

**Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie wniosku dotyczącego decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia**

COM(2011) 866 wersja ostateczna – 2011/0421 (COD)

(2012/C 181/28)

Samodzielny sprawozdawca: **Béatrice OUI**

Dnia 19 stycznia 2012 r. Rada oraz dnia 17 stycznia 2012 r. Parlament Europejski, działając na podstawie art. 304 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, postanowiły zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie

*wniosku dotyczącego decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia*

COM(2011) 866 final – 2011/0421 (COD).

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię 29 lutego 2012 r.

Na 479. sesji plenarnej w dniach 28–29 marca 2012 r. (posiedzenie z 28 marca) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 149 do 2 – 4 osoby wstrzymały się od głosu – przyjęła następującą opinię:

## 1. Wnioski i zalecenia

1.1 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny popiera wniosek dotyczący decyzji w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia.

1.2 Popiera podejście polegające na obraniu za podstawę tych elementów, które sprawdzają się w przypadku chorób zakaźnych<sup>(1)</sup>, oraz analizę niedawnych kryzysów, tak by uzupełnić braki w obecnym mechanizmie, co jest możliwe na mocy Traktatu z Lizbony.

1.3 Konieczna jest koordynacja na poziomie całego kontynentu umożliwiająca działanie poza rozgraniczeniami sektorowymi, by skuteczniej przeciwdziałać zagrożeniom, które nie znają przecież granic.

1.4 Niemniej Komitet nalega na to, by wszystkie grupy społeczeństwa obywatelskiego zostały włączone w planowanie przygotowań i w działania komunikacyjne w wypadku wystąpienia kryzysu. Ograniczenie działań koordynacyjnych jedynie do specjalistów od opieki zdrowotnej i do specjalistów od ochrony cywilnej nie odpowiada obecnemu sposobowi funkcjonowania społeczeństwa, w którym media odgrywają ważną rolę w informowaniu ludności.

## 2. Kontekst

2.1 Wielkie epidemie dżumy, cholery czy grypy w ubiegłych stuleciach zapisały się w świadomości zbiorowej jako plagi, które zdołały zdziesiątkować rodzaj ludzki zaledwie w kilka tygodni.

2.2 Europejczykom w XX wieku wydawało się, że udało im się uporać z tym zagrożeniem dzięki nowoczesnej medycynie. Poszczególne państwa wprowadziły systemy publicznej opieki

zdrowotnej (obowiązkowe szczepienia, nadzór sanitarno-epidemiologiczny), by chronić ludność. Europa zadbała zaś o skuteczne prawodawstwo i stworzyła odpowiednią sieć służącą walce z chorobami zakaźnymi. System ten sprawdza się w odniesieniu do wirusów już wykrytych i od dawna znanych. Okazał się on jednak mniej skuteczny wobec nowych chorób, takich jak AIDS czy SARS<sup>(2)</sup>.

2.3 Pojawiły się jeszcze inne zagrożenia, które mogą okazać się niebezpieczne dla ludności całych regionów. Powszechna mobilność osób, transport produktów żywnościowych i innych oznacza, że pojawiają się nowe elementy ryzyka. Wirusy dotychczas występujące lokalnie mogą się przemieszczać bardzo szybko i stać się zagrożeniem w regionach, w których nie są znane.

2.4 Wynalezienie i masowe wytwarzanie chemikaliów, które umożliwiły zwalczanie chorób, zwiększenie produkcji rolnej, ułatwienia w budownictwie i transporcie, zwiększenie liczby dostępnych produktów, przyspieszenie i upowszechnienie wszelkiej komunikacji, ma też drugą, ciemniejszą stronę. Obecnie ludzie żyją w pewnego rodzaju miksturze chemicznej, która wszelkie zanieczyszczenia rozprawdza w powietrzu, w wodzie i żywności.

2.5 Rzeki, deszcze, wiatr, wirusy nie znają granic. Jeśli jest dziedzina, w której sprawą podstawową jest zorganizowanie się w skali Europy, to jest to ochrona zdrowia ludności.

2.6 Jednym z następstw masowej produkcji przemysłowej jest ocieplenie klimatu wraz z towarzyszącymi mu konsekwencjami. Zdarzają się jednak także wypadki przemysłowe, pojawiają nowe wirusy itd. Nie można wobec tego ograniczyć się wyłącznie do aspektu chorób zakaźnych, ani nawet do nadzoru medycznego nad ludnością.

<sup>(1)</sup> Decyzja nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 września 1998 r. ustanawiająca sieć nadzoru i kontroli epidemiologicznej chorób zakaźnych we Wspólnocie (Dz.U. L 268 z 3.10.1998, s. 1).

<sup>(2)</sup> Zespół ostrej niewydolności oddechowej.

2.7 W społeczeństwie charakteryzującym się licznymi powiązaniem, zagrożenie zdrowia może pojawić się zewsząd. Kryzys sanitarny zaczyna się od zanieczyszczenia przemysłowego, epidemii weterynaryjnej lub klęski żywiołowej. Wobec tego nie chodzi jedynie o pokonanie granic geograficznych, ale także granic między sektorami.

2.8 Jeśli chodzi o choroby zakaźne, istnieje skuteczny mechanizm światowy funkcjonujący pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia <sup>(3)</sup>.

2.9 Europa nie zaczyna od zera. System stosowany w przypadku chorób zakaźnych jest skuteczny i już sprawdzony. Jednak w przypadku pandemii grypy H1N1 wykazał on niedociągnięcia, jeśli chodzi o kupno szczepionek, które można wyprodukować dopiero w chwili pojawienia się nowego wirusa. Przemysłowa produkcja szczepionek oraz negocjacje cenowe sprawiły, że państwa członkowskie przyjęły odmienne podejścia do szczepień, co mogło doprowadzić do poważnych skutków, jeśli chodzi o rozprzestrzenianie się wirusa, gdyby okazał się on bardziej zdrażliwy.

2.10 Po zamachach z 11 września 2001 r. oraz po tym, jak w Stanach Zjednoczonych otrzymywano listy i paczki zawierające zarodniki węgla, powołano na szczeblu europejskim Komitet ds. Bezpieczeństwa Zdrowia <sup>(4)</sup> odpowiedzialny za kwestie dotyczące zagrożeń innych niż choroby zakaźne. Nie jest on jednak zinstytucjonalizowany, wobec czego nie może podejmować decyzji politycznych, w chwili gdy zachodzi taka potrzeba.

### 3. Poprawienie istniejącej sytuacji

3.1 Przedmiotowy wniosek umożliwia uzupełnienie istniejących niedociągnięć w oparciu o Traktat z Lizbony <sup>(5)</sup>, który przyznaje nowe kompetencje w tej dziedzinie, oraz o analizie trudności napotkanych podczas niedawnych kryzysów sanitarnych.

3.2 Liczne były takie sytuacje kryzysowe: choroba wściekłych krów, pandemia H1N1, bakteria E.coli/STEC O104, ataki z zastosowaniem chloru w Iraku, skażenie melaminą, toksyczny czerwony szlam, wycieki ropy naftowej do morza, chmury pyłu wulkanicznego. Każdy kryzys jest okazją do uzmysłowienia sobie słabych punktów obecnego systemu i do zaproponowania ulepszeń. Przedmiotowy wniosek dotyczący decyzji ma stworzyć spójne ramy w oparciu o istniejące elementy i doprowadzić do lepszej współpracy krajowej i sektorowej.

3.3 We wniosku nie podjęto kwestii zagrożenia radiologicznego czy jądrowego, którymi zajęto się już w innych aktach prawodawstwa europejskiego.

3.4 Obecne regulacje UE dotyczą jedynie zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi <sup>(6)</sup>. Sieć nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych, która ostrzega przed zagrożeniem i koordynuje reakcję na poziomie europejskim, nie jest

dostosowana do obecnych norm i potrzeb. Proponuje się więc zastąpienie jej przepisami zawartymi w przedmiotowym wniosku.

3.5 Umocnienie istniejącego systemu dzięki objęciu nim nowych zagrożeń doprowadzi do większej skuteczności bez znacznych dodatkowych kosztów.

3.6 Komitet popiera cele zawarte we wniosku:

— w kwestii planowania gotowości, koordynację starań państw członkowskich w celu zwiększenia gotowości i budowania zdolności. „W tym celu Komisja zapewni koordynację planowania na szczeblu krajowym oraz koordynację działań w kluczowych sektorach, takich jak transport, energia i ochrona ludności, oraz wesprze państwa członkowskie w tworzeniu mechanizmu wspólnych zamówień medycznych środków zapobiegawczych”;

— w celu przekazywania istotnych informacji i danych do oceny ryzyka oraz monitorowania pojawiających się zagrożeń ustanowienie doraźnej sieci na wypadek sytuacji, w których państwo członkowskie powiadamia o poważnym zagrożeniu innym niż choroba zakaźna. Choroby zakaźne podlegać będą monitorowaniu w taki sam sposób jak obecnie;

— rozszerzenie zakresu istniejącego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania, tak aby obejmował on wszystkie poważne zagrożenia zdrowia, a nie wyłącznie choroby zakaźne;

— koordynację opracowywania krajowych i europejskich ocen ryzyka dla zdrowia publicznego w sytuacji kryzysowej w przypadku zagrożeń biologicznych, chemicznych, środowiskowych oraz nieznanego pochodzenia;

— ustanowione w decyzji spójne ramy reagowania ze strony UE w przypadku poważnej sytuacji kryzysowej dotyczącej zdrowia publicznego. Ścisłe rzecz biorąc, dzięki sformalizowaniu działalności istniejącego Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia UE będzie mogła lepiej koordynować reagowanie kryzysowe na szczeblu krajowym w sytuacjach wyjątkowych dotyczących zdrowia publicznego.

3.7 Lepsza koordynacja, większa skuteczność, składanie zamówień europejskich w trosce o łatwiejsze negocjacje z laboratoriami farmaceutycznymi, by chronić wszystkich Europejczyków, opracowanie europejskiego, a nie tylko międzynarodowego systemu ostrzegania (WHO), poszerzenie istniejących mechanizmów na zagrożenia chemiczne, bakteriologiczne i środowiskowe itd. – to zamiar zapowiedziany we wniosku. Oczywiście Komitet w pełni się do niego przychyli.

3.8 Ocena zagrożenia za pośrednictwem europejskiej sieci specjalistów, porozumienie się co do poziomu ryzyka, by przewidzieć odpowiednie reakcje i wypracować wspólne komunikaty, wymiana danych szczególnie chronionych z poszanowaniem zasad (zwłaszcza tych, które dotyczą ochrony danych osobowych) i w dbałości o to, by państwa członkowskie wymieniały dane tej samej natury oraz by dane te były wymieniane z państwami sąsiednimi, opracowanie wspólnych obwieszczeń przeznaczonych dla podróżnych, wszystko to przyczynia się do sprawniejszego działania istniejących już elementów bez dodatkowego obciążania mechanizmów nowymi przepisami.

<sup>(3)</sup> Międzynarodowe przepisy zdrowotne (IHR): <http://www.who.int/ihr/en/>.

<sup>(4)</sup> Zob. konkluzje Prezydencji z dnia 15 listopada 2001 r. w sprawie bioterroryzmu (13826/01) i konkluzje Rady z dnia 22 lutego 2007 r. w sprawie tymczasowego przedłużenia i poszerzenia mandatu Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia (6226/07).

<sup>(5)</sup> Art. 6 pkt A i art. 168 ust. 1 TFUE.

<sup>(6)</sup> Decyzja nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 września 1998 r. ustanawiająca sieć nadzoru i kontroli epidemiologicznej chorób zakaźnych we Wspólnocie (Dz.U. L 268 z 3.10.1998, s. 1).

#### 4. Uwzględnianie obecnych przemian

4.1 EKES pragnie jednak zwrócić uwagę władz publicznych zarówno europejskich, jak i w państwach członkowskich, na przebieg niedawnych kryzysów.

4.2 Tak w odniesieniu do pandemii grypy H1N1, jak i bakterii E.coli/STEC O104, mogliśmy stwierdzić, że nie tylko władze publiczne przekazywały informacje i że pewna część ludności bardziej wierzy w niesprawdzone informacje upowszechniane przez internet. Ta mnogość źródeł wiadomości może komplikować zarządzanie kryzysem i mieć poważne skutki dla zdrowia ludności oraz dla całych sektorów gospodarki, w sytuacji gdy np. niektórzy lekarze krytycznie odnoszą się do szczepionek lub też gdy rozpowszechniane są błędne informacje na temat pochodzenia bakterii.

4.3 Niewłaściwe rozpowszechnianie informacji może doprowadzić do olbrzymiego marnotrawstwa i zagrozić skuteczności tych mechanizmów. Aspekt pedagogiczny musi być równie ważny co względy gospodarcze.

4.4 W związku z tym Komitet zaleca, by wszystkie grupy społeczeństwa obywatelskiego były uwzględnione w mechanizmach kryzysowych jako punkty przekazywania informacji oraz by poza okresami kryzysowymi przeprowadzano w szkołach

i w miejscach pracy kampanie informacyjne wyjaśniające obywatelom europejskim system chroniący ich przed zagrożeniem, sposób funkcjonowania systemów nadzoru i ostrzegania oraz komu należy ufać w przypadku kryzysu i kto jest upoważniony do przekazywania wiarygodnych informacji.

4.5 Działania komunikacyjne stały się głównym wyzwaniem w sytuacji kryzysowej dotyczącej zdrowia publicznego. Są one równie ważne, co posiadanie szczepionek, gdyż dobre szczepionki nie zdadzą się na wiele, jeśli ludność nie będzie przekonana o konieczności zaszczepienia się.

4.6 Odwołanie się do poczucia odpowiedzialności obywateli ma sens jedynie wtedy, gdy są oni w stanie faktycznie się nim wykazać. W tym celu trzeba ich uprzednio poinformować i przeszkolić w zakresie istniejących mechanizmów i roli, którą każdy powinien odegrać w takiej sytuacji. Obywatele mogą uczestniczyć, stać się podmiotami wspólnej ochrony, ale mogą też pogorszyć sytuację, jeśli nie wzbudzono w nich poczucia odpowiedzialności i nie zostali właściwie poinformowani. Władze publiczne muszą w interesie ogólnym włączyć w działania dotyczące ochrony ludności wszystkie organizacje troszczące się o wspólne dobro i zachęcać do przekazywania sobie właściwych informacji.

Bruksela, 28 marca 2012 r.

Przewodniczący  
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego  
Staffan NILSSON

---