PISM | POLSKI INSTYTUT SPRAW MIĘDZYNARODOWYCH
THE POLISH INSTITUTE OF INTERNATIONAL AFFAIRS

NR 134 (2066), 24 CZERWCA 2020 © PISM

BIULETYN

# Perspektywy rozwoju polityki zdrowotnej UE po pandemii COVID-19

Jolanta Szymańska

Pandemia COVID-19 ukazała zarówno słabości systemów ochrony zdrowia państw członkowskich, jak i ograniczenia unijnego mechanizmu reagowania na transgraniczne zagrożenia zdrowotne. Wzmocnienie odporności UE na kryzysy zdrowotne stanie się ważnym punktem negocjacji budżetowych oraz obrad planowanej konferencji o przyszłości Europy. Choć nie brakuje rzeczników przyznania Unii większych uprawnień w tym obszarze, zmiany najpewniej ograniczą się do zwiększenia zasobów unijnych instytucji ds. zdrowia oraz usprawnienia mechanizmów współpracy państw, tak by lepiej reagowały na kryzysy w przyszłości.

**Kompetencje UE w obszarze zdrowia.** Ich zakres reguluje art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu UE. Zgodnie z nim odpowiedzialność za ochronę zdrowia, a przede wszystkim za systemy opieki zdrowotnej, spoczywa na państwach członkowskich, a UE jedynie uzupełnia polityki krajowe w tym zakresie. Działania organizacji nakierowane są przede wszystkim na poprawę zdrowia publicznego, profilaktykę oraz usuwanie zagrożeń. UE wspiera badania nad przyczynami epidemii oraz sposobami ich rozprzestrzeniania się i zwalczania. Monitoruje też transgraniczne zagrożenia dla zdrowia, ostrzegając państwa członkowskie oraz zachęcając je do współpracy.

W wymiarze instytucjonalnym kluczową rolę w unijnym systemie ochrony zdrowia odgrywa Komisja Europejska (KE), a w jej ramach komisarz ds. zdrowia i bezpieczeństwa żywności (w obecnej kadencji – Stela Kiriakidu) wraz z podległą dyrekcją generalną. Wsparciem dla KE są europejskie agencje – Europejska Agencja Leków (EMA) i Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). W systemie wczesnego ostrzegania o transgranicznych zagrożeniach zdrowia (EWRS) funkcję koordynacyjną pełni natomiast Komitet ds. Bezpieczeństwa Zdrowia (KBZ).

**Odpowiedź UE na pandemię.** Pierwsze sygnały o zagrożeniu nowym wirusem pojawiły się w EWRS już na początku 2020 r. 17 stycznia KBZ odbył pierwsze konsultacje w tej sprawie. Opierając się na komunikatach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zarówno ECDC, jak i KBZ oceniały ryzyko wystąpienia epidemii w UE jako niskie. Mimo to kontynuowano konsultacje zarówno w formule spotkań ministrów zdrowia, jak i w ramach komitetu. Służyły one najpierw wymianie informacji, a po udokumentowaniu pierwszych zakażeń w Europie – także koordynacji działań w zakresie wspólnej odpowiedzi na kryzys.

Pod wpływem wzrostu liczby chorych w Europie KE podjęła działania mające na celu m.in. pomoc materialną dla sektora opieki zdrowotnej, wsparcie badań nad terapią i szczepionką oraz doradztwo w sprawie krajowych strategii walki z pandemią. 17 marca ustanowiła specjalny panel doradczy ds. COVID-19 złożony z epidemiologów i wirusologów z różnych państw członkowskich. W oparciu o rekomendacje panelu oraz ECDC opublikowała zalecenia dla państw dotyczące wykonywania testów na koronawirusa, ograniczenia kontaktów personalnych, a także wzmocnienia wydolności krajowych systemów ochrony zdrowia. Aby ułatwić dystrybucję sprzętu medycznego w UE, stworzyła specjalną platformę koordynacyjną. Podjęła też decyzję o utworzeniu zapasów środków medycznych, takich jak respiratory i maski ochronne. Zmobilizowała ponadto fundusze w wysokości 140 mln euro na programy

badawcze, mające na celu lepsze poznanie wirusa oraz rozwój diagnostyki, szczepienia i leczenia. W czerwcu, po otrzymaniu upoważnienia od państw członkowskich, opublikowała unijną strategię ws. szczepionek, przewidującą zawieranie wspólnych umów zakupu.

Mimo zastrzeżeń wobec działań WHO w początkowej fazie pandemii instytucje i państwa UE uznały, że organizacja powinna zachować wiodącą rolę w światowej walce z COVID-19. Aby ją wesprzeć, UE uruchomiła pakiet „Drużyna Europy", w ramach którego współfinansuje projekty humanitarne oraz wzmacniające systemy opieki zdrowotnej w krajach spoza UE, najbardziej dotkniętych pandemią.

**Wpływ COVID-19 na debatę o przyszłości polityki zdrowotnej UE.** Pandemia sprowokowała dyskusję o zwiększeniu kompetencji UE w obszarze polityki zdrowotnej. Taki postulat pojawił się już w marcu w liście otwartym polityków oraz przedstawicieli biznesu i społeczeństwa obywatelskiego, popartym przez ponad 6 tys. osób z różnych państw. Sygnatariusze zaapelowali w nim o „uznanie zdrowia publicznego i walki z epidemiami za równoczesną kompetencję UE, podlegającą zwykłej procedurze ustawodawczej, oraz przyznanie Komisji nadzwyczajnych uprawnień do koordynowania procesu reagowania na epidemie, na wzór rządu federalnego". W tym celu zaproponowali przekształcenie planowanej konferencji o przyszłości Europy w konwencję, na której wypracowany zostanie projekt zmiany traktatów.

Kompleksową wizję reformy zaprezentowały europejskie organizacje zdrowotne zrzeszone w koalicji EU4Health. Wezwały one państwa i instytucje UE do zwiększenia nakładów na opiekę medyczną i wyodrębnienia specjalnego programu w zakresie zdrowia w wieloletnim budżecie. W ramach doraźnej reakcji na kryzys domagały się wzmocnienia zasobów i kompetencji instytucji UE działających w obszarze zdrowia, zachęcając też do systematycznego przeglądu unijnych polityk pod kątem ich wpływu na zdrowie Europejczyków. W dłuższej perspektywie wskazały na potrzebę głębszej refleksji nad zdrowiem publicznym w UE, postulując zdefiniowanie katalogu praw w zakresie zdrowia zagwarantowanych wszystkim Europejczykom oraz wzmocnienie kompetencji UE w tym obszarze. Powoływali się przy tym na badania opinii publicznej. W badaniach Eurobarometru przeprowadzonych w ramach debaty o przyszłości Europy 60% Europejczyków wyraziło przekonanie, że UE powinna mieć większe kompetencje w zakresie polityki zdrowotnej i bezpieczeństwa socjalnego.

Otwarty na dyskusję o włączeniu polityki zdrowotnej pod obrady konferencji o przyszłości Europy, w tym na rewizję traktatów, jest Parlament Europejski (PE). W opublikowanym pod koniec maja komunikacie komisja konstytucyjna PE wezwała Radę do możliwie szybkiego opracowania mandatu negocjacyjnego umożliwiającego głęboką reformę UE. Zanim jednak do niej dojdzie, PE zaproponował doraźne wzmocnienie kadrowe ECDC (krytykując ograniczenie liczby pracowników agencji w latach 2013–2018) oraz rozszerzenie kompetencji EMA tak, by rozwiązać problem niedoborów leków o krytycznym znaczeniu.

Część postulatów ekspertów oraz PE została uwzględniona w przedstawionej pod koniec maja propozycji KE dotyczącej nowego programu UE dla zdrowia na lata 2021–2027. Jego celem jest przede wszystkim zwiększenie zasobów w dziedzinie ochrony zdrowia tak, by można było lepiej reagować na kryzysy zdrowotne w przyszłości. W ramach programu UE zamierza zainwestować 9,4 mld euro w tworzenie zapasów medycznych, utrzymywanie rezerwy pracowników ochrony zdrowia i ekspertów na potrzeby oddelegowania do miejsc objętych kryzysem, a także zwiększenie nadzoru nad transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia. W programie przewidziano też działania na rzecz zwiększenia dostępności leków, promowania innowacji medycznych, transformacji cyfrowej systemów opieki zdrowotnej, a także profilaktyki medycznej. Propozycja KE nie zakłada jednak ingerencji w istniejący podział kompetencji między UE a państwami członkowskimi w dziedzinie zdrowia.

**Perspektywy.** Rozpoznanie braków w systemie wczesnego ostrzegania o zagrożeniach oraz problemów z koordynacją działań państw członkowskich w trakcie pandemii tworzy szansę na nowe otwarcie w obszarze współpracy europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego. Podstawą dyskusji o reformie będzie przedstawiony przez KE projekt nowego programu UE dla zdrowia, ujęty w wieloletnim budżecie UE na lata 2021–2027. Mimo kryzysu gospodarczego, będącego następstwem pandemii, oraz wewnątrzunijnych podziałów wokół samego projektu budżetu proponowane przez KE zwiększenie nakładów na cele określone w programie na rzecz zdrowia najpewniej zyska aprobatę państw członkowskich, w tym Polski.

Postulowana przez ekspertów i PE głęboka reforma polityki zdrowotnej, obejmująca uznanie zdrowia publicznego za kompetencję współdzieloną przez państwa członkowskie i UE, napotka jednak opór państw niechętnych pogłębianiu integracji. Barierą w tym kontekście jest już sam wymóg otwarcia traktatów, od lat budzący sceptycyzm większości europejskich decydentów. Nie bez znaczenia pozostają też różnice w modelach i poziomie rozwoju krajowych systemów opieki zdrowotnej.

W wymiarze globalnym UE będzie kontynuować współpracę z WHO w walce z transgranicznymi zagrożeniami zdrowia, utrzymując wsparcie finansowe dla organizacji. Po wygaszeniu pandemii dążyć będzie jednak do ewaluacji działań WHO wobec COVID-19, tak by usprawnić jej prace w przyszłości.

Redakcja: Sławomir Dębski, Patrycja Sasnal, Rafał Tarnogórski, Sebastian Płóciennik, Justyna Szczudlik, Daniel Szeligowski, Jolanta Szymańska, Marcin Terlikowski, Karol Wasilewski, Szymon Zaręba, Tomasz Żornaczuk