętrznych granicach Unii Europejskiej, i proponuje utworzenie międzyregionalnych, transgranicznych grup kontaktowych.
- Stwierdza, że chociaż polityka zdrowotna pozostaje pierwotną kompetencją państw członkowskich przy zachowaniu zasady pomocniczości, to jednak niezbędne jest podjęcie – podczas debaty o przyszłości Europy – refleksji nad pogłębieniem kompetencji UE w zakresie zdrowia (art. 168 TFUE) w celu solidarnego przeciwdziałania poważnym

transgranicznym zagrożeniom zdrowia w całej Unii Europejskiej, z uwzględnieniem różnorodności struktur w obszarze zdrowia na szczeblu niższym niż krajowy oraz zróżnicowania kompetencji organów ds. zdrowia w poszczególnych państwach członkowskich. Te nowe kompetencje powinny między innymi umożliwić Komisji oficjalne uznanie stanu zagrożenia zdrowia publicznego na poziomie Unii.

— Przypomina, że pandemii COVID-19 towarzyszą istotne ograniczenia swobody przemieszczania się wewnątrz Unii Europejskiej.

I. ZALECANE POPRAWKI

A. Wniosek dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylającego decyzję nr 1082/2013/UE

Poprawka 1

Artykuł 5

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
<p>1. Komisja, we współpracy z państwami członkowskimi i odpowiednimi agencjami unijnymi, opracowuje unijny plan na wypadek kryzysu zdrowotnego i pandemii („unijny plan gotowości i reagowania”) w celu promowania skutecznego i skoordynowanego reagowania na transgraniczne zagrożenia zdrowia na poziomie Unii.</p>	<p>1. Komisja, we współpracy z państwami członkowskimi i odpowiednimi agencjami unijnymi, opracowuje unijny plan na wypadek kryzysu zdrowotnego i pandemii („unijny plan gotowości i reagowania”) w celu promowania skutecznego i skoordynowanego reagowania na transgraniczne zagrożenia zdrowia na poziomie Unii.</p>
<p>2. Unijny plan gotowości i reagowania uzupełnia krajowe plany gotowości i reagowania ustanowione zgodnie z art. 6.</p>	<p>2. Unijny plan gotowości i reagowania uzupełnia krajowe plany gotowości i reagowania ustanowione zgodnie z art. 6.</p>
<p>3. Unijny plan gotowości i reagowania obejmuje, w szczególności, ustalenia dotyczące zarządzania, zdolności i zasobów w odniesieniu do:</p>	<p>3. Unijny plan gotowości i reagowania obejmuje, w szczególności, ustalenia dotyczące zarządzania, zdolności i zasobów w odniesieniu do:</p>
<p>a) terminowej współpracy między Komisją, państwami członkowskimi i agencjami unijnymi;</p>	<p>a) terminowej współpracy między Komisją, państwami członkowskimi, ich regionami i władzami lokalnymi oraz agencjami unijnymi;</p>
<p>b) bezpiecznej wymiany informacji między Komisją, agencjami unijnymi i państwami członkowskimi;</p>	<p>b) bezpiecznej wymiany informacji między Komisją, agencjami unijnymi i państwami członkowskimi;</p>
<p>c) nadzoru epidemiologicznego i monitorowania;</p>	<p>c) nadzoru epidemiologicznego i monitorowania;</p>
<p>d) systemu wczesnego ostrzegania i oceny ryzyka;</p>	<p>d) systemu wczesnego ostrzegania i oceny ryzyka;</p>
<p>e) przekazywania informacji o ryzyku i sytuacji kryzysowej;</p>	<p>e) przekazywania informacji o ryzyku i sytuacji kryzysowej;</p>
<p>f) gotowości i reagowania w dziedzinie zdrowia oraz współpracy międzysektorowej;</p>	<p>f) gotowości i reagowania w dziedzinie zdrowia oraz współpracy międzysektorowej;</p>
<p>g) zarządzania planem.</p>	<p>g) zarządzania planem.</p>

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
<p>4. Unijny plan gotowości i reagowania obejmuje międzyregionalne elementy gotowości w celu ustanowienia spójnych, wielosektorowych, transgranicznych środków ochrony zdrowia publicznego – w szczególności z uwzględnieniem zdolności w zakresie badań, ustalania kontaktów zakaźnych, laboratoriów – oraz specjalistycznego leczenia lub intensywnej opieki medycznej w sąsiednich regionach. Plany te obejmują środki gotowości i reagowania na sytuację obywateli, którzy są bardziej zagrożeni.</p> <p>5. Aby zapewnić wdrożenie unijnego planu gotowości i reagowania, Komisja wraz z państwami członkowskimi przeprowadza testy warunków skrajnych, ćwiczenia oraz przeglądy w trakcie realizacji działania i po jego zakończeniu oraz – w razie potrzeby – aktualizuje ten plan.</p>	<p>4. Unijny plan gotowości i reagowania obejmuje międzyregionalne elementy gotowości w celu ustanowienia spójnych, wielosektorowych, transgranicznych środków ochrony zdrowia publicznego – w szczególności z uwzględnieniem zdolności w zakresie badań, ustalania kontaktów zakaźnych, laboratoriów – oraz specjalistycznego leczenia lub intensywnej opieki medycznej w sąsiednich regionach. W opracowywanie i wdrażanie tych planów są w pełni włączone na szczeblu politycznym regiony. Plany te obejmują środki gotowości i reagowania na sytuację obywateli, którzy są bardziej zagrożeni.</p> <p>5. Aby zapewnić wdrożenie unijnego planu gotowości i reagowania, Komisja wraz z państwami członkowskimi przeprowadza testy warunków skrajnych, ćwiczenia oraz przeglądy w trakcie realizacji działania i po jego zakończeniu oraz – w razie potrzeby – aktualizuje ten plan.</p>

Poprawka 2

Artykuł 6

Krajowe plany gotowości i reagowania

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
<p>1. Przy przygotowywaniu krajowych planów gotowości i reagowania każde państwo członkowskie koordynuje swoje działania z Komisją w celu osiągnięcia spójności z unijnym planem gotowości i reagowania, a także niezwłocznie informuje Komisję i KBZ o wszelkich istotnych zmianach planu krajowego.</p>	<p>1. Przy przygotowywaniu krajowych planów gotowości i reagowania każde państwo członkowskie koordynuje swoje działania z Komisją w celu osiągnięcia spójności z unijnym planem gotowości i reagowania, a także niezwłocznie informuje Komisję i KBZ o wszelkich istotnych zmianach planu krajowego.</p> <p>W stosownych przypadkach, gdy władze lokalne i regionalne posiadają znaczną odpowiedzialność za zdrowie publiczne w krajowym systemie ochrony zdrowia, plany krajowe obejmują plany gotowości i reagowania dla szczebla niższego niż krajowy.</p> <p>2. W krajowych planach gotowości i reagowania należy określić możliwość lub konieczność powołania na obszarach przygranicznych międzyregionalnych, transgranicznych grup kontaktowych, przygotowujących i koordynujących działania w regionach po obu stronach granicy w sytuacji wystąpienia zagrożenia zdrowia.</p>

Uzasadnienie

Jeśli chodzi o kompetencje na szczeblu regionalnym, włączenie regionów nie może być tylko fakultatywne.

Uzasadnienie

Nie wymaga uzasadnienia.

Poprawka 3

Artykuł 7

Sprawozdawczość w zakresie planowania gotowości i reagowania

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
<p>c) wdrożenie krajowych planów reagowania, w tym, w stosownych przypadkach, wdrożenie na szczeblu regionalnym i lokalnym, obejmujące reagowanie na epidemię; oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe, zakażenia związane z opieką zdrowotną i inne szczególne kwestie.</p> <p>Sprawozdanie zawiera, w stosownych przypadkach, międzyregionalne elementy gotowości i reagowania zgodnie z planami unijnymi i krajowymi, obejmujące w szczególności istniejące zdolności, zasoby i mechanizmy koordynacji w sąsiednich regionach.</p> <p>2. Komisja udostępnia KBZ informacje otrzymane zgodnie z ust. 1 w sprawozdaniu przygotowywanym co 2 lata we współpracy z ECDC i innymi właściwymi agencjami i organami unijnymi.</p> <p>Sprawozdanie zawiera profile państw do celów monitorowania postępów i opracowywania planów działania mających na celu wyeliminowanie stwierdzonych luk na szczeblu krajowym.</p>	<p>c) wdrożenie krajowych planów reagowania, w tym, w stosownych przypadkach, wdrożenie na szczeblu regionalnym i lokalnym, obejmujące reagowanie na epidemię; oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe, zakażenia związane z opieką zdrowotną, statystyki terytorialne i inne szczególne kwestie.</p> <p>Sprawozdanie zawiera, w stosownych przypadkach, międzyregionalne i transgraniczne elementy gotowości i reagowania zgodnie z planami unijnymi i krajowymi, obejmujące w szczególności istniejące zdolności, zasoby i mechanizmy koordynacji w sąsiednich regionach.</p> <p>Władze regionalne i lokalne powinny zostać włączone w opracowywanie sprawozdań w kwestiach dotyczących ich zakresu odpowiedzialności, w szczególności wymienionych wyżej w podpunkcie c).</p> <p>2. Komisja udostępnia KBZ informacje otrzymane zgodnie z ust. 1 w sprawozdaniu przygotowywanym co 2 lata we współpracy z ECDC i innymi właściwymi agencjami i organami unijnymi.</p> <p>Sprawozdanie zawiera profile państw do celów monitorowania postępów i opracowywania planów działania mających na celu wyeliminowanie stwierdzonych luk na szczeblu krajowym lub niższym.</p>

Poprawka 4

Artykuł 9

Sprawozdanie Komisji na temat planowania gotowości

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
<p>1. Na podstawie informacji dostarczonych przez państwa członkowskie zgodnie z art. 7 oraz wyników audytów, o których mowa w art. 8, Komisja do lipca 2022 r., a następnie co 2 lata, przekazuje Parlamentowi Europejskiemu i Radzie sprawozdanie na temat aktualnej sytuacji i postępów w planowaniu gotowości i reagowania na szczeblu Unii.</p>	<p>1. Na podstawie informacji dostarczonych przez państwa członkowskie zgodnie z art. 7 oraz wyników audytów, o których mowa w art. 8, Komisja do lipca 2022 r., a następnie co 2 lata, przekazuje Parlamentowi Europejskiemu i Radzie oraz Europejskiemu Komitetowi Regionów sprawozdanie na temat aktualnej sytuacji i postępów w planowaniu gotowości i reagowania na szczeblu Unii.</p>

Poprawka 5

Artykuł 10

Koordynacja planowania gotowości i reagowania w ramach KBZ

Dodac podpunkt

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
	f) <i>wspieranie regionalnej współpracy transgranicznej w dziedzinie zdrowia w regionach potencjalnie lub faktycznie zagrożonych oraz koordynowanie działań międzyregionalnych, transgranicznych grup kontaktowych.</i>

Uzasadnienie

Regionalny komponent terytorialny prac KBZ umożliwi sprawne włączenie regionów przygranicznych w reagowanie kryzysowe i pozwoli uniknąć braku komunikacji, który dał się zaobserwować wielokrotnie podczas pandemii COVID-19 w 2020 r.

Poprawka 6

Artykuł 11

Szkolenie pracowników opieki zdrowotnej i pracowników do spraw zdrowia publicznego

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
<p>2. Działania szkoleniowe, o których mowa w ust. 1, mają na celu zapewnienie pracownikom, o których mowa w tym ustępie, wiedzy i umiejętności niezbędnych w szczególności do opracowywania i wdrażania krajowych planów gotowości, o których mowa w art. 6, oraz do realizacji działań mających na celu zwiększenie gotowości na sytuacje kryzysowe i zdolności w zakresie nadzoru, w tym wykorzystanie narzędzi cyfrowych.</p> <p>[...]</p> <p>5. Komisja, we współpracy z państwami członkowskimi, może wspierać organizowanie programów wymiany pracowników opieki zdrowotnej i pracowników do spraw zdrowia publicznego między dwoma państwami członkowskimi lub większą ich liczbą oraz czasowego oddelegowania personelu z jednego państwa członkowskiego do drugiego.</p>	<p>2. Działania szkoleniowe, o których mowa w ust. 1, mają na celu zapewnienie pracownikom, o których mowa w tym ustępie, wiedzy i umiejętności niezbędnych w szczególności do opracowywania i wdrażania krajowych planów gotowości, o których mowa w art. 6, oraz do realizacji działań mających na celu zwiększenie gotowości na sytuacje kryzysowe i zdolności w zakresie nadzoru, w tym wykorzystanie narzędzi cyfrowych. Działania szkoleniowe są również adresowane do władz lokalnych i regionalnych posiadających kompetencje w dziedzinie opieki zdrowotnej, aby wspierać budowanie zdolności na szczeblu niższym niż krajowy.</p> <p>[...]</p> <p>5. Komisja, we współpracy z państwami członkowskimi, może wspierać organizowanie programów wymiany pracowników opieki zdrowotnej i pracowników do spraw zdrowia publicznego między dwoma państwami członkowskimi lub większą ich liczbą oraz czasowego oddelegowania personelu z jednego państwa członkowskiego do drugiego.</p> <p>Działania takie powinny być wdrażane w szczególności w regionach przygranicznych, gdzie władze regionalne i lokalne mają znaczące kompetencje w dziedzinie opieki zdrowotnej, również poprzez szkolenia pracowników międzyregionalnych, transgranicznych grup kontaktowych.</p>

Uzasadnienie

Chociaż podział kompetencji może się różnić w poszczególnych państwach członkowskich, władze lokalne i regionalne są często zaangażowane zarówno w zarządzanie szpitalami gminnymi, jak i ochronę ludności, brakuje im jednak specjalnego wykształcenia lub zdolności. Bardzo potrzebne są ukierunkowane szkolenia dla służb gminnych, mających często braki kadrowe. Umożliwiłyby one szybszy czas reakcji i skuteczniejsze działania.

Poprawka 7

Artykuł 13 ustęp 8

Nadzór epidemiologiczny

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
8. Każde państwo członkowskie wyznacza właściwe organy odpowiedzialne w danym państwie członkowskim za nadzór epidemiologiczny, o którym mowa w art. 1.	8. Każde państwo członkowskie wyznacza właściwe organy odpowiedzialne w danym państwie członkowskim za nadzór epidemiologiczny, o którym mowa w art. 1. Monitorowanie to prowadzi się również na szczeblu terytorialnym, w szczególności za pomocą statystyk regionalnych.

Uzasadnienie

Nie wymaga uzasadnienia.

Poprawka 8

Artykuł 19 ustęp 3

Powiadamianie o zagrożeniu

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
<p>Powiadamiając o zagrożeniu, właściwe organy krajowe i Komisja niezwłocznie przekazują za pośrednictwem EWRS wszelkie dostępne istotne informacje będące w ich posiadaniu, które mogą być przydatne do celów koordynowania reagowania, takie jak:</p> <p>a) rodzaj i pochodzenie danego czynnika;</p> <p>b) data i miejsce zdarzenia lub ogniska choroby;</p> <p>c) sposoby przenoszenia lub rozprzestrzeniania;</p> <p>d) dane toksykologiczne;</p> <p>e) metody wykrywania i potwierdzania;</p> <p>f) ryzyko dla zdrowia publicznego;</p> <p>g) środki ochrony zdrowia publicznego, jakie zostały wprowadzone lub jakie mają zostać wprowadzone na szczeblu krajowym;</p> <p>h) środki inne niż środki ochrony zdrowia publicznego;</p> <p>i) pilna potrzeba lub niedobór medycznych środków przeciwdziałania;</p> <p>j) wnioski i oferty dotyczące transgranicznej pomocy w przypadku stanu zagrożenia;</p>	<p>Powiadamiając o zagrożeniu, właściwe organy krajowe i Komisja niezwłocznie przekazują za pośrednictwem EWRS wszelkie dostępne istotne informacje będące w ich posiadaniu, które mogą być przydatne do celów koordynowania reagowania, takie jak:</p> <p>a) rodzaj i pochodzenie danego czynnika;</p> <p>b) data i miejsce zdarzenia lub ogniska choroby;</p> <p>c) odnośne obszary terytorialne;</p> <p>d) sposoby przenoszenia lub rozprzestrzeniania;</p> <p>e) dane toksykologiczne;</p> <p>f) metody wykrywania i potwierdzania;</p> <p>g) ryzyko dla zdrowia publicznego;</p> <p>h) środki ochrony zdrowia publicznego, jakie zostały wprowadzone lub jakie mają zostać wprowadzone na szczeblu krajowym;</p> <p>i) środki inne niż środki ochrony zdrowia publicznego;</p> <p>j) pilna potrzeba lub niedobór medycznych środków przeciwdziałania;</p>

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
<p>k) dane osobowe niezbędne w celu ustalenia kontaktów zakaźnych zgodnie z art. 26;</p> <p>l) wszelkie inne informacje istotne z punktu widzenia danego poważnego transgranicznego zagrożenia zdrowia.</p>	<p>k) wnioski i oferty dotyczące transgranicznej pomocy w przypadku stanu zagrożenia;</p> <p>l) dane osobowe niezbędne w celu ustalenia kontaktów zakaźnych zgodnie z art. 26;</p> <p>m) wszelkie inne informacje istotne z punktu widzenia danego poważnego transgranicznego zagrożenia zdrowia.</p>

Uzasadnienie

Nie wymaga uzasadnienia.

B. Wniosek dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 851/2004 ustanawiające Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób

Poprawka 9

Artykuł 3

Misja i zadania Centrum

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
<p>2. g) przedstawia, na wniosek Komisji lub KBZ, lub z własnej inicjatywy, wytyczne dotyczące leczenia chorób zakaźnych i zarządzania przypadkami tych chorób oraz dotyczące innych szczególnych problemów zdrowotnych mających znaczenie dla zdrowia publicznego, we współpracy z odpowiednimi społecznościami;</p>	<p>2. g) przedstawia, na wniosek Komisji lub KBZ, lub z własnej inicjatywy, wytyczne dotyczące leczenia chorób zakaźnych i zarządzania przypadkami tych chorób oraz dotyczące innych szczególnych problemów zdrowotnych mających znaczenie dla zdrowia publicznego, we współpracy z odpowiednimi społecznościami, w tym i wskazówki dla regionów przygranicznych i węzłów tranzytowych w wypadku transgranicznych zagrożeń zdrowia;</p>

Uzasadnienie

W wypadku pandemii COVID-19 regiony przygraniczne i węzły transportowe w pewnych okresach nie otrzymywały żadnych wskazówek, dopóki nie weszły w życie krajowe środki działania. Otrzymanie na początkowym etapie wytycznych od ECDC, choćby nieformalnych i niewiążących, ułatwiłoby wspólną wczesną reakcję na poziomie lokalnym i regionalnym w całej UE, zanim zaczęłyby obowiązywać ukierunkowane środki krajowe.

Poprawka 10

Artykuł 5

Prowadzenie wyspecjalizowanych sieci oraz współdziałanie

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
	<p>2. h) zapewnia w miarę możliwości gromadzenie danych na szczeblu niższym niż krajowy.</p>

Uzasadnienie

Ten postulat, by ECDC gromadziło dane na szczeblu niższym niż krajowy, wynika z doświadczeń zdobytych w związku z pandemią COVID-19: w niektórych regionach sytuacja epidemiologiczna odbiegała od średniej krajowej lub od warunków panujących w sąsiednich regionach.

Poprawka 11

Artykuł 5b

Planowanie gotowości i reagowania

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
<p>1. c) ułatwia samoocenę i zewnętrzną ocenę planowania gotowości i reagowania państw członkowskich oraz przyczynia się do sprawozdawczości i audytu w zakresie planowania gotowości i reagowania na podstawie art. 7 i 8 rozporządzenia (UE) .../... [Dz.U.: Proszę wstawić numer rozporządzenia PTZZ [ISC/2020/12524]];</p>	<p>1. c) ułatwia samoocenę i zewnętrzną ocenę planowania gotowości i reagowania państw członkowskich, w tym i planów gotowości i reagowania na szczeblu niższym niż krajowy mających zastosowanie do regionów przygranicznych i węzłów transportowych, oraz przyczynia się do sprawozdawczości i audytu w zakresie planowania gotowości i reagowania na podstawie art. 7 i 8 rozporządzenia (UE) .../... [Dz.U.: Proszę wstawić numer rozporządzenia PTZZ [ISC/2020/12524]];</p>

Uzasadnienie

Regiony o znaczących uprawnieniach w dziedzinie zdrowia zareagowały na pandemię COVID-19 za pomocą własnego planowania i środków. Niezależne wytyczne i audyty pomogłyby w wymianie informacji i poprawie jakości początkowej reakcji.

Poprawka 12

Artykuł 5b

Planowanie gotowości i reagowania

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
	<p>1. l) opracowuje zalecenia dotyczące transgranicznej koordynacji i wzajemnej zgodności regionalnych reakcji na zagrożenia zdrowia;</p>

Uzasadnienie

Regiony o znaczących uprawnieniach w dziedzinie zdrowia zareagowały na pandemię COVID-19 za pomocą własnego planowania i środków. Niezależne wytyczne i audyty pomogłyby w wymianie informacji i poprawie jakości początkowej reakcji.

Poprawka 13

Artykuł 8

Funkcjonowanie systemu wczesnego ostrzegania i reagowania

Tekst zaproponowany przez Komisję	Poprawka KR-u
	6. Centrum w miarę możliwości koordynuje ściśle swoje działania z regionalnymi transgranicznymi grupami kontaktowymi ds. zdrowia.

Uzasadnienie

Brak możliwości wymiany utrudnił odpowiednie reagowanie w regionach transgranicznych w czasie kryzysu. Wspólne transgraniczne grupy kontaktowe, dzielące się informacjami z ECDC i organami na wszystkich szczeblach, umożliwiłyby właściwym organom podejmowanie świadomych decyzji.

II. ZALECENIA POLITYCZNE**A. Wniosek dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylającego decyzję nr 1082/2013/UE**

EUROPEJSKI KOMITET REGIONÓW

1. Podkreśla, że zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) „przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”, a zgodnie z art. 196 „Unia zachęca do współpracy między Państwami Członkowskimi w celu zwiększenia skuteczności systemów zapobiegania klęskom żywiołowym lub katastrofom spowodowanym przez człowieka i ochrony przed nimi”.
2. Nawiązuje do swojego zaangażowania wyrażonego w swoim stanowisku dotyczącym Europejskiego Programu Zdrowia EU4Health, aby „nadać priorytet kwestiom zdrowotnym na szczeblu europejskim oraz wesprzeć władze regionalne i lokalne w zwalczaniu chorób nowotworowych i epidemii chorób w ramach transgranicznej współpracy zdrowotnej oraz modernizacji systemów opieki zdrowotnej”.
3. Przypomina o zasadzie „Jedno zdrowie”, oznaczającej, że zdrowie jest zagadnieniem horyzontalnym, które powinno być uwzględniane we wszystkich obszarach polityki i działaniach Unii Europejskiej.
4. Uwzględnia program prac Komisji Europejskiej opublikowany 29 stycznia 2020 r., w którym stwierdza się, że europejski styl życia oznacza „szukanie wspólnych rozwiązań dla wspólnych wyzwań, umożliwianie ludziom nabywania umiejętności, których potrzebują, oraz inwestowanie w ich zdrowie i wysoką jakość życia”.
5. Przypomina, że zgodnie z art. 1 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE⁽¹⁾ należy podjąć środki, aby ułatwić dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości oraz wspierać współpracę w dziedzinie zdrowia między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji krajowych w zakresie organizowania i świadczenia opieki zdrowotnej.
6. Przypomina, że według danych Eurobarometru z 2017 r. ponad 70 % Europejczyków oczekuje większego zaangażowania UE w dziedzinie zdrowia. Obecnie sfera ta jest bardziej niż kiedykolwiek podstawową troską obywateli UE, kiedy to słusznie oczekują oni od UE, aby odgrywała aktywniejszą rolę w tej dziedzinie.
7. Podkreśla, że wnioski wyciągnięte z kryzysu związanego z COVID-19 dają UE szansę na ustanowienie lepszych międzyregionalnych ram monitorowania i zwalczania transgranicznych zagrożeń dla zdrowia jej obywateli.
8. Zaznacza, że poza walką z pandemią UE stoi w obliczu poważnego problemu nierówności w systemach opieki zdrowotnej i stałych niedoborów personelu medycznego na pewnych obszarach, który to problem również wymaga naszej uwagi.

⁽¹⁾ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45).

9. Wyraża obawę, iż poziom regionalny i lokalny nie jest odpowiednio uwzględniony we wniosku, a kwestie transgraniczne są traktowane z perspektywy granic państwowych, a nie specyficznych potrzeb regionów przygranicznych.

Wzmocnienie roli władz lokalnych i regionalnych w planowaniu i przygotowaniu odpowiedzi

10. Zwraca uwagę, że 19 z 27 państw członkowskich postanowiło powierzyć główną odpowiedzialność za usługi lecznicze, opiekę medyczną i zdrowie publiczne władzom lokalnym i regionalnym, w związku z czym postuluje pełne włączenie tych władz w proces opracowania krajowych planów gotowości i reagowania, jego oceny i przygotowania odpowiedzi.

11. Wskazuje na konieczność opracowania mechanizmów wdrażania na szczeblu regionalnym. Skuteczność wdrażania krajowych planów gotowości i reagowania zależy od tego, jak intensywnie rządy krajowe angażują szczebel regionalny.

12. Z zadowoleniem przyjmuje propozycję Komisji Europejskiej, aby poddać systemy opieki zdrowotnej w państwach członkowskich testom warunków skrajnych w celu zapewnienia wdrożenia unijnego planu gotowości i reagowania. Przypomina, że w testy te powinny zostać w pełni włączone, stosownie do swoich kompetencji, regiony i miasta odpowiednich państw członkowskich.

13. Z zadowoleniem przyjmuje ideę organizacji przez Komisję szkoleń dla pracowników opieki zdrowotnej w zakresie opracowywania i wdrażania krajowych planów gotowości, w celu zwiększenia gotowości na sytuacje kryzysowe, w tym poprzez wykorzystanie narzędzi cyfrowych, lecz uważa, że szkoleniami tymi powinni być objęci pracownicy władz lokalnych i regionalnych odpowiedzialni za zdrowie, gdy władze te ponoszą znaczną odpowiedzialność za zdrowie publiczne.

14. Zgłasza potrzebę elastyczności w połączeniu ogólnych działań z wiedzą i działaniami lokalnymi oraz regionalnymi.

15. Podkreśla, iż zaangażowanie obywateli i samorządów lokalnych pozwoliłoby na skuteczniejsze budowanie odporności na zagrożenia. W proces ten powinni być również zaangażowani praktycy, których perspektywa może być inna niż ustawodawców.

16. Zwraca uwagę na kwestię edukacji i propagowania wiedzy na tematy związane ze zdrowiem publicznym wśród ogółu społeczeństwa. Rola władz lokalnych i regionalnych w tym zakresie jest kluczowa.

17. Nalega na wsparcie łączności cyfrowej i szkoleń w regionalnych placówkach ochrony zdrowia oraz promowanie telemedycyny w celu zapewnienia skuteczniejszej opieki dzięki inteligentnym ośrodkom i mobilnym zespołom multidyscyplinarnym.

Regiony przygraniczne

18. Zwraca uwagę na szczególną rolę i szczególne wyzwania regionów leżących wzdłuż granic wewnętrznych i zewnętrznych UE, posiadających wypracowane od wielu lat modele współpracy w obszarze zdrowia między regionami przygranicznymi oraz na korzyści, jakie tego typu rozwiązania przynoszą miejscowym społecznościom.

19. Proponuje, aby wzmocniono środki służące ochronie systemów technologicznych władz lokalnych i regionalnych w zakresie zdrowia przed ewentualnymi cyberatakami, które mogłyby zagrozić funkcjonowaniu systemów opieki zdrowotnej państw członkowskich. Konieczne jest skoordynowane planowanie i scentralizowane doradztwo w celu wzmocnienia systemów, które mają krytyczne znaczenie w zwyczajnych sytuacjach, a tym bardziej podczas pandemii.

20. Wskazuje, że obecny kryzys uwidocznili istniejące zagrożenia dla systemu przygranicznej opieki zdrowotnej i stworzył dodatkowe bariery współpracy między regionami. Różnice w kompetencjach oraz trudności administracyjne wynikające z różnych przepisów prawnych stały się głównymi wyzwaniami w osiągnięciu skuteczniejszego i udoskonalonego zarządzania opieką zdrowotną w regionach przygranicznych.

21. Wzywa do szybkiego przyjęcia właściwych rozwiązań prawnych, systemu zachęt i promocji dobrych praktyk w celu trwałego usprawnienia współpracy regionów przygranicznych w zakresie opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez uwzględnienie możliwości czy konieczności powoływania w ramach krajowych planów gotowości i reagowania międzyregionalnych, transgranicznych grup kontaktowych, przygotowujących i koordynujących działania w regionach po obu stronach granicy w sytuacji wystąpienia zagrożenia zdrowia.

22. Podkreśla, że pacjenci korzystający z opieki zdrowotnej za granicą czynią to głównie w sąsiednim regionie, dlatego też współpraca między regionami przygranicznymi staje się niezbędnym warunkiem sukcesu.

23. Sugeruje utworzenie „statusu” transgranicznego pracownika opieki zdrowotnej, w celu ułatwienia mobilności personelu medycznego. Uważa, że dla ułatwienia mobilności pracowników ochrony zdrowia w Europie korzystne byłoby wzmocnienie systemu wzajemnego uznawania kwalifikacji zawodowych oraz promowanie jednolitych struktur kształcenia.
24. Wzywa zatem Komisję do przedstawienia wniosku w sprawie zapewnienia minimalnej przenikalności granic i powiązanej współpracy transgranicznej w dziedzinie zdrowia w celu utrzymania lub w razie potrzeby wzmocnienia świadczenia usług w tej dziedzinie, w tym w sytuacjach kryzysowych, jak miało i ma to miejsce w przypadku pandemii COVID-19.
25. Proponuje promowanie zawarcia umów o stałej współpracy w dziedzinie zdrowia pomiędzy właściwymi organami właściwych szczebli różnych krajów w celu zapewnienia wymiany pacjentów w sytuacjach kryzysowych. Umowy te muszą również uwzględniać fakt, iż UE ma wspólne granice z krajami trzecimi.

B. Wniosek dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 851/2004 ustanawiającego Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób

EUROPEJSKI KOMITET REGIONÓW

26. Z zadowoleniem przyjmuje wniosek dotyczący wzmocnienia mandatu Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), o który zabiegał w opinii w sprawie mechanizmu nadzwyczajnego w dziedzinie zdrowia.
27. Jest zdania, iż rozszerzenie kompetencji ECDC jest kluczowe dla opracowania wspólnych strategii na szczeblu UE w kwestii radzenia sobie z transgranicznymi zagrożeniami zdrowia.
28. Zaleca, aby w ramach nowego mandatu ECDC gromadziło dane na szczeblu niższym niż krajowy oraz usprawniło współpracę regionów przygranicznych i węzłów tranzytowych w sytuacji transgranicznych zagrożeń zdrowia.
29. Podkreśla, iż ścisła współpraca z ECDC przyczyni się do poprawy planowania gotowości, reagowania oraz do ulepszenia sprawozdawczości i audytu w samorządach, zwłaszcza w regionach przygranicznych, oraz wzywa do przyjęcia odpowiednich przepisów umożliwiających władzom regionalnym organizowanie szybkiej transgranicznej reakcji i koordynacji w przypadku pandemii.
30. Ma nadzieję, że ECDC będzie wydawać niewiążące zalecenia i sugestie w kwestii zarządzania ryzykiem, szczególnie w odniesieniu do regionów przygranicznych.
31. Podkreśla znaczenie zdolności do mobilizacji i rozmieszczenia Grupy Zadaniowej UE ds. Zdrowia w celu wsparcia miejscowego reagowania w państwach członkowskich.
32. Zaznacza, iż ścisła współpraca operacyjnych punktów kontaktowych w krajach członkowskich z właściwymi organami nadzorującymi na szczeblu lokalnym i regionalnym jednostki opieki zdrowotnej w znacznym stopniu zwiększą efektywność w zakresie nadzoru epidemiologicznego.
33. Podkreśla, iż zakłady opieki zdrowotnej dysponują najbardziej aktualną wiedzą, w tym bazami danych dotyczącymi stanu epidemiologicznego. Dlatego też nalega, aby zaangażować lokalne i regionalne organy, które je nadzorują, w proces przygotowania i implementacji zharmonizowanych systemów przekazywania tych informacji.
34. Nalega na konieczność uzgodnienia przez państwa członkowskie wspólnego protokołu statystycznego, aby umożliwić porównywalność danych dotyczących skutków kryzysu COVID-19 i przyszłych pandemii. Protokół ten, który ma zostać opracowany pod wspólnym zwierzchnictwem Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i Eurostatu, mógłby opierać się na danych dostarczanych na poziomie NUTS 2, aby ułatwić reakcję polityczną uwzględniającą wykorzystanie europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych.
35. Jest zdania, że ECDC może zapewniać nadzór epidemiologiczny za pośrednictwem zintegrowanych systemów, które umożliwiają nadzór w czasie rzeczywistym dzięki zastosowaniu nowoczesnych technologii i dostępnych aplikacji modelujących opartych na sztucznej inteligencji.

Bruksela, dnia 7 maja 2021 r.

Apostolos TZITZIKOSTAS

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Regionów