

Eriaruanne

Tõsiste piiriülest terviseohtudega tegelemine ELis: palju on juba tehtud, ent võtta tuleb veel täiendavaid meetmeid



EUROOPA
KONTROLLIKODA

EUROOPA KONTROLLIKODA
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUKSEMBURG

Tel +352 4398-1

Päringud: eca.europa.eu/et/Pages/ContactForm.aspx

Veebisait: eca.europa.eu

Twitter: @EJAuditors

Lisateavet Euroopa Liidu kohta saab internetist Euroopa serverist (<http://europa.eu>).

Luxembourg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, 2016

Print	ISBN 978-92-872-6154-0	ISSN 1831-0818	doi:10.2865/18799	QJ-AB-16-028-ET-C
PDF	ISBN 978-92-872-6171-7	ISSN 1977-5652	doi:10.2865/045243	QJ-AB-16-028-ET-N
EPUB	ISBN 978-92-872-6151-9	ISSN 1977-5652	doi:10.2865/587103	QJ-AB-16-028-ET-E

© Euroopa Liit, 2016

Allikale viitamisel on reprodutseerimine lubatud.

Eriaruanne**Tõsiste piiriüleste
terviseohtudega
tegelemine ELis: palju on
juba tehtud, ent võtta
tuleb veel täiendavaid
meetmeid**

(vastavalt Euroopa Liidu toimimise lepingu artikli 287 lõike 4
teisele lõigule)

Kontrollikoja eriaruannetes esitatakse konkreetseid eelarvevaldkondi või juhtimisega seotud teemasid hõlmavate tulemus- ja vastavusauditite tulemused. Auditite valiku ja ülesehituse juures on kontrollikoja eesmärgiks maksimeerida nende mõju, võttes arvesse tulemuslikkuse ja vastavuse riske, konkreetse valdkonna tulude ja kulude suurust, tulevase arengu suundi ning poliitilist ja avalikku huvi.

Käesoleva tulemusauditi viis läbi loodusressursside säästliku kasutamise valdkonnale spetsialiseerunud I auditikoda, mille eesistuja on kontrollikoja liige Phil Wynn Owen. Auditit juhtis kontrollikoja liige Janusz Wojciechowski, keda toetasid kabinetiülem Kinga Wiśniewska-Danek, kabineti atašee Katarzyna Radecka-Moroz, valdkonnajuht Colm Friel, auditijuht Stefan den Engelsen ja auditijuhi asetäitja Joanna Kokot. Auditirühma kuulusid Aris Konstantinidis, Jurgen Manjé, Roberto Resegotti ja Frédéric Soblet. Keelealast abi osutas Madis Rausi.



Vasakult paremale: C. Friel, A. Konstantinidis, K. Radecka-Moroz, S. den Engelsen, J. Wojciechowski, J. Manjé, J. Kokot, R. Resegotti, F. Soblet.

Punkt

Lühendid

I–X Kokkuvõte

1–12 Sissejuhatus

1–2 Tõsised piiriülesed terviseohud

3–12 Tõsiste piiriüleste terviseohtudega tegelemise ELi raamistik

13–20 Auditi ulatus ja lähenemisviis

21–111 Audititählepanekud

21–55 Tõsiste piiriüleste terviseohtude otsus sisaldab ELi terviseturvalisust puudutavaid teatud uuendusi, ent nende rakendamist ja edasiarendamist pärssisid viivitused, ning strateegilised ja tegevusalased raskused on endiselt kõrvaldamata

56–77 Olemasolevate süsteemide ja menetluste oluline roll varajases hoiatamises ja reageerimises ning epidemioloogilises seires on laialdaselt tunnustatud, ent teha tuleb teatud uuendusi

78–94 Terviseprogrammi tulemuslikkuses kodanike kaitsel terviseohtude eest oli puudusi

95–111 Lüngad terviseturbe ja rahvatervise kriisilukordade juhtimise asutusesiseses koordineerimises

112–121 Järeldused ja soovitused

I lisa. Hädaolukordadeks valmisoleku ja neile reageerimise kavandamine rahvusvahelises kontekstis

II lisa. ELi kodanikke tõsiste piiriüleste terviseohtude eest kaitsev raamistik. Peamised pädevused ja ülesanded

III lisa. Ülevaade auditeeritud kaasrahastatud tegevustest

Komisjoni vastus

AMR: antimikroobikumiresistentsus

Chafea: Tarbija-, Tervise-, Põllumajandus- ja Toiduküsimuste Rakendusamet

DG ECHO: Euroopa kodanikukaitse ja humanitaarabioperatsioonide peadirektoraat

DG HOME: rände ja siseasjade peadirektoraat

DG RTD: teadusuuringute ja innovatsiooni peadirektoraat

ECDC: Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus

ELTL: Euroopa Liidu toimimise leping

EMP: Euroopa majanduspiirkond

ERCC: Hädaolukordadele reageerimise koordineerimiskeskus

ERCEA: Euroopa Teadusnõukogu Rakendusamet

EWRS: varajase hoiatuse ja reageerimise süsteem (*Early Warning and Response System*)

IHR: rahvusvahelised tervise-eeskirjad (vt *I lisa*)

REA: Teadusuuringute Rakendusamet

SARS: äge respiratoorne sündroom

SCHEER: tervise-, keskkonna- ja tekkivate riskide teaduskomitee

TESSY: Euroopa seiresüsteem

WHO: Maailma Tervishoiuorganisatsioon

I

Varasematel aastakümnetel on tervist ja elu ohustavad erinevad tõsised sündmused suurendanud rahvusvahelisel ja ELi tasandil terviseturbele pööratavat tähelepanu. Rahvatervist ohustavatel riskidel võib olla palju erinevaid põhjuseid. Lisaks tervisemõjudele võib nendega kaasneda ka suur majanduslik kulu, eriti kui eriolukord kestab pikemat aega, takistab reisimist ja kaubandust ning avalikku elu. Varasemad sündmused on näidanud, et tõsised terviseohud on tihti piiriüleised probleemid, mis võivad vajada mitut sektort ja riiki hõlmavaid meetmeid.

II

Euroopa Liidu toimimise lepingus sätestatakse, et liit peab tagama inimeste tervise kõrgetasemelise kaitse, mis hõlmab tõsiste piiriüleste terviseohtude seiret, varajast hoiatamist nende eest ja nende vastu võitlemist. Lisaks sätestatakse, et liit toetab ja täiendab peamiselt liikmesriikide pädevusse kuuluva tervishoiupoliitika alal liikmesriikide sellealast tegevust. Komisjonil on tervishoiupoliitikas seega peamiselt toetav ja liikmesriikide tegevust täiendav roll.

III

Euroopa Liit määratles tõsised piiriüleised terviseohud valdkonnana, kus liikmesriigid koos saavad tegutseda mõjusamalt. Seetõttu töötati välja koordineerimismehhanismid, mis võimaldavad liidul tegeleda selliste ohtudega. Üheks tähtsaks vaheetapiks ELi tugevama julgeolekuraamistiku loomisel oli 2013. aastal vastu võetud otsus tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta, millega võeti kasutusele olulisi uuendusi näiteks koordineerimise ja valmisoleku kavandamise vallas ning tugevdati terviseohutuse komitee rolli. ELi tervise ja teadusuuringute raamprogrammidest toetatakse ka terviseturbe tegevust.

IV

Tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsuse ja sellega seotud raamistiku rakendamise keerukus tuleneb ELi ja liikmesriikide pädevusest ning asjaolust, et inimeste tervist ohustavaid tõsiseid terviseohte tuleb pidevalt juurde. Seetõttu hindas kontrollikoda, kas kodanikke tõsiste piiriüleste terviseohtude eest kaitsev ELi raamistik on asjakohaselt rakendatud. Auditi käigus uuriti järgmisi põhiküsimusi.

- 1) Kas otsuses sätestatud uuendused on mõjusalt rakendatud?
- 2) Kas varajase hoiatamise ja reageerimise ning epidemioloogilise seire olemasolevaid süsteeme juhitakse ja rakendatakse mõjusalt?
- 3) Kas ELi terviseprogrammid panustavad mõjusalt kodanike kaitsele terviseohtude eest?
- 4) Kas komisjonis on olemas terviseturbe rahastamise ja rahvatervise kriisiolukordade asjakohane asutusesisene koordineerimine?

V

Kontrollikoda järeldas, et komisjoni otsusel nr 1082/2013/EL¹ tõsiste piiriüleste ohtude kohta on suur tähtsus sel-
liste ohtudega tegelemisel ELis. Otsuse ja sellega seotud ELi raamistiku rakendamist mõjutavad aga liikmesriikide
ja komisjoni tasandil esinevad märkimisväärsed puudused. Tulevaste ohtude olemus ja ulatus on teadmata ja võib
muutuda, mistõttu tuleb teha rohkem jõupingutusi nende puuduste kõrvaldamiseks, et EL saaks täiel määral ära
kasutada loodud mehhanisme.

VI

Kontrollikoda leidis, et tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsusega sisse viidud uuenduste rakendamist ja
arendamist takistasid viivitused, mis võivad takistada ka nende mõjusat toimimist. Algust tehti valmisoleku planeerimise
koordineerimisega, ent selgete tulemuste saamiseks peavad asjaomased protseduurid olema usaldusväärse-
mad ja paremini määratletud. Liikmesriigid ei ole näidanud üles küllaldast valmisolekut pandeemilise gripi vaktsiini
ühishangete korraldamise kiirendamiseks ning endiselt puudub ELi mehhanism kiireloomuliste meditsiiniliste
vastumeetmete võtmiseks käesolevas aruandes käsitletava otsuse raamistikus. Terviseohutuse komitee töö ja roll on
osutunud väga oluliseks, ent komitee töös vajab lahendamist mitu strateegilist ja tegevusalast küsimust (see puudu-
tab näiteks kriisile reageerimise eeskirjade koordineerimist).

VII

Olemasolevate varajase hoiatamise ja reageerimise ning epidemioloogilise seire süsteemide toimimise mõjusust
uurides leidis kontrollikoda, et nimetatud süsteemid on toimunud juba aastaid ja et sidusrühmad tunnistavad üldi-
selt nende olulisust ELi tasandil. Varajase hoiatamise ja reageerimise süsteemi (EWRS) ja sellega seotud protseduure
saab aga moderniseerida teatud valdkondades.

VIII

Kontrollikoda järeldas, et terviseprogrammi tulemuslikkuses kodanike kaitsel terviseohtude eest oli puudusi. Enamik
teise terviseprogrammi (2008–2013) auditeeritud tegevustest saavutasid küll kokku lepitud väljundid, ent nende
tulemused ei olnud jätkusuutlikud, mistõttu jäi piiratuks ka nende panus kodanike kaitsesse terviseohtude eest.
Kontrollikoda leidis ka puudusi kolmanda terviseprogrammi (2014–2020) terviseohtude eesmärgi näitaja mõõtmisel;
lisaks kasutati vahendeid perioodil 2014–2016 suhteliselt tagasihoidlikult.

IX

Lisaks näitas audit mitut lünka komisjoni terviseturbe asutusesiseses koordineerimises erinevate talituste ja prog-
rammide vahel. Kontrollikoja leidis samuti, et komisjoni kriisiohjamisstruktuuride vaheliste koostöölepingute
täieliku toimimise nimel tuleb veel tööd teha ning tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi tervisealaste hädaolukor-
dade lahendamise mehhanismi juhtimises oli puudusi, mis võivad pärssida selle tulemuslikkust.

¹ Euroopa Parlamendi ja nõukogu 22. oktoobri 2013. aasta otsus nr 1082/2013/EL tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta ja millega tunnistatakse kehtetuks
otsus nr 2119/98/EÜ (ELT L 293, 5.11.2013, lk 1).

X

Kontrollikoda esitab komisjonile ülalkirjeldatud tähelepanekute käsitlemiseks mitu soovitus:

- i) tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuses sisalduvate uuenduste arendamise ja rakendamise kiirendamiseks esitab kontrollikoda soovitusi, mis puudutavad otsuse nr 1082/2013/EL rakendamiseks koostatud terviseohutuse komitee tegevuskava ning meditsiiniliste vastumeetmete ühishankeid (vt peale punkti 118 esitatud üksikasjaliku **1. soovitus** alapunktid a–d);
- ii) varajase hoiatamise ja reageerimise süsteemi (EWRS) edasiseks moderniseerimiseks ja sellega seotud riskijuhtimisprotseduuride arendamiseks esitab kontrollikoda EWRSi arendamise soovitusi (vt peale punkti 119 esitatud üksikasjaliku **2. soovitus** alapunktid a ja b);
- iii) terviseprogrammi terviseohtudega tegelevate tegevuste tulemuslikkuse peamiste puuduste parandamiseks esitab kontrollikoda soovitusi, mis puudutavad kaasrahastatud tegevuste tulemuste jätkusuutlikkust ja asjaomase tulemuslikkuse mõõtmise meetodika parandamist (vt peale punkti 120 esitatud üksikasjaliku **3. soovitus** alapunktid a–c);
- iv) selleks, et täita komisjoni terviseturbe ja rahvatervise kriisiohjamise tegevuse vahelise asutusesisese koordineerimise lüngad ning parandada komisjoni tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi ülesehitust, soovib kontrollikoda terviseturbega tegelevatel talitustel kasutada omavahelises suhtlemises struktureeritumat koordineerimist, hakata kasutama olemasolevaid kriisiohjamislepinguid ning teha teatud parandusi tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi (vt peale punkti 121 esitatud üksikasjaliku **4. soovitus** alapunktid a–c).

Tõsised piiriülesed terviseohud

01

Viimastel aastakümnetel toimunud inimohvritega sündmused, nagu ägeda raskel kujulise respiratoorse sündroomi (SARS) epideemia 2003. aastal, ülemaailmne H1N1 pandeemia 2009. aastal ja *E. coli* puhang Saksamaal 2011. aastal, on endaga kaasa toonud selle, et nii rahvusvahelisel kui ka ELi tasandil pööratakse üha rohkem tähelepanu terviseturbele. Hiljutine senise ajaloo kõige tõsisem Ebola puhang Lääne-Aafrikas näitas selliste sündmuste mõju tõsidust tervisele ja teistele valdkondadele nii sündmusest otseselt mõjutatud piirkondades kui ka kõigis teistes riikides, kuhu saabub haiguspuhangu piirkonnast reisijaid ja patsiente. Puhang näitas selgelt probleeme, mis on seotud rahvatervise tõsiste piiriülest laadi hädaolukordadega (vt **1. selgitus**).

1. selgitus

Ebola puhang aastatel 2014–2016

Märtsis 2014 teavitas Guinea WHOd Ebola viiruse puhangust. 8. augustil 2014 kuulutas WHO peadirektor Ebola puhangu Lääne-Aafrikas rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukorraks (vt **Ilisas** esitatud kirjeldus). Puhang tabas otseselt kolme riiki (Guinea, Sierra Leone ja Libeeria) ning oli enam kui 28 000 haigestunu ja 11 000 surnuga² (sh sajad tervishoiutöötajad) ajaloo potentsiaalselt kõige raskem Ebola epideemia.

Haigusest otseselt mõjutatud riikides kasvas epideemia seninägematute mõõtmetega rahvatervise, humanitaar- ja sotsiaal-majanduslikuks kriisiks³. Tegu oli paljusid valdkondi hõlmava probleemiga, mis väljus rahvatervise ja tervishoiu raamidest, ning kriisi ohjamisega tegeles suur hulk osalejaid. Hiljem teatasid maale toodud Ebola juhtumitest veel seitse riiki (sh Itaalia, Hispaania ja Ühendkuningriik)⁴. Peamiselt oli tegu tervishoiu- või humanitaarabitöötajatega, kes naasid või evakueeriti kodumaale peale haigusega nakatumist. Paljude välismaiste abistajate (sh eurooplaste) kohalolek kujutas endast täiendavat probleemi eriti seoses nende evakueerimise organiseerimise ning Euroopa tervishoiuasutuste valmisoleku tagamisega Ebola juhtumite ravimiseks. 29. märtsil 2016 kuulutas WHO peadirektor Ebola puhangu rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukorra lõppenuks.

2 WHO Ebola Situation Report, 30. märts 2016.

3 Nõukogu järeldused, milles käsitletakse Lääne-Aafrika Ebola-puhangu õppetunde rahvatervise jaoks – terviseohutus Euroopa Liidus (2015/C 421/04), 17. detsember 2015.

4 WHO Ebola Situation Report, 30. märts 2016.

02

Tõsised piiriülesed terviseohud on bioloogilised, keemilised, keskkonnaalased või teadmata päritolu eluohtlikud või muidu tõsised ohud, mis võivad levida üle liikmesriikide piiride ning mille puhul võib olla vajalik koordineerimine liidu tasandil, et tagada inimeste tervise kaitse kõrge tase⁵ (vt **2. selgituses** esitatud näited). Lisaks inimeste ja tervise kahjustamisele võib nendega kaasneda ka suur majanduslik kulu, eriti kui puhang kestab pikemat aega, takistab reisimist ja kaubandust ning potentsiaalselt ka avalikku elu üldisemalt. Kirjeldatud ohud materialiseeruvad tavaliselt ootamatult ja muutuvad kiiresti keeruliseks hädaolukorraks. Seetõttu on terviseturbe poliitika ja tegevuse eesmärk kaitsta kodanikke terviseohtude eest ning vältida või minimeerida neist ühiskonnale ja majandusele lähtuvat mõju⁶.

5 Otsus nr 1082/2013/EL.

6 Vt eelkõige otsuse nr 1082/2013/EL põhjendused 1–3.

2. selgitus

Näited tõsistest piiriülestest terviseohtudest

Oktoobris 2010 juhtus ühes Ungari alumiiniumitehases **kemikaalidega seotud raske vahejuhtum**: söövitava vee reservuaarist voolasid välja vedeljäätmed. Mudavool tabas naabruses olevaid asulaid ning põhjustas surmajuhtumeid ja vigastusi, paljudel inimestel raviti põletushaavu. Toksiiline muda jõudis lõpuks välja **Doonau jõkke**, mistõttu pidid allavoolu asuvad riigid välja töötama hädaolukorrale reageerimise kavad. Ungari palus ka ELi tsiviilkaitsemehhanismi kaudu rahvusvahelist hädaabi.

2011. aastal aset leidnud **E.coli puhang** põhjustas kahe kuu jooksul 3910 haigusjuhtumit ja 46 inimese surma. Puhang põhjustas Saksamaal intensiivraviosakondade ülekoormuse ja meditsiinivarustuse nappuse; lisaks töötasid laborid võimsuse piiril ja avalikkusel puudus usaldus tervishoiu meetmete vastu. Epideemia avaldas väga suurt mõju ELi põllumajandussektorile. Ettevõtete kahju ulatus hinnanguliselt mitmesaja miljoni euroni ning EL lõi kahjude korvamiseks kompensatsiooni- ja abikavad⁷.

Seireandmete kohaselt muutub Euroopa haiglates ja kogukondades ühe suuremaks rahvatervise ohuks **antimikroobikumiresistentsus**, mis on peamiselt seotud antibiootikumide ebaasjakohase kasutamisega⁸. Antimikroobikumiresistentsus ohustab üha suureneva hulga bakterite, parasiitide, viiruste ja seente põhjustatud põletike mõjusat vältimist ja ravi⁹. WHO andmetel on antimikroobikumiresistentsus tõsine **oht ülemaailmsele rahvatervisele ning nõuab valitsusasutuste ja kogu ühiskonna võetavaid vastumeetmeid**, kuna kogu maailmas tekivad ja arenevad uued resistentsusmehhanismid.

7 „Euroopa Parlamendi ja nõukogu tõsiste piiriülestest terviseohtude otsusele lisatud mõjuhindamine“, SEK(2011) 1519 (lõplik), 8. detsember 2011.

8 Üldsusele mõeldud antimikroobikumiresistentsuse alane ECDC teabeleht (<http://ecdc.europa.eu>).

9 Antimikroobikumiresistentsuse alane WHO teabeleht nr 194, ajakohastatud aprillis 2015.

Tõsiste piiriüleste terviseohtudega tegelemise ELi raamistik

ELi rahvatervise strateegia

03

Euroopa Liidu toimimise leping sisaldab tervist puudutavaid sätteid¹⁰, muu hulgas sätestatakse, et liit peab kogu liidu poliitika ja meetmete määratlemisel ning rakendamisel tagama inimeste tervise kõrgetasemelise kaitse, mis hõlmab tõsiste piiriüleste terviseohtude seiret, varajast hoiatamist nende eest ja nende vastu võitlemist. Lisaks sätestatakse, et rahvatervise valdkonnas toetab ja täiendab liit peamiselt liikmesriikide pädevusse kuuluva tervishoiupoliitika alal liikmesriikide sellealast tegevust¹¹. Komisjonil on tervishoiupoliitikas seega peamiselt toetav ja vajaduse korral liikmesriikide tegevust täiendav roll.

04

ELi tervisestrateegia 2008–2013¹² üheks kolmest eesmärgist oli kaitsta inimesi terviseohtude eest¹³. Tervisestrateegia kohta 2011. aastal koostatud komisjoni vahehindamise kohaselt olid selle eesmärgid ja põhimõtted kooskõlas strateegiaga „Euroopa 2020“, edendades tervist kui aruka ja kaasava majanduskasvu eesmärkide ühte osa. Seetõttu jäi strateegia jõusse kuni aastani 2020. Muudes komisjoni väljaannetes, mille teemadeks on ELi terviseturve¹⁴ ja sisejulgeolek laiemalt¹⁵, viidatakse asjaolule, et tõsised terviseohud on tihti rahvusvahelise mõjuga piiriülesed probleemid. Nimetatud strateegiate kohaselt ei saa liikmesriigid sellistele ohtudele üksi mõjusalt reageerida, mis omakorda annab aluse ELi tegevusele selles valdkonnas.

ELi-ülese koordineerimise ja rahvusvahelise koostöö mehhanismid ning vahendid

05

Tervishoiuministrite nõukogu lõi juba 2001. aastal terviseohutuse komitee, mis on üks mehhanism liikmesriikide tegevuse koordineerimiseks terviseturbe küsimustes. Samal ajal keskendusid kodanikke terviseohtude eest kaitsmist käsitlevad ELi õigusaktid nakkushaigustele. Otsusega nr 2119/98/EÜ¹⁶ moodustati ühenduses epidemioloogilise seire ja nakkushaiguste tõrje võrgustik, mis sisaldas ka varajase hoiatuse ja reageerimise süsteemi (EWRS). 2004. aastal loodi ELi sõltumatu ametina Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC)¹⁷. Amet alustas tööd 2005. aastal ning võttis endale epidemioloogilise seire võrgustiku ning EWRSi majutuse ja koordineerimise ülesande.

- 10 Vt Euroopa Liidu toimimise lepingu artikli 168 lõige 1.
- 11 Vt ka valge raamatu „Üheskoos tervise nimel: ELi strateegiline lähenemine aastateks 2008–2013“ (KOM(2007) 630 (lõplik), 23. detsember 2007) 1. peatükk.
- 12 KOM(2007) 630 (lõplik).
- 13 Kaks ülejäänud eesmärki on hea tervise edendamine vananevas Euroopas ning dünaamiliste tervishoiusüsteemide ja uute tehnoloogiate toetamine.
- 14 „Terviseohutus Euroopa Liidus ja rahvusvahelisel tasandil“; SEK(2009) 1622 (lõplik), 23. november 2009.
- 15 „ELi sisejulgeoleku strateegia rakendamine: viis sammu turvalisema Euroopa suunas“, KOM(2010) 673 (lõplik), 22. oktoober 2010.
- 16 Euroopa Parlamendi ja nõukogu 24. septembri 1998. aasta otsus nr 2119/98/EÜ, millega moodustatakse ühenduses epidemioloogilise seire ja nakkushaiguste tõrje võrgustik (ELT L 268, 3.10.1998, lk 1).
- 17 Euroopa Parlamendi ja nõukogu 21. aprilli 2004. aasta määruse (EÜ) nr 851/2004, millega asutatakse haiguste ennetuse ja tõrje Euroopa keskus (ECDC asutamismäärus) (ELT L 142, 30.4.2004, lk 1), artikli 1 lõige 1.

06

Rahvusvahelisel tasandil teeb komisjon koostööd ülemaailmse terviseohutuse algatuse¹⁸ ja WHOga. WHO koordineerib rahvusvaheliste tervise-eeskirjade (2005) rakendamist; üksikasjalikum teave rahvusvaheliste tervise-eeskirjade kohta on esitatud **IIIsas**; tegu on alates 2007. aastast kehtiva õiguslikult siduva rahvusvahelise lepinguga, mis võeti vastu üha suureneva rahvusvahelise reisimise ja kaubanduse ning rahvusvaheliste haiguste ja ohtude ning muude rahvatervise riskide ilmumise ja taasilmumise kontekstis (**tabelis 1** esitatakse ülevaade alates rahvusvaheliste tervise-eeskirjade vastuvõtmisest lahvatanud suurematest haiguspuhangutest). Rahvusvahelised tervise-eeskirjad on allkirjastanud kõik ELi liikmesriigid, kes peavad välja arendama, tugevdama ja säilitama võimekuse terviseohtude seireks ja neile reageerimiseks. Riigid peavad ka WHO-le aru andma rahvusvaheliste tervise-eeskirjade rakendamise kohta.

18 Selle G7 algatuse eestvõtjad olid 2001. aasta novembris Kanada, EL, Prantsusmaa, Saksamaa, Itaalia, Jaapan, Mehhiko, Ühendkuningriik ja Ameerika Ühendriigid. WHO annab ülemaailmsele terviseohutuse algatusele ekspertnõu ning komisjon osaleb algatuse töös ELi esindajana.

Tabel 1

Tõsisemad haiguspuhangud alates rahvusvaheliste tervise-eeskirjade vastuvõtmisest aastal 2005

Aasta	Suuremad haiguspuhangud	Mõju tervisele	WHO väljakuulutatud rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukord
2009	H1N1 gripipandeemia (nn seagriip)	18 449 surnut enam kui 214 riigis/territooriumil/kogukonnas (seisuga 1. august 2010).	Aprill 2009
2012	Respiratoorse sündroomiga Lähis-Ida koroonaviirus (MERS-CoV)	1769 kinnitatud juhtumit 27 riigis ning 630 surmajuhtumit (alates septembrist 2012).	E.K.
2013	Inimestele nakanud lindude gripp H7N9	Suremuskordaja ca 25%. Varasematel aastatel teatati mitmes riigis lindude gripi H7 teiste alamliikide juhtudest.	E.K.
2014	Lastehalvatus taasilummine peale seda, kui see oli peaaegu likvideeritud	1988. aastal oli 125 riigis 350 000 juhtu; 2015. aastal 2 riigis 74 juhtu.	Mai 2014
2014	Ebola puhang Lääne-Aafrikas	Enam kui 28 000 kindlat haigestumisjuhtu (Guinea, Sierra Leone ja Libeeria) ning üle 11 000 surmajuhtumi.	August 2014
2016	Zika viiruse puhang	2016. aasta juuni seisuga: sääskede levitatavatest haigustest oli teatanud 61 riiki.	Veebruar 2016

Allikas: WHO teabelehed ja vastavate haiguste temaatilised veebisaidid seisuga juuli 2016.

Otsus nr 1082/2013/EL tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta

19 Otsus nr 1082/2013/EL.

07

Otsus nr 1082/2013/EL tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta¹⁹ võeti vastu eesmärgiga koordineerida liikmesriikide terviseturvet. Sellega võeti ELi õiguses kasutusele kõiki ohte käsitlev lähenemisviis (sarnaselt rahvusvahelistele tervise-eeskirjadele) ning pandi liikmesriikidele ja komisjonile teatud kohustused teha konkreetsetes valdkondades koostööd ja koordineerida oma tegevust (vt **joonis 1**).

Joonis 1 Otsuse nr 1082/2013/EL (tõsiste piiriüleste ohtude kohta) peamised valdkonnad

Otsus nr 1082/2013/EL
Tõsised piiriülesed terviseohud

Ohtude päritolu



Biooloogilised¹



Keemilised



Keskkonnavalased



Tundmatu päritoluga

ELi tasand Peamised valdkonnad Riiklik tasand



Komisjon
Tervise ja toiduohutuse
peadirektoraat
Koordinaatsioon ja tugi
ELTLi artikkel 168



ECDC/2004
Nakkushaigused

Muud ELi ametid
ja organid

- Valmisolek
- Ühishange
- Järelevalve/seire
- EWRS
- Riskihindamine
- Reageerimise koordineerimine
- Hädaolukorra väljakuulutamine
- Terviseohutuse komitee
- Riiklikud organid



Üldine rahvatervisealane pädevus

Terviseohutuse komitee liikmed
Pädev seireasutus
EWRSi kontaktpunkt

¹ Biooloogilised ohud võivad olla nakkushaigused, antimikroobikumiresistentsus ning spetsiifilised terviseprobleemid ja biotoksiinid

08

Otsus peaks võimaldama ELil paremini võidelda tõsiste piiriüleste terviseohtudega. See tõi ELi õigusesse uuendusi, nagu terviseohutuse komitee rolli formaliseerimine ja tugevdamine, ohtudele reageerimise koordineerimise eeskirjad, lisaks nakkushaigustele ka teiste ohtude kaasamine ELi õigusse (eelkõige keemia- ja keskkonnaohud ning tundmatu põhjusega ohud, kuid ka antimikroobikumiresistentsus ja biotoksiinid), valmisoleku kavandamise konsulteerimine ja koordineerimine ning uus õiguslik alus juba olemasolevate varajase hoiatuse ja reageerimise süsteemi ning epidemioloogilise järelevalve võrgustiku jaoks.

09

Otsusest tulenevaks täiendavaks uuenduseks on ka meditsiiniliste vastumeetmete (nt vaktsiinid) ühishanked; see tähendab, et kui on sõlmitud ühishanke kokkulepe²⁰, võib organiseerida konkreetsete meditsiiniliste vastumeetmete ühishankeid. Otsuse kohaselt võib komisjon välja kuulutada ka meditsiinilise hädaolukorra (vt *II lisa*).

ELi raamistiku rakendamise peamised rakendajad. Rollid ja ülesanded

10

Nagu mainitud käesoleva aruande kolmandas punktis, vastutavad tervisepoliitika eest peamiselt liikmesriigid. Lisaks antakse tõsiseid piiriüleseid terviseriske käsitleva otsusega liikmesriikidele mitmes valdkonnas (vt punktid 7–9) täiendavaid ülesandeid, sealhulgas peavad nad nimetama ELi koordineerimisstruktuuride jaoks teatud asutused ja esindajad. Komisjon (eelkõige tervise ja toiduohutuse peadirektoraat) vastutab ELi tervisestrateegia ja poliitika rakendamise ning arendamise eest. Otsusega antakse komisjonile ka konkreetseid ülesandeid: see hõlmab terviseohutuse komiteele sekretariaaditeenuste osutamist ning tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi käigushoidmist. Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus käitab epidemioloogilise seire ja nakkushaiguste tõrje võrgustikku ning varajase hoiatuse ja reageerimise süsteemi (mõlemat ülesannet kirjeldatakse üksikasjalikult *II lisas*).

20 Ühishanke kokkuleppe allkirjastasid 2014. aasta juunis algselt 15 liikmesriiki ning see jõustus 5. juulil 2014. 2016. aasta mai seisuga olid lepingu allkirjastanud 24 ELi liikmesriiki.

ELi kaasrahastatavad tegevused rahvatervist ohustavate ohtude alal

ELi terviseprogrammid

11

ELi tervisestrateegiat toetavad mitmeaastased terviseprogrammid. Teist terviseprogrammi rakendati aastatel 2008–2013²¹, kolmandat terviseprogrammi aga perioodil 2014–2020²². Terviseprogrammi rakendamise eest vastutab suures osas Tarbija-, Tervise- ja Toiduküsimuste Rakendusamet (Chafea). Käesoleva auditi jaoks on oluline perioodi 2014–2020 terviseprogrammi 2. eesmärk, mis on kooskõlas tõsiseid piiriüleseid terviseriske käsitleva otsuse tegevuste ja määratlustega. **Tabelis 2** antakse ülevaade asjaomastest eesmärkidest ja kulutustest/eelarvest.

- 21 Loodi Euroopa Parlamendi ja nõukogu 23. oktoobri 2007. aasta otsusega nr 1350/2007/EÜ, millega kehtestatakse ühenduse teine tervisevaldkonna tegevusprogramm (2008–2013) (ELT L 301, 20.11.2007, lk 3).
- 22 Loodi Euroopa Parlamendi ja nõukogu 11. märtsi 2014. aasta määrusega (EL) nr 282/2014, millega luuakse liidu kolmas tervisevaldkonna tegevusprogramm aastateks 2014–2020 ja tunnistatakse kehtetuks otsus nr 1350/2007/EÜ (ELT L 86, 21.3.2014, lk 1).

Tabel 2

Terviseprogrammi käesoleva auditi jaoks olulised eesmärgid¹

	Teine terviseprogramm (2008–2013)	Kolmas terviseprogramm (2014–2020)
Perioodi tegevuseelarve kokku	247 miljonit eurot	405 miljonit eurot
Peamiste eesmärkide arv	3	4
Alamtegevused/prioriteedid	19	23
Käesolevat auditit puudutav osa	1: kodanike terviseohutuse parandamine 1.1: kodanike kaitsmine terviseriskide eest	2: liidu kodanike kaitsmiseks tõsiste piiriüleste terviseohtude eest: määrata kindlaks ja töötada välja ühtsed lähenemisviisid ning edendada nende rakendamist, et parandada valmisolekut ja koordineerimist tervisega seotud hädaolukordade puhul
Selle osa kulutused/eelarve	32 miljonit eurot – tegevus 1.1 (ligikaudu 13%)	Hinnanguliselt 12 miljonit eurot ehk ca 3% (2013. aastal ajavahemikuks 2014–2016 tehtud mitmeaastase kavandamise alusel)

1 **Tabelis 2** esitatud arvud ei ole kahe programmitöö perioodi vahel täiel määral võrreldavad, kuna alamprioriteedid on muutunud ja terviseprogrammi teatud tegevused võttis üle märkimisväärselt suurt eelarvet (ca 55 miljonit eurot) omav ECDC.

Allikas: Euroopa Kontrollikoda komisjoni esitatud teabe põhjal.

Terviseturbele eraldatud muud ELi vahendid

12

Terviseturbele eraldatakse vahendeid ka teistest ELi allikatest, eelkõige teadusuuringute raamprogrammidest (teadusuuringute raamprogramm aastatel 2007–2013 ning „Horisont 2020“ aastatel 2014–2020). Teadusuuringute seitsmenda raamprogrammi koostööprogrammi temaatiliste valdkondade „Tervis“ ja „Julgeolek“ raames investeeriti enam kui 7 miljardit eurot²³. Nimetatud temaatiliste valdkondade eest vastutavad teadusuuringute ja innovatsiooni peadirektoraat ning rände ja siseasjade peadirektoraat. Tervise- ja julgeoleku-uuringuid rahastab ka uus programm „Horisont 2020“²⁴. Aastatel 2014–2020 investeerib EL neisse valdkondadesse hinnanguliselt²⁵ 9,1 miljardit eurot. Tervise valdkonnas hõlmab see ka tervise seire võime parandamise ning haiguste vältimise, avastamise, ravi ja haldamise eesmärki. Nimetatud programmide raames eraldatud toetused võivad seetõttu olla asjakohased ka terviseturbepoliitika ning tõsiste piiriüleste terviseriskidega tegelemise seisukohast²⁶.

- 23 Vt teadusuuringute seitsmenda raamprogrammi eelarve täitmise näitajad aadressil https://ec.europa.eu/research/fp7/index_en.cfm?pg=budget
- 24 Ühiskondlike probleemide valdkonnas: „Tervishoid, demograafilised muutused ja heaolu“ (nr 1) ning „Turvaline ühiskond“ (nr 7).
- 25 Programmi „Horisont 2020“ eelarve teabeleht, 25. november 2013.
- 26 Näiteks Ebolat, antimikroobikumiresistentsust, nakkushaigusi ja ka valmisolekut puudutavad projektid.

13

Auditi ulatuse ja eesmärkide määratlemisel võeti arvesse asjaolu, et ELi kodanikke tõsiste piiriüleste terviseohtude eest kaitsev raamistik koosneb peamiselt tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitlevast otsusest nr 1082/2013/EL ning selle rakendamiseks eraldatud ELi vahenditest. Kokkuvõttes asetub nimetatud raamistik ELi tervisestrateegia laiemasse konteksti.

14

Audititöös käsitleti järgmist peamist auditiküsimust.

Kas kodanikke tõsiste piiriüleste terviseohtude eest kaitsev ELi raamistik on asjakohaselt rakendatud?

Auditiküsimusele vastuse leidmiseks uuriti:

- i) kas otsuses sätestatud uuendused on mõjusalt rakendatud;
- ii) kas varajase hoiatamise ja reageerimise ning epidemioloogilise seire olemasolevaid süsteeme juhitakse ja rakendatakse mõjusalt;
- iii) kas ELi terviseprogrammid panustavad mõjusalt kodanike kaitsesse terviseohtude eest; ning
- iv) kas komisjonis on olemas terviseturbe rahastamise ja rahvatervise kriisiolukordade alane asjakohane asutusesisene koordineerimine.

15

Auditi ulatuses jälgitakse täpselt tõsiste piiriüleste ohtude otsuse valdkondi (vt ka ülalpool **joonis 1**). 1. alaküsimus hõlmas otsusega ELi õigusesse lisatud uuendusi (nt valmisoleku planeerimise koordineerimine, ühishanked ja terviseohutuse komitee roll (vt punktid 7–9)) ning 2. alaküsimus juba varem eksisteerinud süsteeme (epidemioloogiline seire ja varajase hoiatamise süsteem).

16

Auditi ulatusse kuulus ka ELi kodanike terviseohtude vastu kaitsmiseks eraldatud ELi vahendite haldamise kohta koostatud hindamine. 3. alaküsimuse all hindasid audiitorid tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi ja Chafea kõnealuse valdkonna tegevusi ja projekte aastatel 2008–2013 ning teatud määral ka programmitöö perioodil 2014–2020.

Auditi ulatus ja lähenemisviis

17

4. alaküsimuse all hindas kontrollikoda üldist tulemuslikkust ja koordineerimist (seda eelkõige tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi tervise osakonna kriisijuhtimise ja selleks valmisoleku ning ECDC asjaomaste üksuste tasandil). Uuriti ka tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi ja komisjoni teiste talituste omavahelist koordineerimist (eelkõige terviseturbe uurimisprogrammide ning kriisiohjestruktuuridega).

18

Kontrollikojal puudub mandaat WHO rahvusvaheliste tervise-eeskirjade liikmesriikidepoolse rakendamise ning liikmesriikide valmisolekuplaanide üldise rakendamise auditeerimiseks. Seetõttu ei hõlmanud audit neid valdkondi. Auditi käigus võeti aga arvesse rahvusvaheliste tervise-eeskirjade teatud põhimõtteid. Kriisiohjestruktuuride auditeerimisel ei hõlmanud kontrollikoja auditi ulatus nende tegevuse täielikku hindamist mitme peadirektoraadi tasandil ega nende osa ELi reageerimisel Ebola viiruse puhangule²⁷.

19

Küsimused 1–4 esitati komisjoni (tervise ja toiduohutuse peadirektoraadis; küsimustele 3–4 vastamiseks külastati ka rände ja siseasjade peadirektoraati, teadusuuringute ja innovatsiooni peadirektoraati, Teadusuuringute Rakendusametit, Euroopa Teadusnõukogu Rakendusametit (ERCEA)) ja ECDC tasandil ning neid arutati nelja liikmesriiki²⁸ tehtud teabeküllastuste käigus. Lisaks küllastuste käigus peetud vestlustele külastati ka WHO Euroopa kontorit, uuriti terviseprogrammi 20 tegevuse²⁹ dokumente (ülevaade tegevustest on esitatud **III lisas**), vaadeldi seitsmenda teadusuuringute raamprogrammi kümne projekti eesmärke (vt **III lisa**) ning tutvuti nii komisjoni edu- ja rakendusaruannete kui ka terviseohutuse komitee tööd puudutavate dokumentidega.

20

Auditiga hõlmatud valdkondade rakendamise ja haldamise olulisuse ja potentsiaalse mõju hindamiseks peaks peamiselt analüüsima, millised võiksid olla potentsiaalsed kulud ja tagajärjed siis, kui piiriüleste terviseohtudega ei tegeldaks kõige tõhusamal viisil. Hädaolukordadele reageerimine nõuab tavaliselt märkimisväärsete (finants)ressursside kohest olemasolu, seda eelkõige olukordades, kui esimene reaktsioon oli nõutust aeglasem või vähem mõjus. Lisaks ei piirdu kriisilukordadest tõusev kahju üksnes inimtervisega, vaid võib mõjutada ka majanduse paljusid teisi sektoreid laiemalt, nagu seda on kirjeldatud punktides 1 ja 2. Tulenevalt tulevaste rahvatervise hädaolukordade ettearvatusest ja mõõtmetest on nende mõju ka võimatu ette kvantifitseerida.

- 27 Kõnealus kontekstis viitab kontrollikoda ühele teisele kontrollikoja tulemusauditile, kus käsitletakse komisjoni kriisiohjamist välissuhete valdkonnas ja mis sisaldab ka Ebola kriisi vaatlevat juhtumiuuringut.
- 28 Teabeküllastused tehti Eestisse, Itaaliasse, Madalmaadesse ja Ühendkuningriiki. Riigid valiti vastavalt geograafilisele hajutatusele ja riskifaktoritele (nt reisimine, kaubandus ja välispiirid).
- 29 Projektid moodustavad ca 56% (18 miljonit eurot) 2. terviseprogrammi raames terviseohtude valdkonnale eraldatud rahastamisest. Lisaks külastati kohapeal seitsme projekti põhikoordinaatoreid.

Tõsiste piiriüleste terviseohtude otsus sisaldab ELi terviseturvalisust puudutavaid teatud uuendusi, ent nende rakendamist ja edasiarendamist pärssisid viivitused, ning strateegilised ja tegevusalased raskused on endiselt kõrvaldamata

21

Kontrollikoda uuris, kas tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuses sisaldunud uuendused (punktid 7–9 ja **joonis 1**) viidi mõjusalt ellu. Kokkuvõttes leidis kontrollikoda, et uuenduste rakendamist ja edasiarendamist pärssisid viivitused, ning endiselt on kõrvaldamata strateegilised ja tegevusraskused. Järgnevates punktides kirjeldatakse valmisoleku planeerimise konsultatsiooni ja koordineerimise tulemuste ebapiisavat selgust ning selle tegevuse tulemuslikkuse ebapiisavat mõõtmist. Kontrollikoda kirjeldab ka ECDC rolli üldise valmisoleku alal (see roll on ebapiisavalt formaliseeritud), meditsiiniliste vastumeetmete ühise hankimise aeglast edenemist ning kiireloomuliste meditsiiniliste vastumeetmete võtmiseks mõeldud ELi mehhanismi puudumist tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuse kontekstis. Lõpetuseks käsitletakse terviseohutuse komitee tööd mõjutavaid tegevus- ja strateegilisi raskusi ning hädaolukordadele reageerimise eeskirjade koordineerimisel ilmnunud probleeme.

Valmisoleku planeerimise konsultatsiooni ja koordineerimise tulemuste ebapiisav selgus

22

Liikmesriigid ja komisjon peaksid terviseohutuse komitees üksteisega konsulteerima, et koordineerida oma jõupingutusi, mille eesmärk on arendada, tugevdada ja säilitada oma võimet tõsiste piiriüleste terviseohtude seire, nende eest varajase hoiatamise, nende hindamise ja neile reageerimise alal³⁰. Nimetatud konsulteerimise eesmärk on valmisoleku ja reageerimise parimate tavade ja kogemuste vahetamine, liikmesriikide valmisoleku kavandamise koostalitlusvõime edendamine ning eri sektorite (nt tervishoid, tsiviilkaitse, transport, piirikontroll) ELi tasandi omavahelise koostöö arendamine valmisoleku ja kriisiohjamise alal. See peaks ka toetama rahvusvahelistes tervise-eeskirjades osutatud seire- ja reageerimisvõime põhiolete rakendamist (vt **Ilisa**).

23

Liikmesriigid pidid komisjonile 2014. aasta 7. novembriks ja peale seda iga kolme aasta tagant esitama ajakohastatud kirjelduse oma riiklike valmisoleku ja reageerimise plaanide kohta kolmes ülalnimetatud peamises valdkonnas. Teabe ühilduvuse ja eesmärkidele vastavuse tagamiseks tuleb see esitada komisjoni vastuvõetud vormis.

30 Otsuse nr 1082/2013/EL artikkel 4.

24

Komisjon võttis valmisolekualase teabe vormi vastu peale liikmesriikidega konsulteerimist 2014. aasta juulis, st vaid neli kuud enne liikmesriikidele Ebola kriisi ajal vormi täitmiseks antud tähtaja saabumist. Üheksa liikmesriiki esitasid oma vastused õigeaegselt, tehes seda elektrooniliselt. 17 liikmesriiki esitasid vastused hilinemisega, enamasti 2015. aastal, peale komisjoni mitu meeldetuletust. Komisjon koostas liikmesriikide vastuste põhjal koos ECDC ja WHOga liikmesriikide valmisoleku ja reageerimise kavandamise kohta eduaruande, mis esitati terviseohutuse komiteele tutvumiseks juunis ja novembris 2015. Hoolimata vastuste hilinemisest pani see aluse teabevahetusele hädaolukordadeks valmisoleku ja neile reageerimise kavandamise kohta.

25

Enamik aruandes sisalduvast teabest (välja arvatud mõni WHO aruannetest võetud geograafiline kaart³¹) on aga esitatud anonüümsel ja summeeritud kujul. Seetõttu ei näita dokument terviseohutuse komitee liikmetele, millisest riigist on pärit teave, soovitused, parimad tavad ja näited; see võimaldaks terviseohutuse komitee ja aruande enda konfidentsiaalsest olemusest hoolimata mõjusat ja läbipaistvat arvamustevahetust. Tõsiseid piiriüleseid terviseohte kajastavas otsuses ja küsimustiku vormis ei nõuta liikmesriikidelt tõendavate dokumentide esitamist (nt rakendusplaanid või tegevuskavad, riiklikud käsiraamatud või valmisoleku tegelikud plaanid).

26

Õigusaktid ei anna komisjonile mandaati koguda või kontrollida sellist teavet riigiküllastuste käigus. Eduaruandes valmisoleku asjaomaseid aspekte puudutav teave põhineb vaid liikmesriikide enesehindamisel ega sisalda tõendavaid dokumente. See ei tähenda küll esitatud teabe ebatäpsust, ent terviseohutuse komiteele esitatud aruandes määratletud tugevad ja nõrgad küljed ei põhine sellegipoolest väliselt kontrollitud ega üle vaadatud andmetel. Teabe läbivaatamine ja parem läbipaistvus (kuigi õigusaktides seda ei nõuta) suurendaks tõenäoliselt ka usaldust tõsisteks terviseohtudeks valmisoleku vastu (vt **3. selgitus**: puudused rahvusvaheliste tervise-eeskirjade rakendamise alases enesehindamises) ning võimaldaksid paremini suunata puuduste kõrvaldamist.

31 WHO (2014); Summary of State Parties 2013 report on IHR core capacity implementation, Regional Profiles; http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2014.10/en/

Hädaolukordadeks valmisoleku rahvusvahelised arengud: puudused rahvusvaheliste tervise-eeskirjade rakendamise enesehindamises

WHO ja selle eksperttoimkonnad on teatanud puudustest rahvusvaheliste tervise-eeskirjade põhioüete rakendamise enesehindamises. Ebola vahehindamise toimkonna 2015. aasta aruande kohaselt peab toimkond vastuvõetamatuks seda, et rahvusvaheliste tervise-eeskirjade põhioüete rakendamise mõõtmiseks piisab vaid vabatahtlikust enesehindamisest. Toimkond osutas nii WHO kui ka teiste algatuste raames (nt ülemaailmne terviseohutuse algatus; vt ka *Ilisa*, kus kirjeldatakse valmisoleku kavandamise ja läbipaistvuse suurendamisega tegelevaid teisi algatusi) võetud positiivsetele meetmetele, millega **edendatakse hindamisraamistikke, välist järelevalvet ning põhioüete läbipaistvust**, ning rõhutas, et seda tööd **saavad toetada piirkondlikud poliitilised organisatsioonid, nagu Euroopa Liit**.

69. Maailma Terviseassamblee (23.–28. mai 2016) arutas ühe oma kontrollikomisjoni aruannet rahvusvaheliste tervise-eeskirjade rolli kohta Ebola puhangu ja sellele reageerimise käigus ning jõudis sarnasele järeldusele. Kontrollikomisjoni arvates mängis Ebola puhangu levimisel oma osa ka rahvusvaheliste tervise-eeskirjade rakendamata jätmine. Kontrollikomisjon tegi rahvusvaheliste tervise-eeskirjade rakendamiseks ettepanekuid, muuhulgas soovitati **kuulutada parimaks tavaks riigi põhioüete rakendamise väline hindamine**.

27

Mõne liikmesriigi (kuigi nad olid osalenud küsimustiku vormi väljatöötamisel) arvates oli valmisoleku küsimustikku raske täita, mistõttu väljendasid nad ka mõningaid reservatsioone eduaruande leidude kohta. Lisaks kaasnesid küsimustiku tehnilise teostusega internetis mõningad puudused, mis vähendasid osa küsimuste andmekvaliteeti. See tulenes osaliselt asjaolust, et tervise ja toiduohutuse peadirektoraat ei kaasanud ECDCd õigeaegselt internetiküsimustiku IT-poole ettevalmistamisse.

28

Mis puudutab lisaks komisjoni otsuses³² sätestatud valmisoleku ja reageerimise kavandamise põhitingimustele rakendatavaid võimalikke ELi kriteeriume, siis osutas komisjon oma 2011. aasta mõjuhindamises³³ kõikide terviseohtude jaoks koostatud suurele hulgale üldise valmisoleku kavandamise suunistele³⁴ ning asjaolule, et puudus mehhanism, mis tagaks nende rakendamise liikmesriikides. Kontrollikoda leidis, et nimetatud suunistele ei antud tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsuse raamistikus mingit rolli ja neist teati üldiselt vähe, hoolimata komisjoni ja mitme liikmesriigi märkimisväärsetest jõupingutustest põhjaliku ja ajakohastatud versiooni koostamiseks (2011) ning komisjoni veebisaidil avaldatud tõlgetest. Kui liikmesriigid suuniseid ei kasuta ega uuenda, võib see märkimisväärne investeering osutada kasutuks.

32 Otsuse nr 1082/2013/EL artikkel 4.

33 SEK(2011) 1519 (lõplik), lk 17, 8. detsember 2011.

34 *Strategy for Generic Preparedness Planning, Technical guidance on generic preparedness planning for public health emergencies* (2011. aasta ajakohastatud versioon).

29

Kokkuvõttes leidis kontrollikoda, et liikmesriikide ja komisjoni vaheline valmisoleku ja reageerimise kavandamise alane konsulteerimine on nõuetekohaselt käivitunud. Valmisoleku parema koordineerimise saavutamiseks mõeldud meetmeteks vajaliku teabe kogumiseks ja vahetamiseks loodud protseduurid ei ole aga veel küllaldaselt usaldusväärsed ega ole andnud selgeid tulemusi.

Puudused valmisoleku koordineerimise tulemuslikkuse mõõtmises

30

Komisjon peaks mõõtma liidu poliitikasuundade ja programmide mõjusust. See kehtib ka tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuse aluseks olevaid ELi poliitikaeesmärke ning otsuse artikli 4 põhjal valmisoleku ja reageerimise kavandamise parandamiseks võetud meetmeid. Komisjon peab seetõttu tihedas koostöös liikmesriikidega määratlema SMART³⁵-eesmärgid ja näitajad ning defineerima metoodika, mis võimaldab selgelt mõõta ja hinnata edusamme. Liikmesriigid aga peavad aru andma tehtud edusammude kohta.

31

Tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi käesoleva programmitöö perioodi (2014–2020) tervisealaste eesmärkide seas on üks, mis puudutab kodanike kaitset tõsiste piiriüleste terviseohtude eest: määratlema ja välja töötada järjepidevad lähenemisviisid ning edendada nende rakendamist, et saavutada parem valmisolek rahvatervisealasteks hädaolukordadeks ja nende korral parem koordineerimine. Eesmärgi mõõtmiseks kasutatakse tulemusnäitajat „Nende liikmesriikide arv, kes lisavad väljatöötatud ühised lähenemisviisid oma valmisolekukavadesse [---]“³⁶.

32

Nimetatud eesmärgi ja näitaja kohta seadis komisjon oma 2014. ja 2015. aasta juhtimiskavades sihiks, et neli liikmesriiki lisavad väljatöötatud ühised lähenemisviisid oma valmisolekukavadesse 2015. aastaks, 14 liikmesriiki 2017. aastaks ja kõik liikmesriigid 2020. aastaks. Otsus ei sisalda aga ei eesmärki ega näitajat – seega ei ole need liikmesriikide jaoks kohustuslikud. Selles ei loetleta ka valmisolekukavade ühiste lähenemisviiside kriteeriume, mis tuleb eesmärgi kohaselt alles määratlema ja välja töötada. Kontrollikoda leidis, et kui komisjon seadis näitajatele sihtväärtusi, ei kirjeldanud ta liikmesriikidega sõlmitud kokkuleppes ühiste lähenemisviiside mõistet ega töötanud edenemise mõõtmiseks välja selget ega heakskiidetud metoodikat.

35 Täpsed, mõõdetavad, saavutatavad, asjakohased ja ajaliselt piiritletud.

36 Sama eesmärgi ja näitajat kasutatakse kõnealuse eesmärgi raames kasutatavate vahendite tulemuslikkuse mõõtmiseks ka määruse (EL) nr 282/2014 artiklites 2 ja 3.

33

2016. aasta alguses täpsustas komisjon nimetatud näitaja edenemise mõõtmise meetodikat ning palus ECDC-l täiendavalt analüüsida liikmesriikide saadetud andmeid. ECDC-l paluti leida need liikmesriigid, kus olid olemas rahvusvaheliste tervise-eeskirjade põhinoete rakendamise elemendid, valdkondadevahelised koostalituskokkulepped ja talitluspidevuse kavad. ECDC jõudis arusaamisele, et 16 liikmesriiki olid enda sõnul need elemendid loonud ning seega oli ületatud 2015. aastaks seatud eesmärk (14 riigi tähis pidi saavutatama aastaks 2017). Nagu kirjeldatud punktis 32, ei leidnud kontrollikoda aga kinnitust sellele, et terviseohutuse komitee oleks nimetatud meetodikat arutanud ja selle heaks kiitnud.

34

Kontrollikoda ei suutnud seega teha järeldust ka selle kohta, mida tähendavad ECDC kirjeldatud edusammud tulemuslikkuse seisukohast ning kas liikmesriigid toetavad kõigi eesmärkide, näitajate ja sihtväärtuste määratlusi ja põhimõtteid. Eelöeldu on eriti oluline seetõttu, et tõsiste piiriüleste terviseohtude alase valmisoleku ja reageerimise planeerimise mõjus koordineerimine sõltub suuresti just neist määratlustest ja põhimõtetest³⁷ ning eeldab sidusrühmadelt samade eesmärkide suunas liikumist.

ECDC roll üldise valmisoleku alal on ebapiisavalt formaliseeritud

35

ECDC mandaat on toetada liikmesriike ja komisjoni valmisoleku alal. ECDC mandaat puudutas aga traditsiooniliselt haiguste ennetamist ja kontrolli ning seda ei ole ajakohastatud keskuse loomisest alates, kuigi terviseturbe alal on toimunud olulisi muutusi (eelkõige rahvusvaheliste tervise-eeskirjade jõustumine ning tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuse vastuvõtmine). Seetõttu uuris kontrollikoda, kas nii komisjoni ja ECDC kui ka ECDC ja selle sidusrühmade vahelistes suhetes oli piisavalt selge, mil määral saab ECDC pakkuda ekspertteadmisi üldise valmisoleku alal ning kuidas keskus peaks selle jaoks planeerima oma tegevust ja ressursse.

36

ECDC asutamismääruse kohaselt pakub keskus liikmesriikidele, komisjonile ja teistele ühenduse ametitele teaduslikku ja tehnilist ekspertiisi valmisolekuplaanide arendamisel, korrapärasel läbivaatamisel ja ajakohastamisel, samuti sekumisstrateegiate väljatöötamisel tema missiooni valdkondades (nakkushaiguste ja tundmatu päritoluga ohtude vastane kaitse). Tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuses antakse ECDC-le küll epidemioloogilise seire ja varajase hoiatamise ja reageerimise, kuid mitte valmisoleku planeerimise toetamise ülesandeid.

37 Seda tunnistas tervise ja toiduohutuse peadirektoraat ka oma 2015. aasta tegevusaruandes, kus antakse aru nimetatud eesmärgi ja näitaja alal tehtud edusammude kohta.

37

Peale tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuse vastuvõtmist töötab ECDC uute ülesannete kallal³⁸ eelkõige üldise valmisoleku valdkonnas, et luua ELi jaoks vajalik kõiki ohte käsitlev lähenemisviis. Kontrollikoda leidis aga, et ECDC hädaolukordadeks valmisoleku roll ja pädevus ei olnud ametlikult määratletud ega kokku lepitud – ei asjaomaste õigusaktide ajakohastamise ega näiteks ECDC sidusrühmade poolt heaks kiidetud komisjoni ja ECDC vahelise kirjaliku kokkuleppe kujul. Kui puudub küllaldane ametlik kindlus ECDC rolli kohta nimetatud tegevuses ja selle sobivuses keskuse missiooniga, ei pruugi organisatsioon olla võimeline end ka pikaajalises perspektiivis selliste ülesannete täitmiseks ette valmistama ega abitaotlustele mõjusalt reageerima. Kirjeldatud olukorrast tulenevat riskide materialiseerumist näitlikustab allpool esitatud juhtum ECDC ja WHO vahelise koostöö kohta gripi pandeemiaplaani ajakohastamisel.

38

Peale 2009. aasta gripipandeemiat oli üheks nõukogu peamiseks soovituseliseks suuniste vastuvõtmine valmisolekuplaanide jaoks³⁹. Euroopa riigid hakkasid saadud kogemuste põhjal oma valmisolekuplaane muutma. ECDC ja WHO Euroopa piirkond tegid töötubade ja plaanide ülevaatamise organiseerimiseks suuri jõupingutusi. 2012. aastal avaldasid nad ühise dokumendi, kus loetletakse selle töö tulemid⁴⁰. Edasi töötasid mõlemad organisatsioonid välja gripipandeemia suuniste ajakohastatud versiooni „Guide for influenza pandemic plan revision“⁴¹. Suunised olid mõeldud WHO Euroopa piirkonna kõigile 53 riigile ning need töötasid välja mitme riigi ja organisatsiooni pandeemiaks valmisoleku valdkonna ekspertid.

39

Komisjon peatas aga 2014. aasta märtsis ECDC suuniste avaldamise, kuna seadis kahtluse alla ECDC mandaadi esitada liikmesriikidele otse sellist liiki suuniseid, ning järeldas, et valmisoleku küsimusi on kohane arutada sellealast pädevust omavas terviseohutuse komitees. Auditi tegemise ajal (st kaks aastat hiljem) ei olnud suuniste terviseohutuse komitees (või komitee hädaolukordadeks valmisolekuga tegelevas töörühmas) arutamise ja nende avaldamise ajakava veel teada. Suuniste avaldamata ja tutvustamata jätmise tähendaks investeeringu (suuniste tootmiseks kulunud ressursside ja jõupingutuste) kasutamata jätmist ning seda, et ELi liikmesriigid ja WHO Euroopa piirkonna riigid ei saaks neid kasutada isegi juhul, kui riiklikul tasandil võetaks meetmeid pandeemiaks valmisoleku plaanide ajakohastamiseks.

- 38 Ühe sellise ülesande raames aitas ECDC komisjoni liikmesriikide poolt otsuse nr 1082/2013/EL artikli 4 alusel esitatud andmete summeerimisel ja terviseohutuse komiteele esitamisel.
- 39 Nõukogu järeldused pandeemia (H1N1) 2009 kohta – strateegiline lähenemisviis, punkt 11, lk 2.
- 40 „Key changes to pandemic plans by Member States of the WHO European Region based on lessons learnt from the 2009 pandemic“, WHO Euroopa piirkondlik esindus ja ECDC, 2012.
- 41 „Guide for influenza pandemic plan revision – Applying the lessons learned from the pandemic H1N1(2009): A guide for the Member States of the WHO European Region, European Union and European Economic Area“, 2014. aasta projekt.

Liikmesriikide ebapiisav valmisolek pandeemilise gripi vaktsiini ühishangete kiiremaks korraldamiseks ning kiireloomuliste meditsiiniliste vastumeetmete võtmiseks mõeldud ELi mehhanismi puudumine tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuse raamistikus

40

Peale 2009. aasta H1N1 gripipandeemia kriisi kutsus nõukogu⁴² komisjoni üles nii kiiresti kui võimalik (ja hiljemalt detsembriks 2010) välja töötama süsteemi vaktsiinide ja viirusevastaste ravimite ühishangeteks ning aru andma selle kohta. Komisjon palus liikmesriikidel juba 2011. aastal esitada ühishangete vajaduste analüüs. Meditsiiniliste vastumeetmete ühishangete jaoks loodi ELi õiguslik alus aga alles tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuse vastuvõtmisega 2013. aastal. Komisjon võttis ühishangete kokkuleppe vastu 10. aprillil 2014. Ühishangete kokkuleppe allkirjastanud riigid võivad osaleda meditsiiniliste vastumeetmete hankimiseks korraldatavates ühistes hankemenetlustes, milleks vajatakse vähemalt nelja liikmesriigi osalemist.

41

Veebruaris 2016 viis komisjon edukalt lõpule Ebola kriisi tõttu alustatud isikukaitsevahendite ühishanke tehniliste tingimuste väljatöötamise ja avaldas need. Lisaks on alustatud veel mitme ühishankega. Ettevalmistusi pandeemilise gripi vaktsiini ühishankeks, mida nõukogu nõudis juba aastal 2010, ei olnud aga ikka veel lõpetatud. Hoolimata komisjoni mitmest meeldetuletusest, oli ta 2016. aasta aprilliks saanud üksnes viie riigi vajaduste hindamised. Protsessi edenemine sõltub liikmesriikide soovist osaleda ühishangetes. Komisjon kirjutas oma 2014. ja 2015. aasta tegevusaruannetes, et ei saavutatud pandeemilise gripi vaktsiini ühishankele seatud eesmärki.

42

Kiirete meditsiiniliste vastumeetmete hankimiseks mõeldud hädaabimeetod peaks olema lihtsam, kiirem ja paindlikum, kui seda võimaldab ühishangete kokkulepe. Peale 2015. aastal Hispaanias aset leidnud difteeriajuhtumit, kui ravihaiglal oli raskusi Euroopas antitoksiini leidmisega⁴³, otsustasid terviseohutuse komitee ja komisjon uurida võimalusi taoliste juhtumite lahendamiseks tulevikus. Terviseohutuse komitee otsustas anda oma valmisoleku töökonnale ülesande töötada välja standardne töökord ELi kiireks ja järjepidevaks reaktsiooniks taolistes hädaolukordades. Jaanuaris 2016 palus komisjon liikmesriikidel nimetada osalejad terviseohutuse komitee valmisoleku töörühma, mille ülesandeks oli välja töötada standardne töökord meditsiiniliste vastumeetmete vahetamiseks hädaolukordades. Kontrollikojal ei õnnestunud aga saada auditi käigus tõendeid selle kohta, et oleks olnud kokku lepitud asjaomane töökord või tööd alustatud (vt ka punktid 46 ja 47).

42 Nõukogu 13. septembri 2010. aasta järeldused „A/H1N1 pandeemia õppetunnid – terviseohutus Euroopa Liidus“.

43 Vt ECDC kiire riskihindamine „A case of diphtheria in Spain“, 15. juuni 2015: „Esmakordselt peale kolmekümne aasta pikkust pausi aset leidnud difteeriajuhtumi avastamine, haldamine ja rahvatervise alane reageerimine tõi välja probleemid difteeriaalases valmisolekus Euroopa Liidus.“

43

Kokkuvõttes leidis kontrollikoda ühishankeid puudutavate sätete rakendamise alal, et peale 2009. aasta H1N1 pandeemiat algatatud pandeemilise gripi vaktsiini ühishanke edenemine oli kuni auditi tegemise ajani olnud aeglane, kuna liikmesriikidepoolne huvi oli väike ning puudus mehhanism kiireloomuliste meditsiiniliste vastumeetmete võtmiseks, mis vähendab potentsiaalselt ELi valmisolekut gripipandeemiaks.

Formaliseeritud terviseohutuse komitee tööd mõjutavad tegevusalased ja strateegilised raskused

44

Tõsiste piiriüleste terviseohtude otsusega loodi liikmesriikide esindajatest koosnev terviseohutuse komitee, mida juhib komisjon (komitee rolli ja pädevust kirjeldatakse üksikasjalikumalt *II lisas*).

45

Terviseohutuse komitee kõik liikmed nimetavad ametisse liikmesriigid. Plenaaristungid toimusid 2014. aastal üks kord ning 2015. aastal kolm korda, lisaks peeti suur hulk telefonikonverentse, seda eelkõige Ebola kriisi ajal (vt *4. selgitus*).

4. selgitus

Terviseohutuse komitee ja Ebola puhang

Terviseohutuse komitees alustati Ebola-teemalisi diskussioone 2014. aasta märtsis peale seda, kui WHO oli teavitanud esimesest puhangust Guineas ja ECDC oli avaldanud kiire riskihindamise. Kiire riskihindamise kohaselt oli haiguse Euroopasse levimise risk väike, kuigi teatud olukorrad võisid õigustada Euroopas meetmete võtmist: nt Guineas sugulasi ja sõpru külastanud turistide naasmine või Ebolaga kokku puutunud isikud, kes saadeti Euroopasse ravile.

8. augustil 2014 kuulutas WHO Ebola puhangu rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukorraks. Nädal varem oli komisjon puhangust mõjutatud riikide kiiresti halveneva olukorra tõttu kokku kutsunud terviseohutuse komitee telefonikonverentsi. Sellest võtsid osa mitu komisjoni teenistust, ECDC, WHO ja liikmesriigid. Eesmärk oli teavet vahetada ja koordineerida võetavaid ja kavandatavaid meetmeid, määratleda valmisoleku parandamiseks vajalikke täiendavaid meetmeid ning arutada puhangust mõjutatud riikidele antavat abi. Lisaks arutati puhangupiirkonnas töötavate ELi/EMP kodanike meditsiinilise evakueerimise võimalusi. Tervise ja toiduohutuse peadirektoraat oli ECDC abiga koostanud Ebola puhanguks valmisoleku küsimustiku (et saada ülevaade laboratooriumide võimekusest, Ebola raviks sobivatest haiglatest ja sobivatest transpordivahenditest), selle liikmesriikidele saatnud ja enamikult ka vastused saanud. Kui WHO oli välja kuulutanud rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukorra, muutusid terviseohutuse komitee Ebolale pühendatud kohtumised märgatavalt sagedasemaks (kuni jaanuarini 2015 toimusid need peaaegu iga nädal). Alles alates veebruarist 2015 arutati terviseohutuse komitee kohtumistel taas ka tavalisi tööteemasid (nt ühishankeid ja tööühmi).

46

Kontrollikoja auditi tegemise ajal töötas terviseohutuse komitee välja tingimused nelja töörühma jaoks: alaline valmisoleku töörühm, alaline kommunikatsioonispetsialistide võrgustik, äsja saabunud migrantide ja nakkushaiguste ajutine töörühm ning antimikroobikumiresistentsuse ajutine töörühm (vt **2. selgitus**). Ametlikult lõi terviseohutuse komitee aga üksnes kommunikatsioonispetsialistide võrgustiku ja valmisoleku töörühma. Töörühmade loomise tingimuste kohaselt pidid nad struktureeritud töö tagamiseks koostama aasta töökava (sh tulemuste hindamiseks mõeldud näitajad) ja esitama selle terviseohutuse komiteele heakskiitmiseks. Kontrollikoda leidis, et auditi ajaks (märts 2016) ei olnud terviseohutuse komiteele esitatud heakskiitmiseks mitte ühtegi töörühmade loomise tingimustes nõutud aasta töökava ega näitajat. Seetõttu ei ole töörühmade töö toimunud kooskõlas nende loomisel seatud tingimustega, lisaks ei ole asjakohaselt mõõdetud nende tulemuslikkust.

47

Terviseohutuse komitee töörühmades osalemine on vabatahtlik. Kontrollikoja auditi lõppedes olid kõik liikmesriigid nimetanud oma esindaja kommunikatsioonispetsialistide võrgustikku. Komisjon palus nimetada ka valmisoleku töörühma liikmed (vt ka punkt 42), ent märtsiks 2016 olid seda teinud vaid üheksa liikmesriiki. Suure hulga liikmesriikide osalemine on oluline, tagamaks, et töörühma töötulemusi hiljem toetatakse ja need jõuavad terviseohutuse komiteesse.

48

Kontrollikoda leidis, et kui terviseohutuse komitee töö mandaat oli veel mitteformaalne ja põhines nõukogu koostatud tingimustel (st kuni aastani 2013), olid sellel nii aasta töökavad, iga-aastased eesmärgid ja aruandlus kui ka dokumenteeritud tegevuskavad koos nende edenemist kajastava aruandlusega. Praeguse terviseohutuse komitee staatus ja mandaat tulenevad tõsiste piiriüleste terviseohutuse otsusest ning erinevad varasemast. Kontrollikoda ei leidnud aga ei terviseohutuse komitee dokumentides ega komisjonis tõendeid selle kohta, et terviseohutuse komitee töö toimuks praegu vastavalt kokku lepitud strateegilisele planeerimisele ja asjakohaseid pikaajalisi strateegilisi teemasid hõlmavale ajakohastatud tegevuskavale. Auditi kestel väljendasid liikmesriikide esindajad ka teatud muret terviseohutuse komitee telefonikonverentside sisu üle, mis oli mõne osaleja arvates strateegiliste arutelude asemel liigselt suunatud tehnilistele küsimustele.

49

Kokkuvõttes on terviseohutuse komitee töö olnud väga oluline (eriti Ebola kriisile reageerimisel) ning pani alguse koostöömehhanismidele, nagu laboratooriumide kasutamine ja meditsiiniline evakuatsioon, mida võib ka edasi kasutada või uuesti kasutusele võttatulevaste kriiside käigus⁴⁴. Terviseohutuse komiteest sai platvorm, kus komisjoni asjaomaste talituste ja liikmesriikide esindajad tegid koostööd ja hakkasid infot vahetama (sh WHOga). See näitab veelgi terviseohutuse komitee olulisust, mida tunnustati ka nõukogu järeldestes, milles käsitletakse Lääne-Aafrika Ebola puhangu õppetunde rahvatervise jaoks⁴⁵.

50

Kontrollikoja auditi tõendusmaterjal näitab aga, et alates ajast, kui WHO kuulutas Ebola puhangu rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukorraks, keskenduti terviseohutuse komitee telefonikonverentside käigus Ebola kriisile, mis oli ELi jaoks väikese riskiga terviseoht⁴⁶. Seetõttu ei olnud päevakorral komitee teised ülesanded, mis puudutavad tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuse raamistiku strateegilise arengu ja rakendamise seotud teemasid.

51

Viimaste aastate sagedased tõsised haiguspuhangud (nt respiratoorse sündroomiga Lähis-Ida koroonaviirus, Ebola ja Zika) ning terviseohutuse komitee puuduv strateegiline planeerimine selgitavad ka teatud määral, miks terviseohutuse komitee kohtumised on strateegiale suunatuse asemel tihti olnud tehnilised ja reageeriva loomuga. Lisaks leiti auditiga, et terviseohutuse komitee tehnilist laadi tööd tegema või toetama pidavate töörühmade tegevus on edenenud aeglaselt.

52

Kõnealus kontekstis saab ka komisjon ise parandada enda teiste talituste, ametite ja programmide tehtavate asjaomaste kaardistamiste ja aruannete koostamist (vt ka punktid 96–102). Kõik kirjeldatud faktorid kokku näitavad, et terviseohutuse komitee strateegilise töö kvaliteeti saaks veel parandada. See on oluline, kuna terviseohutuse komiteel on nüüd koos komisjoniga tugev mandaat koordineerida liikmesriikide valmisoleku ja reageerimise planeerimist (vt punkt 44) ning seeläbi tagada ELis kõige parem võimalik terviseohtude vastane kaitse.

44 Ilma et see piiraks audititählepanekuid, mida kontrollikoda võib esitada praegu III auditikojas kriisiohjamisstruktuuride kohta tehtava tulemusauditi põhjal, kus uuritakse ka ELi reageerimist Ebola puhangule.

45 Nõukogu järeldestes, milles käsitletakse Lääne-Aafrika Ebola-puhangu õppetunde rahvatervise jaoks – terviseohutus Euroopa Liidus (2015/C 421/04), 17. detsember 2015.

46 Vt ECDC kiire riskihindamine „Outbreak of Ebola virus disease in West Africa“, 4. ajakohastatud versioon, 3. september 2014, mille kohaselt on äärmiselt väike risk, et Ebola levib kavandatud meditsiinilise evakuatsiooniga Euroopasse saabunud patsiendilt.

Reageerimise koordineerimise reeglite rakendamine on praktikas keeruline

53

Tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuse sissejuhatuses sedastatakse, et kuigi liikmesriikidel lasub kohustus lahendada riigi tasandil rahvatervisealaseid kriisilukordi, võivad üksikute liikmesriikide võetavad meetmed kahjustada teiste liikmesriikide huve, kui need meetmed ei ole üksteisega kooskõlas või põhinevad lahknevatel riskihinnangutel. Seetõttu, kui liikmesriik kavatseb vastu võtta rahvatervisealased meetmed, et võidelda tõsise piiriülese terviseohu vastu, peaks ta teisi liikmesriike ja komisjoni enne teavitama ning nendega konsulteerima meetmete teemal⁴⁷. Kui rahvatervise kaitsmise vajadus on nii kiireloomuline, et meetmed on vaja kehtestada viivitamatult, võib teisi liikmesriike ja komisjoni teavitada ka peale meetmete vastuvõtmist.

54

Ebola kriisi kogemused näitavad, et keeruline on täita nõuet teavitada teisi liikmesriike (terviseohutuse komitee kaudu) enne liikmesriigis meetmete võtmist. Mõni liikmesriik otsustas ECDC ja WHO riskihindamistest kõrvale kalduda ja võttis Aafrikast saabuvate lendudega lennujaamades kasutusele reisijate kontrolli. Hilisemates hindamistes ei soovitanud ECDC ega WHO endiselt riiki sisenevate reisijate kontrolli, viidates seejuures kontrolli maksumusele, vähestele tulemustele ja haiguspuhangu asukohariikide olemasolevale mõjusale riigist väljumisel tehtavale kontrollile⁴⁸. Komisjon kutsus ELi riikide tervishoiuministrid 16. oktoobril 2014 kõrgetasemelisele Ebola koordinatsioonikohtumisele, kus arutati ka võimalikke meetmeid ELi sisenemise kontrollimiseks. Kohtumise üks tulemi oli komisjoni ja WHO organiseeritud audit Ebolast mõjutatud riikidest lahkujate tervisekontrolli kohta. Auditiga jõuti järeldusele, et riikidest lahkujate tervisekontrolli protsessid olid hästi rakendatud ja et need avastaksid tõenäoliselt Ebola märkide ja sümptomitega isikud.

55

Komisjon sedastas oma 2015. aasta rakendusaruandes⁴⁹, et üks Ebola puhangu peamisi järeldusi oli see, et liikmesriikide reageerimise koordineerimist käsitlevaid nõudeid saaks paremaks muuta. Kui liikmesriigid ei jaga teiste liikmesriikidega rahvatervise valdkonnas võetavate meetmete kohta juba varajases staadiumis piisavalt teavet, võib see negatiivselt mõjutada teisi liikmesriike. Näiteks võib tuua kontrollide dubleerimise ja nende inimeste leidmise, keda on juba kontrollitud nende esimesel ELi sisenemisel – see nõuab teistelt liikmesriikidelt täiendavaid jõupingutusi ja ressursse ning tekitab täiendava meediasurve rahvatervisega tegelevatele ametkondadele, kes peavad selgitama, miks osa liikmesriike järgib WHO ja ECDC teaduslikke nõuandeid, osa aga mitte.

47 Vastavalt otsuse nr 1082/2013/EL artiklile 11.

48 ECDC kiire riskihindamine „Outbreak of Ebola virus disease in West Africa“, 4. ajakohastatud versioon, 3. september 2014, või ECDC tehniline aruanne „Infection prevention and control measures for Ebola virus disease – entry and Exist screening measures“, 12. oktoober 2014.

49 Aruanne otsuse nr 1082/2013/EL rakendamise kohta, COM(2015) 617 final, 7. detsember 2015.

Olemasolevate süsteemide ja menetluste oluline roll varajases hoiatamises ja reageerimises ning epidemioloogilises seires on laialdaselt tunnustatud, ent teha tuleb teatud uuendusi

56

Kontrollikoda uuris, kas varajase hoiatamise ja reageerimise ning epidemioloogilise seire olemasolevaid süsteeme ja menetlusi, mille õiguslikuks aluseks on tõsiste piiriüleste terviseohtude otsus (vt ka **joonis 1**), hallatakse ja rakendatakse asjakohaselt. Kokkuvõttes leiti, et olemasolevaid süsteeme on kasutatud juba aastaid ja sidusrühmad hindavad nende rolli ELi tasandil kõrgelt, kuid teatud aspektides tuleks moderniseerida menetlusi ja süsteeme. Järgnevates punktides käsitletakse vajadust EWRSi parandamise ning selle muude süsteemidega ühendamise järele ning asjaolu, et tõsiste keemia- ja keskkonnaohtude jaoks mõeldud ELi varajase hoiatamise ja reageerimise uuendatud lähenemisviisi ei ole seni veel testitud. Lisaks tuleb veel töötada ELi epidemioloogilise seire süsteemi kallal, et optimeerida andmete võrreldavust ja kvaliteeti.

Hoolimata EWRSi laialdasest kasutamisest ja sellele antud üldiselt positiivsest hinnangust, vajab süsteem, sh selle ühilduvus teiste hoiatussüsteemidega, täiendavat parandamist

57

Tõsiste piiriüleste terviseohtude otsus moodustab õigusliku aluse EWRSile, mille kaudu teavitatakse liidu tasandi tõsistest piiriülestest terviseohtudest. Süsteem loob alalise teabevahetuskanali komisjoni ja pädevate asutuste vahel, kes vastutavad riigi tasandil hoiatusteadete edastamise, rahvaterviseriskide hindamise ja rahvatervise kaitseks vajalike meetmete kindlaksmääramise eest. ECDC peaks toetama ja abistama komisjoni EWRSi opereerimisega ning tagama koos liikmesriikidega koordineeritud reageerimisvõime. ECDC peaks analüüsima EWRSi kaudu saadud teadete sisu ning andma teavet, teadmisi, nõu ja tegema riskihindamist.

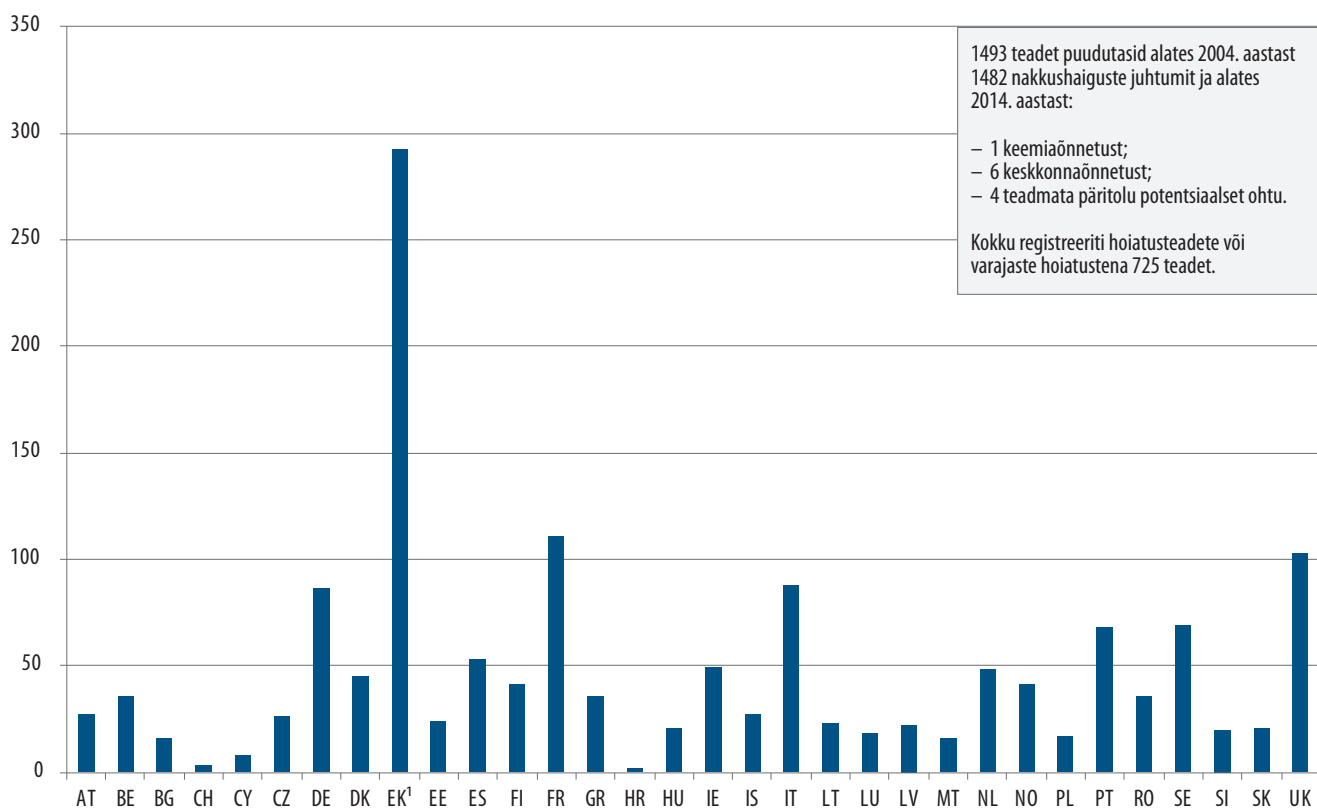
58

Komisjon ja ECDC peaksid samuti võtma meetmeid EWRSi tõhusa seostatuse tagamiseks ühenduse teiste häiresüsteemidega (nt loomade tervise, toidu, sööda ja tsiviilkaitse). Ülalloetletud standardite alusel hindas kontrollikoda EWRSi töö ja juhtimise asjakohasust.

59

EWRSis tehti peale otsuse vastuvõtmist mitu muudatust: lisati uued andmeväljad täiendavate ohtude jaoks (muud kui nakkushaigused) ning integreeriti hoiatus-teadete määratlused. Kontrollikoda leidis, et liikmesriikide vastavate valdkondade ametiasutused kasutavad EWRSi laialdaselt. Alates 2004. aastast on liikmesriigid ja komisjon sisestanud EWRSi 1493 hoiatusteadet (vt **joonis 2**). Samas leidsid audiitorid, et hoolimata aja jooksul tehtud moderniseerimisest ja parandustest sisaldab süsteem oma vananenud ülesehitusest tulenevalt piiranguid, mis ei võimalda sellesse integreerida kõige moodsamaid IT lahendusi ega ühendada süsteemi sotsiaalmeedia või mobiilsete seadmetega.

Joonis 2 EWRSi sisestatud hoiatusteadet (2004–2015)



1493 teadet puudutasid alates 2004. aastast
1482 nakkushaiguste juhtumit ja alates
2014. aastast:

- 1 keemiaõnnetust;
- 6 keskkonnaõnnetust;
- 4 teadmata päritolu potentsiaalset ohtu.

Kokku registreeriti hoiatusteadete või
varajaste hoiatustena 725 teadet.

1 EK tähistab Euroopa Komisjoni.

Allikas: Euroopa Kontrollikoda ECDC poolt 2015. aasta oktoobris EWRSi kohta esitatud andmete põhjal.

60

Ajavahemikku 2008–2012 käsitlevas ECDC kõige värskemas välises hindamisaruandes⁵⁰ anti EWRSi tehnilisele ülesehitusele ja kasutajasõbralikkusele üldiselt positiivne hinnang, ent märgiti samas süsteemi puudulikke tööd kriiside ajal, tuues välja, et süsteemis on minevikus kergesti tekkinud ülekoormus ning seda peaks saama paremaks muuta nii, et ta pakuks rahvatervise hädaolukordades paremat tuge.

61

ELi tasandil puudub praegu spetsiaalne infoplatvorm või vahend, mis annaks reaajas ülevaate liikmesriikides tõsiste piiriüleste terviseohtude vastu võitlemiseks võetud rahvatervise meetmete kohta. Selleks kasutatakse kas EWRSi või e-kirju (nt terviseohutuse komitee ja komisjoni vahelises suhtluses). Sellise funktsionaalsuse võiks aga luua uue spetsiaalse rakenduse vormis või lisada see EWRSi parandatud versioonile.

62

Kuni aastani 2012 oli olemas EWRSi komitee. Komitee tegeles rahvatervise kriiside tehniliste aspektidega, samas kui mitteformaalne terviseohutuse komitee tegeles sel ajal pigem strateegiliste küsimustega⁵¹. Kontrollikoja leiud viitavad, et ka praeguses raamistikus on olemas vajadus taolise tehnilise ettevalmistustöö järele (vt ka terviseohutuse komiteed kirjeldav punkt 51). Kontrollikoja auditi tegemise ajal olid komisjon ja ECDC arutanud ka rühma loomist, mis vaataks läbi rahvatervise riskihindamisi ja analüüsiks võimalusi poliitika muutmiseks. Rühma loomist peeti vajalikuks selleks, et vältida terviseohutuse komitee ülekoormamist, ent seni ei ole midagi konkreetset välja pakutud ega heaks kiidetud.

63

Auditi tegemise ajal puudus EWRSi kasutajarühm, kes toetaks ja abistaks kasutajaid süsteemi igapäevase kasutamise funktsionaalsetes ja menetluslikes küsimustes ning võimalike muudatus- ja moderniseerimisettepanekute ja koolituse alal. Samas peeti sarnaseid arutelusid kuni 2012. aastani EWRSi komitees ning liikmesriikide esindajad süsteemis olid arvamusel, et need küsimused vajavad regulaarset arutelu.

50 ECDC teine sõltumatu hindamine vastavalt keskuse asutamismäärusele (määrus (EÜ) nr 851/2004), lõpparuanne, 8. oktoober 2014.

51 Enamikus liikmesriikides ei ole terviseohutuse komitee liige ning EWRSi kontaktpunkt üks ja sama inimene. Tavaliselt osalevad terviseohutuse komitee töös tervishoiuministriumide juhtivad spetsialistid ning EWRSi kontaktideks nimetatakse riiklike rahvaterviseametkondade juhtivad tehniliste küsimuste spetsialistid; samas on selles reeglis ka erandeid.

64

Komisjoni 2015. aasta rakendusaruande⁵² kohaselt kaalus komisjon EWRSi täiendavat moderniseerimist, mis võimaldaks keskmises perspektiivis välja töötada kasutajasõbralikumaid funktsioone niipea, kui süsteemi IT-rakenduse täiemahuline uuendamine on kokku lepitud sidusrühmade ja ECDCga. Audiitoritel ei õnnestunud aga auditi ajal saada komisjonilt konkreetseid tõendeid sellel alal tehtud edusammude kohta.

65

Komisjon loetles juba 2011. aastal⁵³ ELi tasandi ametid ja varajase hoiatamise süsteemid⁵⁴, mis peaksid olema ühendatud EWRSiga. Nimekiri sisaldas iga hoiatussüsteemi kohta kommentaare, milles põhjendati vajadust tagada nende ühendamine EWRSi hoiatusteadetega. Kontrollikoda leidis sellise ühendamisega seotud eesmärgid ja sulgemist vajavaid lünki. Audiitorid uurisid süsteemide ühendamisel alates 2011. aastast tehtud edusamme ning leidsid, et auditi tegemise ajal (märts 2016) oli endiselt olemas nimekiri⁵⁵ hoiatus- ja infosüsteemidest, mis olid veel EWRSiga ühendamata.

66

Hoiatussüsteemide omavaheline ühendamine on tähtis seetõttu, et komisjoni eri talituste hallatavatel ELi hoiatussüsteemidel (nt EUROPHYT taimetervise ja RAPEX ohtlike mittetoidukaupade jaoks) võivad liikmesriikides olla ka erinevad kontaktpunktid, mistõttu vajatakse teabe suunamiseks nii ELi kui ka liikmesriikide tasandil asjakohaseid kommunikatsioonikanaleid.

67

Komisjoni andmetel⁵⁶ ei pruugita suuta süsteeme täielikult omavahel ühendada (menetluslikult ja tehniliselt) enne, kui on rohkem selgust EWRSi täiemahulise uuendamise (mida kirjeldatakse eelnevates punktides) ulatuse ja mõju kohta. Seni aga vajatakse samuti mõjusaid menetlusi selleks, et vältida tegevuste kattumist või dubleerimist ning ohu korral tagada mõjus ja kiire reageerimine.

52 COM(2015) 617 final.

53 Mõjuhindamisele lisatud dokument „Structure for preparedness and response to cross-border health threats“, SEK(2011) 1519 (lõplik).

54 Nt toiduks mittekasutatavate ohtlike toodete, loomatervise ja toiduohutuse hoiatussüsteemid.

55 Otsuse nr 1082/2013/EL artikli 8 sätete rakendusakti projekt, mida ei olnud auditi tegemise ajal veel vastu võetud.

56 COM(2015) 617 final.

68

Kokkuvõttes leidsid audiitorid, et EWRS on töötanud palju aastaid ja sidusrühmad (sh süsteemi kasutajad, kellega auditi käigus vesteldi) hindavad seda üldiselt kõrgelt. Komisjon ja ECDC ei ole aga seni teinud palju jõupingutusi süsteemi edasiseks parandamiseks ega ole välja töötanud tõsiste piiriüleste terviseohtude puhul kasutatavaid olukorratäpsustamise ja intsidentide käsitlemise lahendusi. Lisaks ei ole ELi tasandil lõpule viidud menetluslikku ega tehnilist ühendamist teiste varajase hoiatamise süsteemidega.

Tõsiste keemia- ja keskkonnaohtude jaoks mõeldud ELi varajase hoiatamise ja reageerimise uuendatud lähenemisviisi ei ole seni veel testitud

69

Kui ohu kohta on vastavalt tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuse eeskirjadele esitatud hoiatusteadete, peaks komisjon tegema riikide pädevatele asutustele ja terviseohutuse komiteele EWRSi kaudu kättesaadavaks riskihindamise, milles käsitletakse ohu potentsiaalset raskusastet rahvatervisele ja loetletakse võimalikud rahvatervise meetmed⁵⁷. Kui oht puudutab nakkushaigust, antimikroobikumiresistentsust või sellega seonduvat tervise eriküsimust või on teadmata päritoluga, peaks hindamise koostama ECDC. Vajaduse korral võib komisjon nõuda riskihindamise koostamist ka Euroopa Toiduohutusametilt või ELi teistelt ametitelt. Kui vajalik riskihindamine on täielikult või osaliselt väljaspool ELi asutuste pädevust, kuid seda peetakse liidu tasandil reageerimise koordineerimiseks vajalikuks, peaks komisjon koostama riskihinnangu terviseohutuse komitee taotlusel või omal algatusel *ad hoc*. Kontrollikoda uuris, kuidas toimib see praktikas.

70

Keemia- ja keskkonnaohtude puhul antakse otsuses komisjonile täielik tegevusvabadus tellida kiire riskihindamine mistahes sobivast allikast. Auditi tegemise ajal telliti keemiaohtude kiired riskihindamised ühelt ELi kaasrahastatud projektilt. Projektiga töötati välja põhjalikud töövahendid selliste ohtudega tegelemiseks, ent projekt lõppes 2016. aasta märtsis. Selleks, et täita ka pärast seda oma õiguslik kohustus nimetatud riskide kohta kiirete riskihindamiste esitamiseks, töötas komisjon koos oma teaduskomiteega⁵⁸ välja standardse töökorra, milles võeti nõutud võimekuse tagamiseks üle osa projekti väljunditest.

57 Otsus nr 1082/2013/EL tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta, artikkel 10.

58 Tarbijaohtuse, rahvatervise ja keskkonnaga seotud valdkondade poliitika ning ettepanekute koostamisel kasutab komisjon usaldusväärse teadusliku nõu saamiseks oma teaduskomiteede abi. Teaduskomiteed saavad omakorda kasutada teadusekspertide ja ekspertide andmebaasis registreeritud asjatundjate abi. Üks kolmest 2009. aastal loodud komiteest on tervise ja keskkonnariskide teaduskomitee (SCHER). Alates 2016. aastast asendab seda uus SCHEER-komitee.

71

Keemiliste ainetega seotud tõsiste piiriüleste õnnetuste toimumise tõenäosus on üldiselt väike, kuid nende olemusest tulenevalt võib olla vajalik esitada kiired riskihindamised väga kiiresti – 12–36 tunni jooksul – ja väljaspool ametlikku tööaega. Varem ei esitanud teaduskomitee teaduslikke nõuandeid nii kiiresti.

72

Sama projekti raames 2016. aastal läbi viidud õppus näitas projekti raames välja töötatud töövahendi komponentide väärtust keemiaohtudega tegelemisel. Selgus, et peale seda, kui teaduskomitee keemiaohtude töörühma kõik liikmed on leitud (avaldusi sai esitada kuni 9. maini 2016), vajatakse tõenäoliselt märkimisväärses mahus koolitust ja harjutamist, enne kui mehhanism saavutab optimaalse mõjususe, esitamaks kiireid riskihindamisi vajaliku kvaliteediga ja nõutud tähtsuse raames. Lisaks leidsid audiitorid, et komisjon oli projektilt tõepoolest üle võtnud projekti käigus välja töötatud IT-rakenduse⁵⁹ majutamise; rakenduse eesmärk on keemiliste ainetega seotud potentsiaalsete õnnetuste seire enne nendest teavitamist EWRSis. Auditi ajal pärinesid registreeritud kasutajad aga vaid 14 liikmesriigist, mis tähendab, et taoliste ohtude kohta puudub täielik ja järjepidev ELi-ülene aruandlus. Komisjon ei andnud kindlaid tõendeid selle kohta, kuidas platvormi moderniseeritakse ja hooldatakse või kuidas korraldatakse koolitust ja edendatakse platvormi kasutamist.

73

Teaduskomitee kiirete riskihindamiste standardses töökorras osutati vaid keemiliste ainetega seotud õnnetustele ega viidatud keskkonnaohtudele. Kontrollikoda ei leidnud komisjoni tasandil tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta kiirete riskihindamiste saamiseks mingit muud standardset töökorda. Üldiselt leiti vähe ELi tasandi ekspertteadmisi tõsiste piiriüleste keemia- ja keskkonnaohtudega tegelemiseks ning sellealast ELi seire ja varajase reageerimise uuendatud korda ei ole seni veel testitud.

⁵⁹ Keemiaohtude kiirhoiatussüsteem RASCHEM.

ELi epidemioloogilise seire süsteem toimib üldiselt hästi, ent andmete võrreldavuse ja kvaliteedi optimeerimine vajab veel lisatööd

74

Komisjon peaks⁶⁰ vastavalt ECDC asutamisevõime looma ja ajakohastama epidemioloogilise seire võrgustiku menetlused. Lisaks peaksid riiklikud pädevad asutused epidemioloogilise seire kohta teabe esitamisel võimaluse korral kasutama iga nakkushaiguse ja seonduva tervise eriküsimuse puhul ELi haiguste nimekirjas kasutatavaid haigusjuhtude määratlusi⁶¹. Komisjon võtab haigusjuhtude määratlused vastu selleks, et tagada andmete võrreldavus ja ühilduvus liidu tasandil. ECDC majutab ja käitab epidemioloogilise seire platvormi TESSy, millesse liikmesriigid laadivad oma seireandmeid. ECDC pikaajalise seirestrateegia (2014–2020) üks eesmärkidest on Euroopa tasandil kogutud seireandmete kvaliteedi parandamine. Ka ECDC mitmeaastases strateegilises programmis⁶² sedastatakse, et liikmesriikide kogutava teabe kvaliteeti saab veel parandada.

75

ECDC ja liikmesriikide eksperdid on teinud koostööd seirestandardite väljatöötamiseks, et optimeerida ELi seiret ja parandada andmete kvaliteeti. ECDC sõnul täidavad liikmesriigid aruandlusnõudeid üldiselt rahuldavalt. Andmete kvaliteet (täielikkus ja esinduslikkus) on aga tihti problemaatiline. Kvaliteedinäitajate (nt täielikkus, täpsus ja õigsus) hindamiseks hindas ECDC kolme haiguse⁶³ kohta esitatud andmete kvaliteeti. Hindamistega leiti nimetatud kriteeriumide juures mitu puudust.

76

ECDC juhib alates 2009. aastast projekti, mille eesmärk on riiklike seireasutuste kogutavate andmete kvaliteedi parandamine; projekt pidi kavakohaselt lõppema 2011. aastal, ent oli 2015. aasta lõpu seisuga endiselt töös. ECDC sõnul tulenevad andmete kvaliteediga seotud probleemid osaliselt asjaolust, et liikmesriigid kasutavad sageli enda haigusjuhtude määratlusi, mis erinevad komisjoni 2012. aasta rakendusotsusega sätestatud ELi määratlustest⁶⁴.

77

Kokkuvõttes leidsid audiitorid seetõttu, et ECDC poolt epidemioloogilise seire andmete aruandluse probleemide lahendamiseks võetud meetmed ei ole seni olnud andmete optimaalse võrreldavuse ja kvaliteedi tagamisel täielikult mõjusad. ELi tasandi haigusjuhtude määratluste järjepideva kasutamise ja andmete ECDC-le esitamise optimeerimise abil võiksid ka liikmesriigid kõnealuse valdkonna puuduste lahendamisele ise kaasa aidata.

60 Otsuse nr 1082/2013/EL III peatükk.

61 Haigusjuhu määratluse all mõistetakse ühiselt kokkulepitud kriteeriume, mis peavad olema täidetud, et saaks õigesti teha kindlaks konkreetse tõsise piiriülese terviseohu.

62 ECDC peatükk 9.1 (seire), „Kontekst ja tulevikuväljavaated“.

63 ECDC kogub, analüüsib ja levitab kõigist ELi 28 liikmesriigist ning kahest Euroopa Majanduspiirkonna riigist (Island ja Norra) seireandmeid 53 nakkushaiguse ja nendega seonduvate tervise eriküsimuste kohta. <http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/Pages/index.aspx>

64 Komisjoni 8. augusti 2012. aasta rakendusotsus 2012/506/EL, millega muudetakse otsust 2002/253/EÜ, millega nähakse ette haigusjuhtude määratlused ühenduse võrgustiku teavitamiseks nakkushaigustest vastavalt Euroopa Parlamendi ja nõukogu otsusele nr 2119/98/EÜ (ELT L 262, 27.9.2012, lk 1).

Terviseprogrammi tulemuslikkuses kodanike kaitsel terviseohtude eest oli puudusi

78

Kontrollikoda uuris, kas ELi terviseprogrammid panustavad mõjusalt kodanike kaitsesse terviseohtude eest. Seejuures uuriti üksikasjalikult Tarbija-, Tervise- ja Toiduküsimuste Rakendusameti (Chafea) juhtimist ning teise terviseprogrammi (vt punkt 11) terviseohtude eesmärgi raames rahastatud 20 tegevuse tulemuslikkust (ülevaade on esitatud *III lisas*); auditi käigus külastati ka seitsme projekti koordineerivaid toetusesaajaid. Lisaks auditeeris kontrollikoda praeguse kolmanda terviseprogrammi terviseohtude eesmärgi edenemist: uuriti iga-aastastes tegevuskavades sõnastatud asjasse puutuvaid tegevusi ning seda, kuidas hindas komisjon nende tulemusi. Kokkuvõttes leidis kontrollikoda, et terviseprogrammide tulemuslikkuses kodanike kaitsel tõsiste terviseohtude vastu oli puudusi. Järgnevates punktides kirjeldatakse teise terviseprogrammi (2008–2013) terviseriskide alaste tegevuste jätkusuutlike tulemuste puudumist ning puudusi kolmanda terviseprogrammi terviseriskide näitaja mõõtmisel. Perioodi 2014–2016 kohta leidis kontrollikoda, et seatud eesmärgi olulisuse, suurte plaanide ja olemasolevate vahendite suure mahu valguses kasutati terviseohtude alaste tegevuste rahastamiseks eraldatud vahendeid suhteliselt tagasihoidlikult.

Teise terviseprogrammi terviseriskide alaste tegevuste tulemused ei ole jätkusuutlikud

79

Teine terviseprogramm peaks⁶⁵ täiendada ja toetama liikmesriikide poliitikat, andma sellele lisaväärtust, kaitses ja edendades inimeste tervist ja turvalisust ning parandades rahvatervist. Programmil on kolm eesmärki, millest üks on kodanike tervisekaitse parandamine. Nimetatud eesmärgi raames auditeeriti käesoleva auditiga tegevust 1.1: kodanike kaitsmine terviseriskide eest.

80

ELi finantsmääruse kohaselt tuleb ELi eelarvet täita vastavalt usaldusväärse finantsjuhtimise põhimõtetele (säästlikkus, tõhusus ja mõjususe). Mõjususe põhimõtte tähendab seatud eesmärkide ja kavandatud tulemuste saavutamist. Komisjon ja Chafea peavad tagama, et kaasrahastatud tegevused aitavad kaasa terviseprogrammi eesmärkide saavutamisele. Kontrollikoda on seisukohal, et rahastatud tegevuste tulemused (eeldusel, et need on küllaldaselt hea kvaliteediga) peaksid olema jätkusuutlikud ja leidma edasist kasutust ka peale tegevuste lõppemist, et tagada nende mõju ja lisaväärtus.

65 Otsuse nr 1350/2007/EÜ artikli 2 lõige 1.

81

Enamik auditivalimi 20 tegevuse hulgas sisaldunud 14 projektist⁶⁶ olid väljundite alal edukad (välja arvatud kaks, mida Chafea hindas rahuldavaks, kuna need ei suutnud saavutada kõiki nõutud väljundeid või ei olnud kvaliteet küllalt hea). Kontrollikoda leidis aga, et paljusid väljundeid ei kasutatud peale nende valmimist isegi siis, kui need olid praktilised ja kasutusvalmis (nt töövahendid, protokollid, suunised), või ei suudetud selgelt näidata, kuidas mõjutasid projektide väljundid poliitika kujundamist liikmesriigi või ELi tasandil. Üheksa lõpetatud tegevuse puhul 12st leidsid audiitorid märkimisväärseid puudusi tulemuste jätkusuutlikkuses; sama oli tihti täheldatud ka nende projektide lõpetamisel koostatud Chafea asutusesisestes hindamismärkmetes (vt **5. selgituses** esitatud näited).

82

Lisaks leiti, et Chafea ja/või komisjon annavad peale projektide lõppemist väga vähe tehnilist tagasisidet väljundite sisu ja nende valdkonnapoliitilise olulisuse kohta. Viimast tähelepanekut kinnitasid ka kohapeal külastatud toetusesajaad. Peale projektide lõppemist hindab Chafea nende potentsiaali laiema poliitika kontekstis ning tegevuse olulisust tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi tegevuse seisukohast. Audiitorid leidsid aga, et kuigi tervise ja toiduohutuse peadirektoraadil on juurdepääs Chafea hindamisfailidele, ei kasuta peadirektoraat neis leiduvat teavet süstemaatiliselt selleks, et hinnata oma võimalikku rolli oluliseks hinnatud tulemuste edasisel kasutamisel ELi tasandil või neile tugevama ELi ülese mõju võimaldamisel⁶⁷. Projektikoordinaatorite juurde tehtud külastuste käigus arutati nende muret selle üle, et hoolimata toetuslepingutes seatud tulemuste ulatusliku jagamise nõuetest, on teatud sihtrühmadeni jõudmine väga keeruline (eelkõige puudutab see ELi tasandit ja liikmesriikide poliitikakujundajaid).

66 Valim sisaldas 14 projekti, ühte ühismeedet ja viit hankemenetlust (vt **III lisa**).

67 Kontrollikoda on juba komisjonile soovitanud teha projektide järelhindamist, et parandada varem saadud kogemuste kasutamise abil tulevaste projektide kavandamist, vt esimest rahvatervise programmi (2003–2007) käsitlev eriaruanne nr 2/2009: 2. soovitus.

Näited auditeeritud projektidest ja leitud probleemidest

Ühe valimis sisaldunud projekti auditeerimisel selgus, et selle **tulemuste üks osa ei olnud jätkusuutlik**, sest välja töötatud IT-platvormi kasutanud spetsialistide võrgustik lakkas peale projekti lõppu suures osas toimimast. Samuti auditeeriti ühte suuresti teadusuuringutele keskendunud projekti, mis osutus liiga keeruliseks ja kalliks. **Selle peamine eesmärk jäi saavutamata**. Osaliselt tulenes see asjaolust, et projekti eelkäija kogemusi ei võetud vajalikul määral arvesse ja eesmärgid seati seega liiga kõrgele. Ühes teises projektis (ühe haiguse seire teatud elanikkonnarühmades) leiti, et projektil olid küll väga head ja kvaliteetsed väljundid, ent peale selle lõppemist **väljundeid enam ei uuendatud ega võetud laialdaselt kasutusele**. Kirjeldatud projektide panus terviseprogrammi terviseohtude eesmärgi saavutamisse kahaneb seega aja jooksul kiiresti.

83

Terviseprogrammi järelhindamises⁶⁸ loetleti sarnaseid probleeme ning sedastati, et kuigi terviseprogrammi teises pooles tehti märkimisväärseid jõupingutusi tulemuste levitamise parandamiseks, saaks asjaomaste sidusrühmade teadlikkust kaasrahastatud tegevuste tulemuste üle⁶⁹ veelgi suurendada ja maksimeerida selle kaudu nende kasutamist ja mõju⁷⁰. Lisaks leiti järelhindamises, et kui tegevustel puuduvad seosed poliitikaga, on nende tulemusi kogu ELis raske rakendada. Sama aruande kohaselt ei olnud sugugi mitte kõik tegevused konkreetsete ja kasulike tulemuste ja mõju saavutamisel eriliselt mõjusad. Kuigi ühismeetmetel (vt **6. selgitus**) on tavaliselt konkreetne mõju, öeldi aruandes, et projektide tulemused jäävad suhteliselt sageli tähelepanu ja praktilise kasutuseta. Muude põhjuste seas tulenes see ka asjaolust, et piisavalt ei pööratud tähelepanu olulistele takistustele ega kaasatud tulemuste rakendamise õnnestumiseks tähtsaid sidusrühmi⁷¹.

84

Tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi ning Chafea korraldatud viie hanke (vt **III lisa**) juures täheldasid audiitorid samuti väljundite piiratud kasutamist ja tulemuste vähest hindamist. Õppuste ja töötubade/koolituste lõpp- ja hindamisaruannete soovitusi ei võetud tavaliselt arvesse tegevuskavades, mille elluviimise üle oleks saanud teha järelevalvet⁷². Viie kontrollikoja hangete valimisse langenud õppusest kaks (need peeti 2011. ja 2014. aastal) hõlmasid keemiaohtusid ning nende põhjal toodi välja palju sarnaseid ja mõningaid identseid probleeme ning soovitusi.

- 68 Terviseprogrammi (2008–2013) järelhindamine, 2016.
- 69 Käesoleva lõigu tekst annab edasi järelhindamise sõnumi. Mõistete „tulemused“ ja „mõju“ kasutamine ei pruugi siin olla kooskõlas kontrollikoja meetodikaga.
- 70 Terviseprogrammi (2008–2013) järelhindamise kokkuvõte, 2016.
- 71 Terviseprogrammi (2008–2013) järelhindamise järeldused, 2016.
- 72 See puudutab ka ühe 2012. aasta raamlepingu alusel hangitud nelja uuringut, mille kohta audiitorid leidsid, et tervise ja toiduohutuse peadirektoraadil puudus struktureeritud lähenemisviis soovitude kogumiseks ja dokumenteerimiseks, asjakohaste tegevuste määramiseks ning nende rakendamise edenemise üle tehtavaks järelevalveks. Audit tegemise ajal (oktoober 2015) ei olnud nimetatud uuringuid tutvustatud terviseohutuse komitee liikmetele.

Terviseprogrammi ühismeetmed

ELi terviseprogramm sisaldab innovaatilist ja paljulubavat rahastamisvahendit, mida kutsutakse **ühismeetmeteks**. Tavaliselt kaasrahastavad neid liikmesriikides rahvatervise valdkonna eest vastutavad pädevad asutused. Ühismeetmete projektitaotlustel peab olema tõeline **üleeuroopaline mõõde**. Ühismeetmed hõlmavad keskmiselt 25 partnerit⁷³. Kuna ühismeetmeid kaasrahastavad rahvatervise valdkonna eest vastutavad pädevad asutused, peaks nende tulemusi saama paremini kasutada ja neil peaks olema poliitikale suurem mõju. Samas võtab ühismeetmete ettevalmistamine nende suurusest tulenevalt rohkem aega ning eeldab ka poliitilist tuge ja liikmesriigi eraldatavat kaasrahastamist. See tähendab, et hoolimata potentsiaalist suurendada terviseprogrammi vahendite abil valminud tulemuste üleeuroopalist kasutamist, ei saa ühes poliitikavaldkonnas olla väga palju ühismeetmeid.

⁷³ Chafea väljaanne kolmanda terviseprogrammi (2014–2020) raames võetud ühismeetmete kohta.

85

Teadusuuringute Ühiskeskusega sõlmitud halduskokkuleppe raames rakendatud kaks tegevust lõpetati enneaegselt peale vastavalt ühe- ja kuueaastast tegevust. Kui esimene tegevus (epidemioloogilise modelleerimise võrgustik) lõpetati, ei analüüsinud komisjon selle tulemusi ega dokumenteerinud tegevuse lõpetamise põhjuseid. Teine tegevus kestis kuus aastat (2005–2011). Tegu oli rahvatervise olukordade teabevahetusplatvormiga. See töötati välja liikmesriikide taotlusel ja terviseohutuse komitees peetud arutelude põhjal, kuid lõpetati 2012. aastal, kui komisjon otsustas sulgeda kõik IT-süsteemid, mille aluseks ei olnud mõni õigusakt.

86

Hoolimata ülalkirjeldatud probleemidest annavad auditeeritud projektid üle-euroopaliste võrgustike loomise ja suutlikkuse arendamise alal kindlasti suurt lisaväärtust⁷⁴. Kõik projektid viivad ellu partneritest koosnevad konsortsiumid ning nendega on saadud palju kogemusi, kuigi terviseprogrammi rakendamise geograafiline hajutatus ei ole veel optimaalne ning suur osa tegevusest on koondunud piiratud arvu riikide valdkondlikesse asutustesse. Komisjon ei võta aga koostöös oma partnerite ja komiteedega küllaldaselt määral struktureeritud meetmeid poliitika kohta saadava tagasiside süsteemi optimeerimiseks. Tegu on probleemiga eelkõige seetõttu, et terviseprogrammi liikumapanevaks jõuks on poliitika.

87

Audiitorid leidsid, et kolmanda terviseprogrammi (2014–2020) (vt ka punktid 89–94) rõhuasetus nihkus projektidelt hangetele⁷⁵. Tegu on teistsuguse rahastamismehhanismiga, mis tähendab ka vastutuse liikumist komisjonile. Samas aga, nagu juba mainitud terviseprogrammi (2008–2013) järelhindamises, valitseb oht, et teenuslepingute liigne kasutamine mõjutab negatiivselt terviseprogrammi kaasavust (toetusesaajate liigid ja geograafiline hajutatus). Teise terviseprogrammi kontrollikojapoolne auditeerimine (vt punkt 84) näitas, et Chafea ja komisjon oleksid võinud saavutada hangete valdkonnas jätkusuutlikumaid tulemusi.

88

Kokkuvõttes ei ole tagatud enamiku teise terviseprogrammi auditeeritud tegevuste jätkusuutlikkus, mistõttu jääb piiratuks ka nende panus kodanike kaitsesse terviseohutude eest. Komisjon võiks võtta mõjusamaid meetmeid, mis aitaksid toetusesaajatel ületada takistusi lõpetatud tegevuste tulemuste jagamisel ja hindamisel ning poliitikaalase olulisuse tutvustamisel.

74 Kontrollikoda täheldas seda juba oma esimest rahvatervise programmi (2003–2007) käsitleva eriaruande nr 2/2009 punktis 88.

75 Terviseohutude valdkonnas ei ole aastatel 2014, 2015 ega 2016 projektikonkurse korraldatud.

Puudused ELi kolmanda terviseprogrammi (2014–2020) terviseohtude eesmärgi tulemuslikkuse juhtimises ning suhteliselt väikesed kulutused aastatel 2014–2016

89

Liidu kolmas tervisevaldkonna tegevusprogramm aastateks 2014–2020⁷⁶ hõlmab nelja konkreetset eesmärki ja näitajat, millest üks (eesmärk nr 2) puudutab tõsisemaid piiriüleseid terviseohte ning on sõnastatud järgnevalt: „liidu kodanike kaitsmiseks tõsiste piiriüleste terviseohtude eest: määrata kindlaks ja töötada välja ühtsed lähenemisviisid ning edendada nende rakendamist, et parandada valmisolekut ja koordineerimist tervisega seotud hädaolukordade puhul“. Selle eesmärgi saavutamist mõõdetakse nende liikmesriikide arvu suurenemise alusel, kes lisavad väljatöötatud ühtsed lähenemisviisid oma valmisolekukavadesse (vt ka punktid 30–34). Rahastatud tegevused peavad seega kaasa aitama nimetatud eesmärgi saavutamisele ning peaksid olema loodud sobivad meetodid loetletud näitaja abil tegevuse edenemise mõjusaks mõõtmiseks.

90

Terviseprogrammi (2014–2020) eluviimiseks ettenähtud rahastamispaketi suurus on 449 miljonit eurot. Tööprogrammide koostamise kriteeriumide⁷⁷ kohaselt tuleks eelarve tasakaalukalt ära jagada programmi eri eesmärkide vahel.

91

Audiitorid uurisid 2013. aastal koostatud (ja 2016. aastal ajakohastatud⁷⁸) komisjoni institutsioonisiseseks kasutamiseks mõeldud mitmeaastast kava. Eesmärgi nr 2 tegevused pidid algselt toimuma kolme peamise temaatilise prioriteedi raames neljast. Eelarve ülevaade näitas, et eesmärgile nr 2 ajavahemikuks 2014–2020 eraldatud kogusumma (see hõlmab kõik erinevaid rahastamismehhanisme) moodustab 12 069 000 eurot ehk 3%⁷⁹ programmi kõigile neljale eesmärgile kokku eraldatud vahenditest.

92

Kuigi mitmeaastase suunava kavandamisdokumendi 2016. aasta ajakohastamises eesmärgi nr 2 jaoks kavandatavaid üksikasju ja võimalikke muudatusi veel ei teatud auditi tegemise ajal, näitasid tõendid, et 2014. ja 2015. aasta tööprogrammides oli planeeritud algselt vähem tegevusi⁸⁰. Sellises tempos ei suudeta programmiga kasutada aastaks 2020 eesmärgi nr 2 rahastamiseks 3% kogu olemasolevast eelarvest. Eelneva tõttu muutub küsitavaks, kas eesmärgile seni kulutatud suhteliselt väikeste vahenditega suudetakse tagada selle olulise ja ambitsioonika eesmärgi täitmise; pealegi ei jaguneks eraldatud vahendid eesmärkide vahel tasakaalukalt⁸¹.

76 Määrus (EL) nr 282/2014.

77 Määruse (EL) nr 282/2014 II lisa

78 2016. aasta täiemahuline ajakohastamine oli auditi tegemise ajal pooleli.

79 Ühes ajakohastatud versioonis oli eesmärgile nr 2 kavandatavat summat suurendatud 14 685 000 euroni, mis moodustab 3,63% terviseprogrammi (2014–2020) eelarvest.

80 Aastatel 2014, 2015 ja 2016 nimetatud eesmärgi raames projektikonkurse ei alustatud.

81 Prognooside kohaselt kasutatakse eesmärgi nr 3 rahastamiseks 52,5% ning eesmärkide nr 1 ja 4 rahastamiseks ligikaudu 20% programmi eelarvest.

93

Audiitorid uurisid samuti, kas eesmärgiga nr 2 seotud näitaja mõõtmiseks oli olemas selge meetoodika (vt punkt 89). Sarnaselt punktides 30–34 tehtud tähelepanekutele ka siin taolist meetoodikat ei leitud. Chafea kogub küll koostöös liikmesriikide terviseprogrammi kontaktasutustega programmi rakendamise kohta teatud andmeid, ent selle töö eesmärk ei ole mõõta projektide tulemuste ja tulemite abil konkreetse näitaja täitmisel tehtud edusamme. Kuigi käesoleva auditi käigus ei hinnatud kolmanda terviseprogrammi eesmärgi nr 2 raames seni tehtud väheste tegevuste tulemusi, on kontrollikoda seisukohal, et puudub selge meetoodika asjaomase näitajaga mõõdetavate tulemuste mõõtmiseks.

94

Kokkuvõttes leiti puudusi kolmanda terviseprogrammi eesmärgile „kaitsta liidu kodanikke tõsiste piiriüleste terviseohtude eest“ seatud näitaja mõõtmises ning eesmärgi saavutamiseks kulutati aastatel 2014–2016 suhteliselt vähe vahendeid (igal juhul palju vähem kui programmi teiste peamiste eesmärkide jaoks). Eelnev tekitab kahtlusi, kas kuni aastani 2020 suudetakse rahastada küllaldast hulka asjakohaseid tegevusi, et tagada programmi eesmärkide vaheline tasakaalustatus ning avaldada tõelist mõju tõsiste piiriüleste terviseohtude valdkonnas.

Lüngad terviseturbe ja rahvatervise kriisiolukordade juhtimise asutusesiseses koordineerimises

95

Kontrollikoda uuris, kas komisjonis on olemas terviseturbe rahastamise ja rahvatervise kriisiolukordade juhtimise alane asjakohane asutusesisene koordineerimine. Üldiselt näitas audit, et asutusesiseses koordineerimises on mitu lünka. Eri programmides terviseturbele eraldatud vahendite koordineerimine komisjoni eri talituste vahel ei taga täielikku sünergia. Komisjoni kriisihjestraktuuride igapäevase koostöö arendamisel tuleb rohkem edu saavutada ning audiitorid leidsid puudusi komisjoni tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi juhtimises.

ELi eri programmides terviseturbele eraldatud vahendite koordineerimine komisjoni talituste vahel ei taga täielikku sünergiaid

96

Terviseprogrammide terviseturbe eesmärkide kõige tõhusama saavutamise tagamiseks vajatakse komisjoni ja tema ametite asjaomaste talituste töö mõjusat koordineerimist. Euroopa Komisjon peab ELi eelarve täitmisel tagama usaldusväärse finantsjuhtimise ja ELi vahendite kasutamisel saavutatava ELi lisaväärtuse. Komisjon peaks samuti tagama koostöös liikmesriikidega programmi täieliku kooskõla ja vastastikuse täiendavuse liidu ning sealhulgas liidu asjaomaste asutuste muude poliitikavaldkondade, vahendite ja meetmetega⁸².

97

Audiitorid uurisid teadusuuringute seitsmenda raamprogrammi kümnest projektist koosnevat valimit, mille ELi-poolne kaasrahastamine moodustas ligikaudu 50,8 miljonit eurot. Audiitorid analüüsisid projektide eesmärgid ja valisid projektid, mis võiksid olla potentsiaalselt olulised tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi terviseturbe poliitikavaldkonna jaoks; kontrollitud projektid pärinevad teadusuuringute seitsmenda raamprogrammi eri valdkondadest (vt punkt 12) ja neid haldavad komisjoni eri talitused või ametid. Üle vaadati projektide eesmärgid ja ulatus ning nende täiendavus terviseprogrammi terviseohtude seisukohast⁸³.

98

Tervise ja toiduohutuse peadirektoraat osaleb üldiselt kõigis teadusuuringute seitsmenda raamprogrammi ja „Horisont 2020“ ametlikes koordineerimisstruktuurides ja menetlustes (sh „Horisont 2020“ tööplaanide talitustevahelistes konsultatsioonides ning asjaomaste toetusotsuste tegemises). Teadusuuringute ja innovatsiooni peadirektoraat osaleb nii tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi terviseprogrammi kui ka poliitikavaldkonna konsultatsioonimenetlustes laiemalt ning võtab osa terviseprogrammi raames esitatud projektide hindamisest. Teadusuuringute ja innovatsiooni peadirektoraat on esindatud ka ECDC juhatuses.

82 Määruse (EL) nr 282/2014 (millega luuakse liidu kolmas tervisevaldkonna tegevusprogramm) artikkel 12.

83 Testiti, mil määral koordineeris tervise ja toiduohutuse vastav poliitikaüksus oma tegevust projekti töös või oli asjaomaste tegevustega kursis. Rände ja siseasjade peadirektoraati, teadusuuringute ja innovatsiooni peadirektoraati, Teadusuuringute Rakendusametisse ja Euroopa Teadusnõukokku tehtud külastuste käigus arutati olemasolevaid koordineerimisstruktuure ja testiti projektide olulisust tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi tegevuse jaoks.

99

Audiitorid leidsid, et hoolimata teadusuuringute seitsmenda raamprogrammi tervise ja julgeoleku projektide teaduslikust suunitlusest olid kuuel uuritud projektil selged seosed ELi terviseprogrammi raames uuritud teatud projektidega. Need tegelesid tihti valmisoleku teemaga ning seadsid eesmärgiks konkreetsete ja poliitika jaoks oluliste tulemuste saavutamise. Üks võimalik seletus on, et kaks kontrollitud projekti olid nn koordineerimis- ja toetusmeetmed. Need ei hõlma otseselt teadusuuringuid, vaid pigem koordineerimist, võrgustikke ning teadmiste jagamist ja kasutamist või programmi rakendamisele kaasa aitavaid uuringuid ja ekspertrühmi.

100

Teised intervjueeritud komisjoni talitused märkisid, et võivad poliitikadirektoraa-tide soovi korral analüüsida nende projektiportfelle, kuid tervise ja toiduohutuse peadirektoraat ei olnud selleks terviseohtude valdkonnas soovi avaldanud.

101

Komisjoni kogemused teadusuuringute programmidega (eelkõige teadusuuringute seitsmenda raamprogrammi julgeoleku valdkonnas⁸⁴) näitavad, et tulemuste parema ära kasutamise tagamiseks tuleb rohkem kaasata lõppkasutajaid; sarnase järelduseni jõuti ka terviseprogrammi uurimisel (vt punktid 79–88). Rände ja siseasjade peadirektoraadi eestvõttel töötati välja „katastroofiohu ja kriisiohjamise kasutajate kogukond“, mis toimib kasutajate ja teiste sidusrühmade teabevahetuse platvormina. Foorum peaks ka edendama sünergiat, korraldades erinevate projektikonkurssidega valitud projektide seas regulaarseid uuringuid ning organiseerides poliitikakujundajate ja sidusrühmade vahelisi koosolekuid, kus vahetatakse mõtteid ja arutatakse sünergia loomise võimalusi. ELi toetatud tegevuste kaardistamine kasutajate kogukonna poolt on paljulubav algatus, mida võib potentsiaalselt kasutada ka teiste poliitika- või temaatiliste valdkondade puhul.

102

Sama temaatilise valdkonna projekte võidakse rahastada ELi eri programmidest. Eri temaatilistest programmidest pärit ELi rahastamise suur maht ja selle haldamisega tegelevate komisjoni talituste suur arv eeldavad komisjoni talituste, liikmesriikide poliitikakujundajate, lõppkasutajate ja teiste sidusrühmade vahelist keerukat omavahelist suhtlemist. Endiselt on olemas kattuvuste oht (kuigi see on väike) ja sünergiat on võimalik veelgi parandada. Nimetatud kontekstis on võimalik muuta koordineerimise veelgi poliitikalise suunatumaks ja struktureeritumaks (eelkõige terviseturbe ja sellega seotud tegevuste puhul). Audiitorid leidsid, et tervise ja toiduohutuse peadirektoraat peaks olema taolise koordineerimise edendamisel struktureeritum ning võimaldama sellel paremini juhtida poliitika-alast tagasisidet ning asjaomaste tulemuste jagamist peadirektoraadi sidusrühmadele ja terviseohutuse komiteele.

84 Teadusuuringute seitsmenda raamprogrammi julgeolekualaste teadusuuringute vahehindamine, kokkuvõte, jaanuar 2011.

Komisjoni kriisiohjestruktuuride igapäevase koostöö arendamisel tuleb rohkem edu saavutada

103

Tervise ja toiduohutuse peadirektoraat, rände ja siseasjade peadirektoraat ning Euroopa kodanikukaitse ja humanitaarabioperatsioonide peadirektoraat sõlmisid 2013. aasta mais vastastikuse mõistmise memorandumid oma vastavate kriisiohjestruktuuride koordineerimiseks⁸⁵. Koordineerimine peaks hõlmama tõsiste piiriüleste terviseohtude valdkondadevahelist tegevust kõigis küsimustes, kus koostöö võib anda vastastikust kasu. See sisaldab koolitust ja valmisoleku õppusi, riskihindamist ning vastastikust abistamist nii kriisile reageerimise kui ka sellele järgnevas kokkuvõtete tegemise etapis. Ette on nähtud ka vastavate kriisiohjekeskuste vahelised turvalised kommunikatsioonikanalid.

104

Memorandumid eesmärk oli parandada ELi võimekust reageerida tõsistele mitme valdkonda hõlmavatele eriolukordadele. Audiitorid leidsid aga, et auditi tegemise ajaks oli kokkuleppe rakendamiseks vajalik standardne töökord alles väljatöötamisel. Kuigi rände ja siseasjade peadirektoraat, Euroopa kodanikukaitse ja humanitaarabioperatsioonide peadirektoraat ning tervise ja toiduohutuse peadirektoraat olid ette valmistanud, kavandanud ja kasutanud mitme ühisõppuse väljundeid, ei suutnud audiitorid leida tervise ja toiduohutuse peadirektoraadis tõendusmaterjali, mis oleks andnud tunnistust süstemaatilistest ühistest koolitustest, töötubadest või tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi, rände ja siseasjade peadirektoraadi ning Euroopa kodanikukaitse ja humanitaarabioperatsioonide peadirektoraadi kriisiohjekeskuste kriisiohjega tegelevate töötajate regulaarsetest kohtumistest, nagu see oli kavandatud kokkuleppes. Nende lahendamine viibis suuresti Ebola kriisi tõttu, mis takistas arendustöö edenemist.

105

2015. aasta Ebola puhangu õppetundide kohta korraldatud konverentsi aruandes⁸⁶ loetletakse ELi tasandi kriisiohjamise kohta antud soovitusel. Neis soovitatatakse parandada riiklike rahvatervise ja arenguabi partnerite ning muude oluliste poolte vahelist koostööd kõigil tasanditel, et paremini koordineerida ja integreerida rahvatervise kaalutlusi, mis puudutavad vastupanuvõime suurendamist katastroofide suhtes ja eriolukordadele reageerimist. See puudutab ühiseid reageerimisplaanide, täiendavaid ühiseid koolitusi, õppusi, parimate tavade vahetamist ja valdkondadevahelisi suuniseid. Aruande kohaselt peaks komisjoni Euroopa hädaolukordadele reageerimise keskusest tihedas koostöös terviseohutuse komiteega kujundama ELi tasandi teabevahetuse ja koordinatsiooniplatvormi väljastpoolt ELi pärit rahvatervise alaste kriiside ohjamiseks. Kuigi soovitusel olid suuresti suunatud hädaolukordadele reageerimise keskust käitavale Euroopa kodanikukaitse ja humanitaarabioperatsioonide peadirektoraadile, ei leidnud kontrollikoda auditi käigus, et tervise ja toiduohutuse peadirektoraadil oleks olnud nende soovitusel põhjal meetmete võtmiseks konkreetne tegevuskava.

85 Nendeks on tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanism (HEOF), rände ja siseasjade peadirektoraadi strateegilise hindamise ja reageerimise keskus (STAR) ning Euroopa kodanikukaitse ja humanitaarabioperatsioonide peadirektoraadi hädaolukordadele reageerimise koordineerimiskeskus (ERCC).

86 12.–14. oktoobril 2015 Mondorf les Bainsis peetud konverentsi „Lääne-Aafrika Ebola puhangu õppetunnid rahvatervise jaoks – kuidas parandada ELi valmisolekut ja reageerimist tulevaste puhangute korral“ kokkuvõtete aruanne, lk 23.

106

Eespool loetletud peadirektoraatide vaheline vastastikuse mõistmise memorandum on oluline samm ELi valmisoleku parandamisel tõsiste piiriüleste terviseohutude ning muude mitut valdkonda hõlmavate eriolukordade suhtes. Kontrollikoja audititöö tervise ja toiduohutuse peadirektoraadis näitas aga, et memorandumi rakendamiseks vajatakse rohkem edusamme, hoolimata tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi ning Euroopa kodanikukaitse ja humanitaarabioperatsioonide peadirektoraadi vahelisest tihedast koostööst Ebola puhangu ajal.

Puudused komisjoni tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi juhtimises

107

Tervise ja toiduohutuse peadirektoraadis on tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanism, mille tegevuse saab aktiveerida tervisekriisi häireolukordade erinevatel tasemetel⁸⁷. Kontrollikoda on seisukohal, et selline mehhanism vajab kriiside järelhindamiseks struktureeritud lähenemisviisi. Kriisiohjekavasid tuleb ajakohastada peale kriiside järelhindamisi. Sellekohaseid näiteid võib leida ECDC rahvatervise hädaolukorra lahendamise plaanis ja ameti standardses töökorras⁸⁸.

108

Selleks, et mõjusalt täita oma osa kriisiohje- ja koordineerimisstruktuurides, peavad asjaomased töötajad ajakohastama oma potentsiaalse rolli ja süsteemide alaseid teadmisi koolitusprogrammides osalemise abil. Asjaomased organisatsioonid peavad kontrollima oma töötajate teadmisi ja teadlikkust nende potentsiaalse rolli alal (nt kontrollides nende koolitustel osalemist). Tuleb luua selge ja ajakohane töökord, mis tagaks kriisi koordineerimise või ohjamise ülesannetega organisatsiooni töö ka kõrgendatud häireolukorras pikema aja jooksul, ning võtta arvesse töötajate sellealaseid vajadusi.

109

Tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanism põhineb tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi vastaval käsiraamatul⁸⁹. Juhendit ajakohastati ja lihtsustati 2009. aasta G1N1 kriisi käigus saadud kogemuste alusel. Audiitorid leidsid sellest hoolimata mitu märkimisväärset puudust komisjoni tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi juhtimises. Juhendit ei olnud auditi toimumise ajaks veel ajakohastatud. Ei olnud piisavalt selge, milliseid 2014. aasta suurõppuse „Quicksilver“⁹⁰ soovitusi oli kasutatud juhendi ülesehituse parandamiseks. Lisaks ei olnud komisjon hinnanud tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi toimimist Ebola kriisi ajal ning juhendit ei olnud seetõttu vastavalt ajakohastatud.

- 87 Roheline (tavaolukord), oranž (keskmised või tõsised sündmused) ja punane (terav kriis).
- 88 ECDC rahvatervise hädaolukorra hindamise standardne töökord: ohust või simulatsioonist tuleneva 1. ja 2. tasandi aktiveerimise protsesse peab hindama ja neist saadud kogemusi tuleb kasutada rahvatervise hädaolukorra kava ajakohastamiseks.
- 89 „Health Emergency Operations Facility for a coordinated management of public health emergency at EU level – Revised practical guidance for HEOF members“ (aprill 2015).
- 90 Õppus „Quicksilver“: „Command Post Exercise on serious cross-border threats to health falling under the chemical and environmental categories“, lõpparuanne.

110

Audiitorid leidsid ka, et asjaomaseid töötajaid ei olnud pidevalt koolitatud, et tagada nende funktsioonide täitmine tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismis mistahes ajahetkel; eelkõige puudutas see töötajaid, kes ei töötanud kriisiohje- ja kriisiks valmisoleku keskuses, vaid keda võidakse teenistusse kutsuda kõige kõrgema häireolukorra taseme väljakuulutamisel. Audiitorid leidsid, et kõrgema häireolukorra tingimustes kasutati tavalist paindliku tööaja (*flexitime*) tasustamiskorda, millest ei piisa tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi ülesannete täimiseks ELi tasandi rahvatervise hädaolukordade koordineerimisel, eriti kui need kestavad pikemat aega ja töötajaid rakendatakse vahetustega, ilma et neil oleks võimalik kasutada hüvitavat puhkust.

111

Lisaks leidsid audiitorid, et tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi ei olnud hinnatud mõne teise institutsiooni või ameti tehtud vastastikuse eksperdihinnanguga, ning ECDC ning tervise ja toiduohutuse peadirektoraat ei olnud jaganud oma kriisiohjekavasid puudutavaid kogemusi ega parimaid tavasid.

112

Tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsuse nr 1082/2013/EL jõustumine aitab kaasa ELi põhjaliku terviseturbe raamistiku loomisele ja tugevdamisele ning võimaldab liidul kaitsta oma kodanikke selliste ohtude eest. Otsuse ja sellega seotud ELi tasandi terviseturbe (sh rahastamisprogrammide) edasiarendamine ja rakendamine on keeruline – see tuleneb nii valdkonnaga seotud paljudest pooltest, keerulistest riiklikest ja rahvusvahelistest struktuuridest (vt *I ja II lisa*) kui ka õiguslikust aspektist. Tervishoiupoliitika kuulub peamiselt liikmesriikide pädevusse (vt punkt 3) ning liidu ülesanne on üksnes täiendada ja toetada liikmesriikide tegevust. Komisjoni ülesanne on seega peamiselt vajaduse korral toetada ja täiendada liikmesriikide tegevust.

113

Olukorra muudab veelgi keerulisemaks asjaolu, et tõsiste hädaolukordade suhteliselt kõrge sageduse tõttu vajatakse peaaegu pidevat tähelepanu. Alates otsuse vastuvõtmisest on aset leidnud mitu sellist hädaolukorda ja kiiresti võivad tekkida uued ohud (sh näiteks ELi tabav suur gripiviiruse pandeemia). See tähendab, et liikmesriigid, komisjoni vastava valdkonna talitused ja rahvusvahelised organisatsioonid peavad peaaegu pidevalt tegelema hädaolukordadele reageerimisega, jätkates samas ka hädaolukordadeks valmistumist (märkimisväärselt suur osa sellest tööst vajab veel tegemist).

114

Kirjeldataud keerulises keskkonnas ei piisa otsuse olemasolust ning selle rakendamise toetamiseks mõeldud meetmetest ja programmidest, et tagada kodanike optimaalne kaitse tõsiste piiriüleste terviseohtude eest ELis. Otsus on ELi õigusakt ning selle eesmärkide täitmise tagamiseks peavad kõik sellega seotud pooled täitma selle eeskirju mõjusalt ja järjekindlalt. Seetõttu hindas kontrollikoda, kas kodanikke tõsiste piiriüleste terviseohtude eest kaitsev ELi raamistik on asjakohaselt rakendatud. Audiitorite põhitähelepanu oli suunatud nii otsuse uuenduslike kui ka varem eksisteerinud valdkondade mõjusale elluviimisele (vt punktid 7–9). Lisaks hinnati, kas ELi terviseprogrammid panustasid mõjusalt kodanike kaitsesse terviseohtude eest ning kas komisjonis oli olemas terviseturbe rahastamise ja rahvatervise kriisiolukordade alane asjakohane asutusesisene koordineerimine (vt punktid 15 ja 17).

Järeldused ja soovitused

115

Kontrollikoda jõudis järeldusele, et komisjoni otsusel nr 1082/2013/EL tõsiste piiriüleste ohtude kohta on suur tähtsus selliste ohtudega tegelemisel ELis. Otsuse ja sellega seotud ELi raamistiku rakendamist mõjutavad aga liikmesriikide ja komisjoni tasandil leitud märkimisväärsed puudused. Tulevaste ohtude olemus ja ulatus on teadmata ja võib muutuda; seetõttu tuleb teha rohkem jõupingutusi nende puuduste kõrvaldamiseks, et EL saaks täiel määral ära kasutada loodud mehhanisme.

116

Kontrollikoda leidis, et tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsusega sisse viidud uuenduste rakendamist ja arendamist (punkt 21) takistasid alates otsuse jõustumisest 2013. aasta detsembris viivitused, mis võivad takistada ka nende mõjusat toimimist. Liikmesriikide ja komisjoni vaheline tõsiste piiriüleste terviseohtude alase valmisoleku ja reageerimise kavandamise teemaline konsulteerimine on käivitunud nõuetekohaselt. Valmisoleku parema koordineerimise saavutamiseks mõeldud meetmeteks vajaliku teabe kogumiseks ja vahetamiseks loodud protseduurid ei ole aga veel küllaldaselt usaldusväärsed ega ole veel andnud selgeid tulemusi (punktid 22–29). Piiriüleste terviseohtude poliitikavaldkonna tegevuse tulemuste komisjonipoolset mõõtmist uurides leidsid audiitorid, et komisjoni konkreetse eesmärgi ja näitaja põhielemendid ei ole selgelt määratletud ega liikmesriikidega kokku lepitud, et tagada kõigi sidusrühmade töö samade eesmärkide saavutamise suunas (punktid 30–34).

117

Lisaks leiti, et ECDC roll üldise valmisoleku alal on ebapiisavalt formaliseeritud, mis võib piirata ameti võimet planeerida selliste ülesannete täitmist pikaajalises perspektiivis ja mõjusalt reageerida abitaotlustele (punktid 35–39); liikmesriigid ei ole üles näidanud küllaldaselt valmisolekut pandeemilise gripi vaktsiini ühis- hange korraldamise kiirendamiseks (punktid 40–43) ning endiselt puudub ELi mehhanism kiireloomulisteks meditsiinilisteks vastumeetmeteks (punkt 42). Terviseohutuse komitee töö ja roll on osutunud väga oluliseks, ent komitee töös vajab lahendamist mitu strateegilist ja tegevusalast küsimust, mis tuleb lahendada, et amet saaks täielikult ära kasutada oma tugevat mandaati (punktid 35–39) ning tagada seeläbi ELis kõige parem võimalik terviseohtude vastane kaitse; lisaks tuleb tagada otsuses paika pandud reageerimise koordineerimise reeglite mõjus rakendamine (punktid 53–55).

118

Tösisete piiriüleste terviseohtude otsuses sisalduvate uuenduste arendamist ja rakendamist tuleb kiirendada ning asuda tegelema terviseohutuse komitee ees seisvate allesjäänud strateegiliste ja tegevusalaste küsimustega. See vajab liikmesriikide ja komisjoni paremat ühist arusaamist otsuses sätestatud parema koordineerimise ja vastastikuse teavitamise eesmärkidest ning ühistest prioriteetidest – eelkõige puudutab see hädaolukordadeks valmisolekut, ühishankeid ja terviseohutuse komitee töö pikaajalist organiseerimist. Hädaolukordadeks valmisoleku ja reageerimise kavandamise muudab veelgi keerulisemaks vajadus võtta arvesse laiemas rahvusvahelises kontekstis toimuvat (vt **3. selgitus** ja *Ilisa*).

1. soovitus

Tösisete piiriüleste terviseohtude otsuses sisalduvate uuenduste arendamise ja rakendamise kiirendamiseks ning terviseohutuse komitee ees seisvate ülejäänud strateegiliste ja tegevusalaste küsimuste lahendamiseks peaks tegema järgmist:

- a) **komisjon peaks tegema terviseohutuse komiteele ettepaneku välja töötada** otsuse arendamist ja rakendamist käsitlev strateegiline tegevuskava. Otsuses ei nõuta küll sihtväärtuste ega näitajate seadmist, kuid tegevuskava peaks siiski peegeldama ühiseid prioriteete (eelkõige valmisoleku planeerimise koordineerimise alal), et võimaldada ühisele arusaamisele jõudmist selle kohta, kuidas aastaks 2020 saavutada selgeid tulemusi. Nimetatud töös peaks arvesse võtma selles valdkonnas tehtud rahvusvahelisi algatusi, millega kutatakse eelkõige kasutama vastastikuse eksperdi hinnangu ja väliste hindamiste mehhanisme. Võimaluse korral peaks töö arvesse võtma ka ELi tasandil juba välja töötatud valmisoleku suuniseid;
- b) **komisjon** peaks tagama valmisoleku planeerimise esimese aruandlustersükli käigus saadud kogemuste kasutamise järgmises aruandlustersükli (2017. aastal) ning parandama oma tulemuste aruandlust otsuse rakendamise kohta kuni aastani 2020. Komisjon peaks tagama, et edenemise kohta esitatud andmed on täpsed ja põhinevad vajaduse korral liikmesriikidega kokku lepitud meetodikatel;
- c) **komisjon peaks koos liikmesriikidega** leidma, kuidas kõige paremini kasutada terviseohutuse komitee töörühmi ning tagada, et nende töö oleks hästi struktureeritud tehniliste küsimuste lahendamisele, ja kindlustada selle kasulikkus terviseohutuse komitee jaoks. Juba loodud töörühmad peavad alates 2017. aastast lähtuma oma mandaadist ja andma tulemusi, mis põhinevad nende iga-aastastel töökavadel ja selgelt määratletud eesmärkidel. Sama kehtib ka terviseohutuse komitee valmisolekualase töörühma ja selle töö kohta, milleks on välja töötada ELi mehhanism kiireloomuliste meditsiiniliste vastumeetmete võtmiseks;
- d) **komisjon ja liikmesriigid** peavad tagama, et pandeemilise gripi vaktsiini ühishangete töö kiireneks ja annaks tulemusi nii kiiresti kui võimalik.

119

Tõsiste piiriüleste terviseohtude otsus moodustab õigusliku aluse olemasolevatele varajase hoiatamise ja reageerimise ning epidemioloogilise seire süsteemidele (punkt 56); nende toimimise mõjusust uurides leidis kontrollkoda, et süsteemid on toiminud juba aastaid ja et sidusrühmad tunnistavad üldiselt nende olulisust ELi tasandil. Varajase hoiatamise ja reageerimise alal leidsid audiitorid aga, et EWRSi saaks parandada: see puudutab näiteks olukorrateadlikkuse ja intsidentide käsitlemise lahendustega seotud protseduure ja protsesse ning EWRSi kasutajarühma ülesehitust (punktid 57–68). Lisaks ei testitud tõsiste keemia- ja keskkonnohtude jaoks mõeldud ELi varajase hoiatamise ja reageerimise uuendatud lähenemisviisi (punktid 69–73). Epidemioloogilise seire süsteem toimib üldiselt hästi, ent andmete maksimaalse võrreldavuse ja seireandmete parima kvaliteedi tagamiseks vajatakse veel ECDC ja liikmesriikide poolset lisatööd (punktid 74–77).

2. soovitus

EWRSi edasiseks moderniseerimiseks ja sellega seotud riskijuhtimisprotseduuride arendamiseks peaks **komisjon koostöös liikmesriikide ja ECDCga:**

- a) uurima võimalusi EWRSi uuendamiseks ja parandamiseks ning tegema 2017. aastal vastavad ettepanekud. See peaks sisaldama integreeritud ja üksteist täiendavaid lahendusi tõsiste piiriüleste terviseohtude puhul kasutatavate ELi tasandi olukorrateadlikkuse ja intsidentide käsitlemise lahenduste jaoks;
- b) küsima kasutajatelt regulaarselt tagasisidet riskijuhtimise integreeritud lahenduste ning EWRSi toimimise ja arendamise kohta.

120

Audiitorid leidsid, et terviseprogrammi (mille eesmärk on kaitsta liidu kodanikke tõsiste piiriüleste terviseohtude eest, vt punkt 78) toimimises on puudusi. Enamik teise terviseprogrammi (2008–2013) auditeeritud projektidest saavutas küll kokkulepitud väljundid, ent nende tulemused ei olnud jätkusuutlikud (punktid 79–88), mistõttu jäi piiratuks ka nende panus kodanike kaitsesse terviseohtude eest. Tegu ei ole küll uue tähelepanekuga, ent see rõhutab veelgi vajadust, et komisjon peab koostöös oma sidusrühmadega tegema nimetatud küsimuses tulemuste saavutamiseks rohkem jõupingutusi. Kontrollkoda leidis ka puudusi kolmanda terviseprogrammi terviseohtude eesmärgi mõõtmises; lisaks oli eesmärgile aastatel 2014–2016 eraldatud eelarve suhteliselt väike, mis viitab sellele, et komisjonil oli keeruline leida küllaldast hulka asjaomase poliitika jaoks sobivaid tegevusi, mille abil oleks võimalik nimetatud eesmärgi täitmisel kuni aastani 2020 tõelist mõju saavutada (punktid 89–94).

3. soovitus

Terviseprogrammi terviseohtudega tegelevate tegevuste tulemuslikkuse peamiste puuduste parandamiseks peaks **komisjon**:

- a) uurima terviseprogrammi tegevusi ja tegema 2017. aastal ettepanekuid, et tagada terviseprogrammi terviseohtude eesmärgiga seotud tegevuste tulemuste parem jätkusuutlikkus programmi järgnevatel tegevusaastatel (kuni aastani 2020). Need peaksid juba tegevuste kavandamisel olema paremini seotud vajaduste ja poliitikakaalutlustega, ent sisaldama ka tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi ning Chafea vahelisel paremal koostööl põhinevat analüüsi käimasolevate ja äsja lõpetatud tegevuste poliitikaalase asjakohasuse kohta, et leida võimalusi kvaliteetsete tulemuste ärakasutamise edendamiseks (vt ka 4. soovitus);
- b) liikmesriikidega konsulteerides määratlema ja kokku leppima selge metoodika tulemuslikkuse teabe kogumiseks, mida vajatakse 3. terviseprogrammi terviseohtude eesmärgi täitmise edenemise mõõtmiseks kuni aastani 2020 (vt ka 1. soovitus);
- c) määratlema 2017. aastal selgelt, millised eesmärgi „liidu kodanike kaitsmine tõsisete piiriüleste terviseohtude eest“ raames seatud prioriteedid pakuvad võimalusi poliitika jaoks sobivate asjaomaste tegevuste rahastamiseks kuni aastani 2020 (vt 3. soovitusel alapunkt a).

121

Lisaks näitas audit, et hoolimata paljude koordineerimismehhanismide olemasolust on mitu lünka komisjoni erinevate talituste ja programmide vahelises terviseturbe asutusesiseses koordineerimises, mis peaks tagama kogu potentsiaalse sünergia ärakasutamise. Eri temaatilistest programmidest pärit ELi rahastamise suure mahu kontekstis ja selle rakendamisega tegelevate komisjoni talituste suure arvu tõttu, mis nõuab komisjoni talituste, liikmesriikide poliitikakujundajate, lõppkasutajate ja teiste sidusrühmade vahelist keerukat omavahelist suhtlemist, on võimalik muuta koordineerimise veelgi poliitika suunatumaks ja struktureeritumaks (punktid 96–102). Kontrollikoda leidis samuti, et komisjoni kriisiohjamisstruktuuride vaheliste olemasolevate koostöölepingute täielikuks toimimiseks vajatakse täiendavat tööd (punktid 103–106) ning tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi juhtimises oli puudusi, mis võivad pärssida selle tulemuslikkust ELi tulevaste tervisekriiside lahendamisel (punktid 107–111).

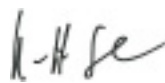
4. soovitus

Selleks, et täita komisjoni terviseturbe ja rahvatervise kriisiohjamise asutusesiseses koordineerimises peituvad lüngad ning parandada komisjoni tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi ülesehitust, soovib kontrollikoda:

- a) **komisjonil** koostada alates 2017. aastast tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi ja komisjoni teiste (sh terviseturbega tegelevate) talituste omavaheliseks koordineerimiseks struktureeritum lähenemisviis; see peaks sisaldama lõpetatud, töös olevate ja kavandatud tegevuste kaardistamist. See võimaldaks leida potentsiaalset sünergia ja parandada ühiseid probleeme puudutavat koostööd (probleemideks on ELi kaasrahastatud tegevuste väljundite piiratud kasutamine ning sidusrühmade jaoks kontaktide loomine poliitikakujundajatega);
- b) **komisjon** peaks koheselt võtma meetmeid tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi, rände ja siseasjade peadirektoraadi ning Euroopa kodanikukaitse ja humanitaarabioperatsioonide peadirektoraadi vastavate kriisiohjestruktuuride koordineerimiseks sõlmitud vastastikuse mõistmise memorandumini praktiliseks rakendamiseks; dokument hõlmab nii senistest tegevustest saadud kogemuste vahetamise üritusi, poliitikavaldkondade ja süsteemide alaseid ühiseid koolitusi kui ka standardse töökorra ja vajaliku taristu loomist (nt turvalised kommunikatsioonikanalid);
- c) **komisjon** peaks viivitamatult üle vaatama oma tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi toimimise ja tagama, et selle töö oleks ajakohastatud Ebola kriisi käigus saadud kogemuste ja suuremate ELi õppuste alusel, et kõigi potentsiaalselt mehhanismi töösse kaasatud töötajate jaoks oleks olemas pidevalt kontrollitav koolituskava, ning võimaluse korral arutama ECDC, Euroopa kodanikukaitse ja humanitaarabioperatsioonide peadirektoraadiga nende vastavate kriisiohjejuhendite ja -struktuuride ülesehitust.

I auditikoda, mida juhib kontrollikoja liige Phil WYNN OWEN, võttis käesoleva aruande vastu 5. oktoobri 2016. aasta koosolekul Luxembourgis.

Kontrollikoja nimel



Klaus-Heiner LEHNE
president

Hädaolukordadeks valmisoleku ja reageerimise kavandamine rahvusvahelises kontekstis

Rahvusvahelised tervise-eeskirjad 2005 (IHR 2005)

1. WHO 1969. aasta rahvusvahelised tervise-eeskirjad töötati täiesti ümber ja asendati rahvusvaheliste tervise-eeskirjadega, mis jõustusid 2007. aastal. Rahvusvaheliste tervise-eeskirjade eesmärk on „vältida haiguste rahvusvahelist levikut, seda kontrollida ja selle reageerida nii, et see oleks samal ajal riskidega, ning mis väldiks rahvusvahelise liikluse ja kaubanduse liigset häirimist“¹. 2005. aasta rahvusvahelistes tervise-eeskirjades nõutakse, et kõik allkirjastanud riigid peavad teatama WHO-le mistahes sündmusest, mis võib olla rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukord, hoolimata selle päritolust, ning arendada, tugevdada ja säilitada peamist rahvatervise alast võimekust hädaolukordade seireks ja neile reageerimiseks, kasutades selleks olemasolevaid riiklikke ressursse (nt riiklikke gripipandeemiaks valmisoleku plaane). Rahvusvahelised tervise-eeskirjad on samuti loodud selleks, et vähendada haiguste levikut rahvusvahelistes lennujaamades, sadamates ja maismaapiiripunktides, ning neis nõutakse kiireloomuliseks kommunikatsiooniks riiklike ja WHO rahvusvaheliste tervise-eeskirjade kontaktpunktide loomist.
2. Rahvusvahelised tervise-eeskirjad (2005) ei sisalda mingit sundmehhanismi nende riikide jaoks, kes ei vasta nende nõuetele. WHO teeb seiret rahvusvaheliste tervise-eeskirjade rakendamise üle ning avaldab ja ajakohastab asjakohaseid suuniseid. WHO ekspertide rühmad ja järelevalvekomisjonid teevad ka järelevalvet rahvusvaheliste tervise-eeskirjade mõjususe üle hädaolukorras (seda tehti näiteks peale Ebola puhangu) (vt **3. selgitus** aruande põhitekstis).

Rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukord

3. Rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukord tähendab eeskirjades määratletud erakorralist sündmust, mis kujutab endast rahvatervise alast ohtu teistele liikmesriikidele tingituna haiguse rahvusvahelisest levikust ja mis potentsiaalselt vajab rahvusvaheliselt koordineeritud tõrjemeetmeid. Rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukorra kuulutab välja WHO peadirektor hädaolukorra komisjoni soovitusel. Kui rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukord on välja kuulutatud, peab WHO kriisile ka n-ö reaalselt reageerima. WHO peadirektor, keda abistab hädaolukorra komisjon, töötab välja ja soovib riikidele rakendamiseks kriitilise tähtsusega sanitaar-mediitsiinilisi meetmeid.

Rahvusvahelised tervise-eeskirjad ja EL

4. Kõik ELi liikmesriigid on WHO liikmed ja annavad organisatsioonile aru tervise-eeskirjade rakendamise kohta – nt küsimustike ja enesehindamiste kaudu. EL ise ei ole WHO liige ega ole seetõttu ka rahvusvahelisi tervise-eeskirju allkirjastanud. Rahvusvahelistes tervise-eeskirjades tunnustatakse aga ELi potentsiaalset rolli „piirkondliku majandusliku integratsiooni organisatsioonina“ ning sedastatakse, et „ilma et see piiraks nende käesolevatest eeskirjadest tulenevate kohustuste kohaldamist, kohaldavad piirkondliku majandusintegratsiooni organisatsiooni liikmeks olevad osalised omavahelistes suhetes ühiseid, selles piirkondliku majandusintegratsiooni organisatsioonis kehtivaid eeskirju“. Komisjon ja ECDC koordineerivad poliitika² ja tehnilisel tasandil oma tegevust WHOga, see hõlmab ka teabevahetust riskist teatamise kohta ja juurdepääsu teatud häiresüsteemidele (nt WHO häiresüsteem ja ELi varajase hoiatamise ja reageerimise süsteem (EWRs)). Üks otsusega nr 1082/2013/EL kasutusele võetud uuendus oli komisjoni väljakuulutatav rahvatervise hädaolukord, ent see erineb märkimisväärselt WHO peadirektori väljakuulutatavast rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukorrast (vt **selgitus A**).

1 Rahvusvahelised tervise-eeskirjad (2005), teine väljaanne, Maailma Terviseorganisatsioon 2008.

2 Vt nt 2010. aasta ühisdeklaratsioon (nn Moskva deklaratsioon), milles pannakse paika WHO ja komisjoni vaheline koostöö, ning tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi veebisaidi avalikkusele avatud osa asjasse puutuvad uuendused. ECDC ja WHO vahel on sõlmitud ka halduskokkulepe.

Selgitus A. Rahvatervise hädaolukorra väljakuulutamise ELis

Nagu eespool selgitatud, määratletakse rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukord rahvusvahelistes tervise-eeskirjades kui „erakorraline sündmus, mis kujutab endast rahvatervise alast ohtu teistele liikmesriikidele tingituna haiguse rahvusvahelisest levikust ja mis potentsiaalselt vajab rahvusvaheliselt koordineeritud tõrjemeetmeid“. WHO peadirektori pädevuses on otsustada, kas sündmus kuulub nimetatud kategooriasse, ning selleks peab ta kokku kutsuma ekspertide kogu – rahvusvaheliste tervise-eeskirjade hädaolukorra komisjoni.

Üks otsusega nr 1082/2013/EL kasutusele võetud uuendus on komisjonile antud võimalus kuulutada välja ELi rahvatervise hädaolukord. Vastavalt otsuse artiklile 12 võib komisjon tunnustada rahvatervise hädaolukorra olemasolu järgmistel juhtudel: a) hädaolukord seoses inimestel esineva gripi epideemiaga, mis arvatakse olevat pandeemilise potentsiaaliga, kui WHO peadirektorit on teavitatud ja ta ei ole veel vastu võtnud otsust kuulutada WHO kohaldatavate eeskirjade kohaselt välja pandeemilise gripi olukord, või b) punktis a sätestamata hädaolukord, kui WHO peadirektorit on teavitatud ja ta ei ole veel vastu võtnud otsust kuulutada rahvusvaheliste tervise-eeskirjade kohaselt välja rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukord, ning kui:

- i) kõnealune tõsine piiriülene terviseoht ohustab rahvatervist liidu tasandil;
- ii) rahuldamata on kõnealuse ohuga seotud ravialased vajadused, mis tähendab, et rahuldav diagnoosimis-, ennetamis- või ravimeetod ei ole liidus lubatud, või isegi kui selline meetod on olemas, võiks ravimi lubamine olla asjaomastele isikutele suureks terapeutiliseks kasuks.

Artiklis 13 lisatakse, et artikli 12 lõike 1 alusel hädaolukorra tunnustamise ainus õiguslik tagajärg on, et seeläbi muutub kohaldatavaks määruse (EÜ) nr 507/2006³ artikli 2 punkt 2 või kui tunnustamine puudutab konkreetselt inimestel esineva gripi epideemiat, mis arvatakse olevat pandeemilise potentsiaaliga, muutub sellega kohaldatavaks määruse (EÜ) nr 1234/2008⁴ artikkel 21. Vastavalt otsuse nr 1082/2013/EL artiklile 12 on hädaolukorra väljakuulutamise eesmärk seega piiratud vaid kiirete pandeemiavastaste meditsiiniliste vastumeetmete võtmise ja ravimialaste õigusaktide otsustamisega. Selle rakendamine on märksa kitsam kui WHO rahvusvahelise tähtsusega rahvatervise hädaolukorra puhul, kuigi võib esineda ka olukordi, kus tõsine piiriülene terviseoht (mistahes allikast) ähvardab eelkõige ELi ja mitte ilmtingimata laiemat geograafilist piirkonda, mille eest vastutab WHO. See tähendab samuti, et ELi tasandil puudub häireolukordade skaala (mis oleks näiteks seotud terviseohutuse komitee kodukorraga), mis vallandaks otsuse raames reageerimise ja ressursid või mis tagaksid täiendavate võimsuste või rahastamise eraldamise.

3 Komisjoni 29. märtsi 2006. aasta määrus (EÜ) nr 507/2006 Euroopa Parlamendi ja nõukogu määruse (EÜ) nr 726/2004 reguleerimisalasse kuuluvate inimtervishoius kasutatavate ravimite tingimustega müügiloo kohta (ELT L 92, 30.3.2006, lk 6).

4 Komisjoni 24. novembri 2008. aasta määrus (EÜ) nr 1234/2008, mis käsitleb inimtervishoius ja veterinaarias kasutatavate ravimite müügilubade tingimuste muudatuste läbivaatamist (ELT L 334, 12.12.2008, lk 7).

Hädaolukordadeks valmisoleku planeerimise ja läbipaistvuse rahvusvahelised algatused

5. Hädaolukordadeks valmisoleku planeerimise ja läbipaistvuse parandamise alal on tehtud ka mitu rahvusvahelist algatust. Need on peamiselt ülemaailmne terviseohutuse projekt⁵ (vastastikuste eksperdihinnangute tegemiseks⁶), selle tegevuse⁷ toetamiseks mõeldud G7 ja ülemaailmne terviseohutuse algatus⁸ ning vabatahtlikkuse alusel tehtavad ECDC riigivisiidid, mille käigus käsitletakse samuti hädaolukordadeks valmisolekut⁹. Konverentsi¹⁰ „Lääne-Aafrika Ebola puhangu õppetunnid rahvatervise jaoks – kuidas parandada ELi valmisolekut ja reageerimist tulevaste puhangute korral“ aruanne, mida kasutati nõukogu 2015. aasta detsembri järelduste koostamisel, sisaldas järgnevat soovitusi: „vastastikuste eksperdihinnangute mehhanism võiks aidata parandada liikmesriikidel oma hädaolukordadeks valmisoleku plaane, võttes arvesse nii varasemaid kui ka praeguseid ülemaailmseid ja piirkondlikke algatusi, mis puudutavad sõltumatuid riigihindamisi“.

- 5 Ülemaailmne terviseohutuse projekt (GHSa) käivitati veebruaris 2014 ning see koosneb praeguseks juba 50 partnerriigist, rahvusvahelisest ja valitsustevahelisest organisatsioonist. Selle eesmärk on aidata suurendada riikide võimekust ja luua nakkushaigustevaba maailm ning muuta ülemaailmne terviseturve nii riikide kui ka rahvusvaheliseks prioriteediks. Projektil on multilateraalne mitut sektorit hõlmav lähenemisviis, et tugevdada nii ülemaailmset kui ka riikide võimekust vältida, avastada inimeste ja loomade nakkushaigustest lähtuvaid ohte ja neile reageerida, olgu need siis loomulikku laadi või juhuslikult või tahtlikult levitatud.
- 6 „Enesehindamine ning ülemaailmne terviseohutuse projekti teiste osalevate riikide ekspertide rühma tehtud välishindamine. Vastastikuse hindamise mudel tagab objektiivse lähenemise ja hõlbustab piirülest õppimist. Projekti raames peaks iga riigi kohta tegema vähemalt kaks välishindamist – esimest korda määratakse kindlaks algväärtused ning teise hindamise käigus mõõdetakse edenemist.“ ELi riigid on hindamises juba osalenud: seni on avaldatud aruanded Portugali ja Ühendkuningriigi kohta.
- 7 „Vältimaks tulevaste haiguspuhangute muutumist suuremõõtmelisteks rahvatervise alasteks hädaolukordadeks, leppisid G7 juhid kokku pakkuda järgneva viie aasta jooksul abi vähemalt 60 riigile, sh Lääne-Aafrika riikidele, et rakendada rahvusvahelisi tervise-eeskirju, muuhulgas Ülemaailmse terviseohutuse projekti (GHSa) kaudu, ja selle ühiseid eesmärke ja algatusi“, G7 tervishoiuministrite deklaratsioon, 8.–9. oktoober 2015, Berliin.
- 8 „Ülemaailmne terviseohutuse algatus (GHSI) on sarnase mõtteviisiga riikide mitteformaalne rahvusvaheline partnerlus eesmärgiga parandada kogu maailmas tervisealast valmisolekut ja reageerimist keemilistele, bioloogilistele, radioloogilistele ja tuumaalastele (KBRT) ohtudele ja pandeemilisele gripile. Algatuse eestvõtjad olid 2001. aasta novembris Kanada, EL, Prantsusmaa, Saksamaa, Itaalia, Jaapan, Mehhiko, Ühendkuningriik ja Ameerika Ühendriigid. WHO annab ülemaailmsele terviseohutuse algatusele ekspertnõu.“ (<http://www.ghsi.ca/english/index.asp>).
- 9 ECDC tehniline aruanne „Ebola emergency preparedness in EU Member States: conclusions from peer-review visits to Belgium, Portugal and Romania“, juuni 2015.
- 10 Tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi organiseeritud kõrgetasemeline konverents, 12.–14. oktoober 2015, Mondorf-les-Bains, Luxembourg.

ELi kodanikke tõsiste piiriüleste terviseohtude eest kaitsev raamistik. Peamised pädevused ja ülesanded

Liikmesriikide rahvatervisega tegelevad ametiasutused

1. Liikmesriikide rahvatervisega tegelevad ametiasutused vastutavad riigi rahvatervisepoliitika ning ohtude eest. Liikmesriikide vahel võib olla erinevusi hädaolukordadeks valmisoleku ja reageerimise planeerimise ning varajase hoiatamise ja reageerimise teatud aspektides; olenevalt konkreetsest ülesehitusest, konkreetse riigi riskidest ja olukorrast võivad tööga olla seotud erinevad ametiasutused. Mõni liikmesriik on detsentraliseerinud osa või enamiku rahvatervisepoliitika tööst (sh hädaolukordadeks valmisoleku ja reageerimise planeerimise). ELi liikmesriigid on ka WHO Euroopa regiooni¹ liikmed ning neil on kohustus rakendada rahvusvahelisi tervise-eeskirju, nagu seda on kirjeldatud *I lisas*.
2. Alates otsuse nr 1082/2013/EL vastuvõtmisest on liikmesriikidel ka kohustus anda komisjonile teavet enda valmisoleku ja reageerimise planeerimise kohta. Otsuse nr 1082/2013/EL kohaselt koordineerivad liikmesriigid ja komisjon terviseohutuse komitees oma jõupingutusi, et arendada, tugevdada ja säilitada võimekust tõsiste piiriüleste terviseohtude seire, nende eest varajase hoiatamise, nende hindamise ja neile reageerimise alal. Koordineerimise eesmärk on valmisoleku ja reageerimise parimate tavade ja kogemuste jagamine, riikliku valmisoleku planeerimise koostöövõime edendamine, liidu tasandil valmisoleku ja reageerimise kavandamise sektoritevahelise mõõtme käsitlemine ning rahvusvahelistes tervise-eeskirjades osutatud järelevalve- ja reageerimisvõime põhinõuete rakendamise toetamine. Liikmesriigid nimetavad epidemioloogilist seiret tegevad pädevad asutused, kes vastutavad andmete edastamise eest Euroopa seiresüsteemile vastavalt eeskirjadele ja suunistele, ning nimetavad riiklikud EWRSi kontaktid, kes jälgivad EWRSi ja edastavad vastavalt otsuses sätestatud korrale hoiatusteateid.

Euroopa Komisjon – tervise ja toiduohutuse peadirektoraat

3. Komisjon tagab terviseohutuse komiteele sekretariaadi ja eesistumise ning koordineerib ja opereerib tervisealaste hädaolukordade lahendamise mehhanismi (HEOF). Komisjon haldab ka asjakohaseid IT-süsteeme ja koordineerib teiste komisjoni talituste ja ametite ning asjaomaste rahvusvaheliste organisatsioonidega (nagu WHO) poliitikavaldkonna mitut valdkonda hõlmavaid teemasid. Otsuses nr 1082/2013/EL tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta on sätestatud, et komisjon (st tervise ja toiduohutuse peadirektoraat) tagab koostöös liikmesriikidega koordineerimise ja vastastikuse teavitamise käesoleva otsuse alusel loodud mehhanismide ja struktuuride vahel, mille tegevus on asjakohane tõsisteks piiriülesteks terviseohtudeks valmisoleku ja neile reageerimise kavandamise, monitooringu, nende eest varajase hoiatamise ning tõkestamise seisukohast. Komisjon peab ka tagama tegevuste mistahes kattuvuse ja nendevaheliste konfliktide vältimise ja selle, et kõigi oluliste ja kriitiliste ülesannete ning funktsioonide jaoks oleksid olemas piisavad ressursid.

¹ WHO Euroopa regiooni kuulub 55 riiki ja selle peakorter on Kopenhaagenis.

Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC)

4. ECDC opereerib ja koordineerib nakkushaiguste seire ning nakkushaigustega seotud antimikroobikumiresistentsuse ja tervishoiuteenustega seotud nakkuste võrgustikku. ECDC on ELi amet, mille missiooniks on nakkushaigustest inimeste tervisele tulenevate olemasolevate ja pürgivate ohtude väljaselgitamine, hindamine ja nendest teavitamine. ECDC opereerib ka varajase hoiatamise ja reageerimise süsteemi (EWRS). EWRS on komisjoni, liikmesriikides nakkushaiguste kontrolli eest vastutavaid rahvatervise ametiasutusi ja ECDCd ühendav veebipõhine süsteem. Süsteemiga on ühendatud ka Euroopa Majanduspiirkonna riigid (Island, Liechtenstein ja Norra) ning WHO-l on õigus selle sisuga tutvuda.
5. Tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuse kohaselt on ECDC kohustatud andma teaduslikku nõu ja tegema riskihindamist nende riskide kohta, millest teavitatakse EWRSi kaudu, eelkõige aga bioloogilise ja tundmatu päritoluga riskide kohta. Komisjon võib paluda ka teistelt ELi ametitelt ja organitelt (nt teaduskomiteedelt) kiiret riskihindamist, kui nende teadmised on tihedalt seotud kõnealuse ohuga. Kui seda taotletakse, tekitab ECDC komisjoni ja liikmesriike otsuse nr 1082/2013/EL nõuete rakendamisel valmisoleku planeerimise valdkonnas. ECDC aastaelarve sisaldab ka haiguste programme – tegu on teatud haiguste jaoks mõeldud vertikaalsete programmidega, mis hõlmavad ka võimekuse loomist ja riskikommunikatsiooni. ECDC võib pakkuda riikidele ja rahvusvahelistele organisatsioonidele (nt WHO) ka tuge haiguspuhangutele reageerimisel, nagu ta tegi seda Ebola puhangu ajal. ECDC-l on oma hädaolukordade juhtimiskeskus, mille tegevus põhineb rahvatervise hädaolukordade käsiraamatul. ECDC praegune lähenemisviis lähtub kõigile ohtudele reageerimisest (mitte üksnes nakkushaigustele, vaid ka muud liiki päritoluga ohtudele), mis on kooskõlas rahvusvaheliste tervise-eeskirjade eesmärkide ja otsusega nr 1082/2013/EL. See läheb kaugemale ECDC varasemast mandaadist, mille raskuskese oli nakkushaigustel ja pandeemiateks valmisolekul.

Ülevaade auditeeritud kaasrahastatud tegevustest

Järgnevas tabelis esitatakse auditeeritud tegevuste lühikirjeldus; tegu on teisest ELi tervishoiuprogrammist (2008–2013) rahastatud ning Chafea või tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi (kolm hanget) hallatud tegevustega.

Ref	Üldine kirjeldus	Rahastamisvahend	ELi kaasrahastamise osa rahastamislepingu kohaselt (eurodes)
1	Geneerilise raamistiku väljatöötamine erakorraliste vaktsiinide kiireks valmistamiseks ja hindamiseks	Projekt	2 116 023
2	HIVi testimise ja ravi sidumise optimeerimine Euroopas	Projekt	1 429 984
3	Võrgustik rahvatervise riskide ja muude bioloogiliste turvariskide kontrollimiseks Vahemere piirkonnas ja Balkani riikides	Projekt	900 000
4	Hepatiit B ja C söeluuring Euroopa Liitu saabunud migrantide seas	Projekt	800 000
5	Haigussündroomide järelevalvemetodite uuring, hindamine Euroopa suuniste suunas liikumise kohta	Projekt	798 814
6	Rahvatervisealased kohandamisstrateegiad ekstreemsete ilmastiku-sündmuste korral	Projekt	750 000
7	Tsiviilühiskonna ja rahvatervisesüsteemi suutlikkuse suurendamine tuberkuloosiepideemia vastu võitlemisel haavatavates elanikkonnarühmades	Projekt	750 000
8	Euroopa gripipandeemia hoiatus- ja reageerimisstrateegiate kulutavuse hindamine	Projekt	700 000
9	Emakakaelavähi Euroopa seire- ja kontrollivõrgustik uutes liikmesriikides	Projekt	615 023
10	Euroopa tervishoiutöötajate vaktsineerimise edendamine	Projekt	604 000
11	Koordineeritud tegevus rahvatervisealaste ohtude kontrollimiseks lennunduses	Projekt	598 566
12	Vaktsineerimise propageerimine sisserännanute seas Euroopas	Projekt	548 680
13	Keemiaalaste terviseohtude hoiatamise, seire- ja aruandlussüsteem, III etapp	Projekt	497 760
14	Euroopa kemikaalide hädaabivõrgustik	Projekt	447 600
15	Äärmiselt nakkusohtlike patogeenide avastamise kvaliteedi tagamise õppused ja võrgustik	Ühismeede	3 316 326
16	Staabiõppus tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta keemia- ja keskkon-naalaste ohtude valdkonnas	Hange/teenusleping	458 989
17	Kahe piirkondliku koolitusseminari korraldamine koos liikmesriikide rahvatervise valdkonna ametiasutustega uute tõsiste piiriüleste terviseohtude otsuse teemal	Hange/teenusleping	249 599
18	Varajase hoiatamise ja teavitamise süsteem, Hedis, Nemo (kriisiohjajamise teabevahetusmehhanismide järelevalve)	Hange/teenusleping	1 588 500
19	Inimpatogeenide Euroopa referentslaboratooriumide süsteem	Hange/teenusleping	500 000
20	Euroopa tasandil töötajate koolitamise ja õppuste organiseerimine kui valmisoleku vundament	Hange/teenusleping	333 646
Kokku:			18 003 510

Järgnevas tabelis esitatakse läbivaadatud tegevuste lühikirjeldus; tegu on teadusuuringute seitsmendast raamprogrammist (2008-2013) rahastatud tegevustega.

Ref	Valitud tegevuse üldesmärk	Rahastatud teadusuuringute seitsmendast raamprogrammist	Vastutav komisjoni talitus	ELi-poolne kaasrahastamine (eurodes)
1	Epideemilise arengu ja pandeemiliste simulatsioonide prognoosimine	ERC ¹	ERCEA	684 000
2	Infektsioonhaiguste ilmumise ja taasilmumise registreerimise platvorm	HEALTH	RTD	11 909 560
3	Nakkustõrje lennunduses - mõjusast karantiinist lennukikabiinide desinfitseerimise / saastest puhastamise protokollideni	PEOPLE	REA	100 000
4	Töötada tervishoiutöötajatele ja kogu Euroopa tervishoiuagentuuridele suuremate haiguspuhangute jaoks välja tõenditel põhinev käitumis- ja kommunikatsioonipakett	HEALTH	RTD	1 999 607
5	Ravimiettevõtete roll terviseturbepoliitika väljatöötamisel ja rakendamisel	ERC	ERCEA	1 197 694
6	Euroopa reageerimise muutmine tulevaste suurte epideemiate ja pandeemiate puhul – olemasolevate kliiniliste uuringute võrgustike taristu kasutada andmine, koordineerimine ja integratsioon	HEALTH	RTD	23 992 375
7	Integreeritud töövahendi loomine peamiste transpordisõlmede transpordiettevõtete ja teiste asjaomaste poolte abistamiseks nende olemasolevate pandeemia- ja ohtlike patogeenide alaste valmisolekuplaanide arendamisel	SEC ²	HOME	3 142 004
8	Euroopa terviseametkondade koostalitlusvõime ja valmisolek surmavate ohtude puhul (nt pandeemilised haigused või suured terrorirünnakud)	SEC	REA	2 789 940
9	Suurendada valmisolekut suuremõtmelisteks piiriülesteks katastroofideks Euroopa kogu- ja ühiskondades	SEC	REA	999 084
10	Kuidas tegeleda efektiivselt pandeemiate ja nendega seotud kriisijuhtimise käigus ilmnevate teaduslike ja ühiskondlike probleemidega. Töötada välja integreeritud, interdistsiplinaarne strateegia	SiS ³	RTD	3 939 880
Kokku:				50 754 144

1 Euroopa Teadusnõukogu.

2 Turvaprogramm.

3 Teadus ühiskondades.

Kokkuvõte

III

Otsus tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta põhineb aluslepingu artiklil 168, mis käsitleb rahvatervist.

V

Komisjon ja liikmesriigid teevad tööd, et kehtestada taristu, mida on vaja, et rakendada täiel määral ja tõhusalt otsust tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta. Tegemist on keerulise teemaga. Kuigi tuleb tunnistada, et on esinenud viivitusi, näiteks teatavate rakendusaktide vastuvõtmisel, siis nimetatud viivitustega tegeldakse ning ELi reageerimine piiriülestele terviseohtudele ei muutunud nende tõttu vähem tõhusaks. Nii liikmesriikide kui ka komisjoni kohustused on määratletud selgelt otsuses nr 1082/2013/EL.

VI

Viivitused tõsiseid piiriülesteid terviseohte käsitleva otsuse rakendamisel peegeldavad terviseohtudega seotud olukorra keerukust ehk „aruteluvaldkonna keerukust“. Nagu sätestatud allpool esitatud üksikasjalikes märkustes, on ülejäänud rakendusaktide koostamisel ja meditsiinilise vastumeetmega töötamisel tehtud olulisi edusamme. Praegu on täielikult kehtestatud ühine hankemehhanism. Terviseohutuse komitee tegutseb täiel määral; komisjon arutab komitees liikmesriikidega kontrollikoja tähelepanekut.

VII

Komisjon on arvamusel, et hoolimata süsteemis aja jooksul tehtud tehnilistest uuendustest, on soovitatav uuendada süsteemi. Komisjon teeb parajasti koostööd Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskusega (ECDC), et ajakohastada EWRS-süsteemi (varajase hoiatamise ja reageerimise süsteem).

IX

Komisjon on arvamusel, et erinevate terviseohutusega seotud aspektidega tegelevate komisjoni talituste töö on hästi koordineeritud ning et tegeldakse kontrollikoja püstitatud konkreetsete teemadega. Tervise ja toiduohutuse peadirektoraat võttis 2016. aastal olulisi meetmeid, et parendada tervisealaste hädaolukordade lahendamise üksuse (HEOF) tööd.

X

i)

Komisjon on nõus 1. soovitusel ning on samal arvamusel selles ulatuses, mis puudutab tema rolli terviseohutuse komitees ja ühises hankemehhanismis. Komisjon arutab nimetatud küsimusi terviseohutuse komitees.

ii)

Komisjon on nõus 2. soovitusel. Komisjon teeb parajasti koostööd Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskusega (ECDC), et ajakohastada EWRS-süsteemi (varajase hoiatamise ja reageerimise süsteem), ning arutab liikmesriikidega, kuidas kasutajate tagasiside saab tõhustada süsteemi toimimist.

Komisjoni vastus

iii)

Komisjon on nõus soovitustega 3 a ja 3 c ning osaliselt soovitusega 3 b.

Komisjon tunnustab, et jätkusuutlikkus on lahtine küsimus, kuigi viimastel aastatel on palju ära tehtud. Tehakse pidevaid edusamme, eriti komisjoni poolt pärast teise terviseprogrammi järelhindamist kehtestatud tegevuskava raamistikus.

iv)

Komisjon on osaliselt nõus soovitusega 4 a ja nõustub soovitustega 4 b ja 4 c. Komisjoni vastavad talitused teevad omavahel tõhusat koostööd ning käimas on talitustevahelised arutelud kooskõlastamise edasiseks parendamiseks.

Komisjon on arvamusel, et tervisealaste hädaolukordade lahendamise üksuse (HEOF) struktuur on stabiilne ning määratleb rollid ja häiretasemed. Alates 2016. aasta juunist on komisjon arendanud pidevat koolitusprogrammi, et tagada HEOFi täielik operatiivsus igal ajal.

Auditi tähelepanekud

21

Otsus tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta kujutab endast olulist edasiminekut liikmesriikide koostöö tõhustamisel, et parendada terviseohtudele reageerimist ja ELi kodanike kaitsmist.

Komisjon on teadlik sellest, et on esinenud teatavaid viivitusi, ent on arvamusel, et need ei ole kahtluse alla seadnud liikmesriikide tõhusat koostööd tõsiste piiriüleste terviseohtude valdkonnas.

24

Kuna terviseohutusega seotud valmisolek hõlmab tundlikke valdkondi, arutati liikmesriikidega põhjalikult aruandevormi ning kokkuleppele jõudmiseks oli vaja läbi viia teine komiteemenetlus.

25

Terviseohutuse komiteele esitatud aruanne ei sisaldanud üksikandmeid liikmesriikidelt, kuna terviseohutuseks valmisolek hõlmab tundlikke valdkondi. Aruanne põhineb üksnes liikmesriikide andmetel, kuna õigusaktid ei anna komisjonile volitust kontrollida liikmesriikide esitatud teavet.

Aruande tulemusi arutati täiendavalt terviseohutuse komitee valmisolekut ja reageerimise planeerimist käsitlevas töörühmas (12. november 2015). Terviseohutuse komitee üldkogu istungil (7.–8. juuni 2016) anti liikmesriikidele teavet ajakohastatud aruande kohta, milles kajastatakse üksikasjalikult keskse tähtsusega probleeme igas liikmesriigis.

26

Komisjon on arvamisel, et eduaruanne annab põhjaliku ülevaate liikmesriikide valmisoleku tasemest ELis ning annab kätte selged orientiirid, kuidas on võimalik tegelda lünkade ja puudustega tegevuskava alusel, milles on liikmesriikidega kokku lepitud terviseohutuse komitee kinnituse kaudu. Terviseohutuse komitee valmisolekut käsitlev alltöörühm jätkab arutelusid selle üle, kuidas seoses aruande tulemuste ja Ebola puhangust saadud õppetundidega võtta järelmeetmeid. Nimetatud töörühma esimene audiokoosolek toimus enne terviseohutuse komitee koosolekut 2015. aasta novembris.

Käimas on arutelud ja töö Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskuse (ECDC) ning Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa piirkondliku bürooga, et vaadata läbi aruandevorm vastavalt artiklile 4, arvestades WHO lähenemisviisi rahvusvaheliste tervise-eeskirjade rakendamisele ning uut järelevalvesüsteemi ja hindamisraamistikku.

3. selgitus – Rahvusvahelised arengusuunad seoses valmisolekuga: puudused rahvusvaheliste tervise-eeskirjade rakendamise hindamises

Käesolevas kastis viidatakse WHO-sisestele arengusuundadele, mis on väljaspool ELi õigusraamistikku.

27

Nagu eespool selgitatud, olid liikmesriigid aktiivselt kaasatud küsimuste koostamisse ning komiteemenetlusel saavutati nõutav kvalifitseeritud häälteenus.

28

Otsusega tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta ei anta komisjonile mingeid volitusi määrata liikmesriikidele konkreetne üldise valmisoleku struktuur. Kontrollikoja mainitud üldise valmisoleku planeerimise strateegia on tehniline dokument, mis moodustab osa liikmesriikidega parajasti käimas oleva valmisolekut käsitleva töö taustast. Liikmesriikidesiseselt on eelkõige terviseohutuse komitee liikmete ülesanne levitada olemasolevaid suuniseid.

29

Menetlused on keerukad nii õiguslikust vaatenurgast – pidades silmas ELi pädevust tervisevaldkonnas, milleks on toetada, koostööstada või täiendada liikmesriikide meetmeid rahvatervise valdkonnas – kui ka riikide siseselt kehivate tegurite ja keeruliste struktuuride tõttu ja seoses rahvusvaheliste struktuuridega, kes nimetatud teemadega tööd teevad.

Komisjon on arvamusel, et tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsuse artikli 4 aruandluse kohaselt kogutud teave annab põhjaliku ülevaate riikide valmisoleku tasemest ELis ning selged orientiirid, kuidas tegelda lünkade ja puudustega. Terviseohutuse komitee valmisolekut käsitlev alltöörühm arendab seda teemat edasi.

30

Komisjon teeb tihedat koostööd liikmesriikidega terviseohutuse komitees ja selle valmisolekut käsitlevas töörühmas, et arendada välja struktuurid ja korraldus seoses valmisolekuga seotud koostööga, sh tegevuskava, meditsiiniliste vastumeetmete alane koostöö ja tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsuse artikli 4 kohane aruandlus. See sisaldab arutelu edusamme käsitlevate aruannete koostamise üle.

31

Kuna tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitlev otsus eesmärki ega näitajat ei sisalda, on komisjon töötanud koostöös ECDCga välja punktis 33 osutatud muud aruandlusviisid.

33

ECDC hinnang põhineb tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsuse artikli 4 kohase aruandluse vastustel. Tegemist on ECDC täielikku pädevusse kuuluva tehnilise hinnanguga.

Komisjon arutab ECDCga sobivate näitajate väljaarendamist valmisolekuga seotud edusammude kindlaks määramiseks.

Uute näitajate arendamine on osa laiemast lähenemisviisist riikide terviseprofiilide väljatöötamisel aruteludes ECDC, WHO Euroopa piirkondliku büroo ning liikmesriikidega valmisolekut käsitlevas töörühmas.

34

Komisjon arutab valmisolekut käsitleva töö raames terviseohutuse komiteesse kuuluvate liikmesriikidega näitajate asjakohasust. ECDC aruandes antakse tehniline ülevaade olukorrast, puudujääkidest ja vajadustest liikmesriikides seoses valmisoleku ja reageerimise planeerimisega.

37

Komisjon on arvamusel, et igapäevane koostöö selliste tõsiste terviseohtude vallas nagu Zika viiruse puhang tõestab, et ülesannete jaotamisest saadakse aru ja ECDC on võimeline täitma täiel määral oma ülesandeid terviseohutuse komitee teabe andmisel riskihindamise kohta. Vahetegemine riskihindamise (ECDC kohustus) ja riskijuhtimise kooskõlastamise (komisjoni kohustus) vahel on sätestatud õigusaktides. Konkreetseid juhtumeid ja uusi ülesandeid tuleb siiski sageli arutada ja kooskõlastada komisjoni ja ECDC vahel üksikjuhtumi põhisel. Selleks tagavad ECDC ja komisjoni igakuised koordineerimiskoosolekud tiheda koostöö ning võimaldavad ECDC-l reageerida tõhusalt abipalvetele.

39

Töö juhendi väljatöötamisega algas enne otsuse vastuvõtmist.

Pärast otsuse vastuvõtmist soovitas komisjon ECDC-l arutada terviseohutuse komiteega juhendit ja komisjoni soovitusi. Pärast edasist tööd dokumendiga nähakse ette arutelu terviseohutuse komitee valmisolekut käsitlevas tööühmas 2016. aasta sügisel.

40

Põhjendamatu viivitusega võeti edasised meetmed ühise hankelepingu väljaarendamiseks tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsuse raamistikus; tuleb arvestada, et üksikud liikmesriigid pidid kokkuleppe allkirjastamiseks järgima siseriiklikke ratifitseerimismenetlusi, mis võtab kahtlemata teatava aja.

41

Gripipandeemia vaktsiini hange on erakordselt keeruline küsimus. Lisaks osutus aeganõudvaks liikmesriikide konkreetsete nõudmiste määratlemine ja koondamine. Samal ajal tehti 2016. aastal olulisi edusamme ühise pandeemiavaktsiinide hankemenetluse ettevalmistamisel. Lisaks pandeemiavaktsiinidega seotud menetlusele alustatakse alates 2016. aasta septembrist nelja teise hankemenetlusega.

42

Komisjon soovib rõhutada, et nii ühisel hankemenetlusel kui ka edasiarendataval menetlusel seoses meditsiiniliste vastumeetmete vahetamisega on tõsisteks piiriülesteks terviseohtudeks valmisolekul oma koht. Mis tahes hange on oma loomult aeganõudev ning nõuab järgmisi ELi õigusaktides sätestatud menetlusi.

Terviseohutuse komitee volitusel on praegu väljatöötamisel standardne töökord, et tagada kiire ja sidus reageerimine tulevikus. Terviseohutuse komitee esitab arutelu tulemused 2016. aasta novembris.

Igal juhul annab kodanikukaitse mehhanism juba vastumeetmete vahetamise raamistiku.

43

Kuna edusammud seoses gripivaktsiinide ühishankega on küsimuse keerukuse tõttu olnud tõepoolest aeglased, rõhutaks komisjon, et 24 liikmesriiki on seni leppinud kokku ühises hankelepingus osalemises ja et praegu on käimas mitu ühishankega seotud protsessi. Tungivate vajadustega meditsiiniliste vastumeetmete vahetamise järele saab alati tegelda EWRSi kaudu (nagu tehti seoses difteeria vastumürgiga 2016. aastal) või kodanikukaitse mehhanismi kaudu.

46

Terviseohutuse komitee on otsustanud luua rändajaid käsitleva töörühma. Vajadust sellise töörühma järele arutatakse taas ühel terviseohutuse komitee seminaril.

Kui operatiivteemad pärast 2015. aasta veebruari terviseohutuse komitee tegevuskavasse tagasi jõudsid, korraldati terviseohutuse komitee koosolekud teemade lõikes ning praegu on koostamisel terviseohutuse komitee üksikasjalik tegevuskava. Valmisolekut käsitlev tegevuskava annab edaspidi valmisolekut käsitleva töörühma töökava raamistikku. Lisaks on käimas arutelud ECDCga, et kooskõlastada paremini ECDC valmisolekut käsitleva koordineerimiskomitee ning terviseohutuse komitee valmisolekut käsitleva töörühma tööd. Alanud on töö töökavade kehtestamisega nii teabekorraldajate võrgustiku kui ka valmisolekut käsitleva töörühmaga.

47

Alates 2016. aasta septembrist on 11 liikmesriiki, WHO ja ECDC osalenud valmisolekut käsitlevas töörühmas. Töörühm on oluline selleks, et koostada terviseohutuse komitee jaoks dokumente, nagu püsitoimingute eeskiri ja valmisolekut käsitlev tegevuskava jne. Täies koosseisus osalemine on siin vähem oluline, kuna töörühm toob kokku tehnilised eksperdid ning koostab ettepanekuid kinnituse/heakskiidu saamiseks kogu terviseohutuse komiteelt.

48

Terviseohutuse komitee ülesanded on loetletud otsuses piiriüleste terviseohtude kohta (artikkel 17, lõige 2). Terviseohutuse komitee koosolekud korraldati teemade lõikes ja parajasti on koostamisel terviseohutuse komitee üksikasjalik tegevuskava (vt punkt 46). Et kooskõlastada reageerimist, arutatakse terviseohutuse komitee erakorralistel koosolekutel tehnilisi dokumente, nagu ECDC koostatavad riskihinnangud ja asjaomased nõuanded reisijatele. Ent tehniliste arutelude korral on terviseohutuse komitee otsuse alusel võimalik kokku kutsuda asjaomaseid erakorralisi töörühmi, mis koosnevad liikmesriikide tehnilistest ekspertidest. Nii oli see praeguse Zika viiruse puhangu korral, kui moodustati ja kutsuti kaks korda kokku Zika viiruse puhangut käsitlev erakorraline töörühm.

51

Komisjon on nõus, et kui tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsuse jõustumine langes kokku Ebola-kriisiga, jäädi hiljaks jõupingutustega struktureerituma lähenemisviisi väljatöötamisel. Praegu edeneb töö aga hästi.

52

Komisjon on arvamusel, et teave komisjoni talituste asjaomase tegevuse kohta, mida ta annab terviseohutuse töörühmale, on piisav. Kehtestatud on talitustevahelise koostöö korraldus. Töörühma koosolekutel osalevad sageli ka teised talitused. Lisaks võttis ka tervise ja toiduohutuse peadirektoraat osa näiteks igapäevastest Ebola viirust käsitleva rakkerühma audiokonverentsidest ja paljude teiste talitustevaheliste töörühmade tööst.

60

ECDC välishindamise aruandes viidati ajavahemikule 2008–2012, enne tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsuse jõustumist ja enne seda, kui tehti vastavad (piiratud) muudatused EWRS-süsteemis.

63

Komisjon on nõus, et kasutajate tagasiside on EWRSi läbivaatamisel hädavajalik.

64

Komisjon teeb süsteemi ümberkujundamisel koostööd ECDCga.

65

Komisjon rõhutab, et käesolevas punktis viidatud loetelu määratleti mõju hinnangus, mis koostati enne tegeliku otsuse vastuvõtmist.

67

Komisjon on alustanud koostööd ECDCga, et EWRS-süsteem ümber kujundada.

70

Eeskirjad ja kord keemia- ja keskkonnaalaste ohtudega toimetulekuks tõsiseid piiriüleseid terviseohte käsitleva otsuse raamistikus on samad, nagu teiste ohtude korral, mille on põhjustanud bioloogilised juhtumid või nakkushaigused. Teavitamiskriteeriumid on samuti samad, nagu sellel eesmärgil loodud IT-vahendi kasutamise korral. Erivõrgustikku juhtumite seireks ja hindamiseks keemia- ja keskkonnaalaste ohtude tõttu on terviseprogrammi raames kaasrahastatud kolm aastat. Loodud on ka Euroopa Komisjoni teaduskomitee tagamaks, et riskihindamiseks väljaspool ECDC volitusi oleks võimalik värvata piisava tasemega eksperte.

Süsteemi toimimist katsetatakse tulevase kasutamise käigus.

72

Komisjon ajakohastab ja hooldab süsteemi, kuid kavatsus on integreerida EWRS-süsteemi RAS-CHEM-süsteem. RAS-CHEM-süsteemis oli 2016. aasta septembri seisuga registreerunud 18 riiki.

74

Komisjon on teadlik ja teeb ECDCga koostööd, et parandada andmete kvaliteeti ja liikmesriikide aruandluse täielikkust.

77

Komisjon on teadlik ja teeb ECDCga koostööd, et tõsta andmete kvaliteeti ja suurendada liikmesriikide aruandluse täielikkust.

78

Komisjon märgib, et kontrollikoda on uurinud teise ja kolmanda terviseprogrammiga hõlmatud tegevusi. Programmi juhtimine on kahe programmi vahel märkimisväärselt muutunud. Terviseprogrammist rahastatud pakkumiskutsed on aidanud aktiivselt suurendada piiriülest valmisolekut terviseohtude vastu ning enamik projekte andis kavandatud tulemusi.

Terviseprogrammist rahastatud riikidevahelised projektid on aidanud aktiivselt suurendada piiriülest valmisolekut terviseohtude vastu.

81

Komisjon on täiesti teadlik sellest, et tulemuste jätkusuutlikkus ei olnud mõne teise terviseprogrammi raames kaasrahastatud projekti puhul alati rahuldav enne otsuse nr 1082/2013/EL jõustumist. Minimaalne jätkusuutlikkus tagatakse alati projektide tulemuste levitamise ja nende pideva kättesaadavuse kaudu Chafea veebilehel. Viimasel ajal on tehtud täiustusi: 2016. aasta novembri keskel käivitatakse Chafea veebilehel uus andmebaas; arendamisel on uus IT-platvorm (mis annab võimaluse majutada projektide/ühismeetmete veebilehti enne ja pärast toetuste lõppu); Chafea koostas levitamise näidisstrateegia, mis esitatakse projektikoordinaatoritele.

5. selgitus – Auditeeritud projektide ja avastatud probleemide näited

Komisjon on teadlik sellest, et kõik projektid ei toimi võrdselt ega võimalikult kvaliteetselt. Tagamaks, et iga projekt toimiks võimalikult kõrgel tasemel, on Chafea kehtestanud mitu aastat selliseid meetmeid nagu välisekspertide ja juhendamise võimaldamine „ohus olevatele“ projektidele.

Komisjon on arvamusel, et tegevuskava, mille komisjon ja Chafea kehtestasid pärast teise terviseprogrammi järelhindamist, tagab, et kaasrahastatakse üksnes meetmeid, mis suure tõenäosusega aitavad kaasa ELi olulistele poliitilistele algatustele ja ELi kõrgele lisandväärtusele, et viia miinimumini vähese tulemuslikkuse ja tulemuste vähese kasutamise oht.

82

Lisaks kirjutatud failidele annab Chafea komisjonile teavet oluliste projektitulemuste kohta ka kahepoolsetel kohtumistel. Samuti on komisjoni töötajatel alates 2016. aasta keskpaigast juurdepääs uuele IT-süsteemile, mida Chafea projektijuhtimiseks kasutab. Nimetatud süsteem ei olnud auditeeritud projektide puhul kasutusel.

Nagu juba eelpool (punktis 81) mainitud, on Chafea töötanud välja levitamise näidisstrateegia, mis aitab projektide koordinaatoreid nende töös kõnealuses valdkonnas. Chafea võttis hiljuti tööle teabelevi eest vastutava täiskohaga töötaja, et – muu hulgas – toetada terviseprojektide koordinaatoreid teabe levitamisega seotud ülesannetes.

83

Lisaks teise terviseprogrammi järelhindamisele arendas komisjon koostöös Chafeaga välja tegevuskava kõigi väliste hindajate soovitude rakendamiseks. Edusamme tehakse näiteks avaliku andmebaasi ümberkujundamise, seirenäitajate määratlemise ning seiresüsteemi loomise ja teabelevistrateegia arendamisega.

6. selgitus– Terviseprogrammi ühismeetmed

Komisjon on arvamusel, et ühismeetmed kujutavad endast olulist vahendit hõlbustamaks liikmesriikide ametiasutuste koostööd konkreetsetes tehnilistes küsimustes, mis on terviseohtude valdkonnas osutunud tõhusaks. Ühismeetmeid täiendatakse eelkõige tegevustega (nt õppused), mida rahastatakse hangete kaudu.

84

Õppuste ja koolituste tulemusi kasutatakse korrapäraselt valmisolekuga seotud töös; hiljuti sai terviseohutuse komitee teavet oma 2016. aasta juunikuu koosolekul toimunud õppustelt saadud õppetundide kohta.

85

Teatavad vahendid, mille on välja töötanud JRC (Teadusuuringute Ühiskeskus), on veel praegugi olemas ning neid kasutab muu hulgas ECDC. Käimas on arutelud ECDC ja JRC koostöö tugevdamiseks nimetatud vahendite alusel.

86

Komisjon on arvamusel, et võetavad meetmed võiksid olla struktureeritud, ent on olemas selliseid võetud meetmeid nagu projektikoordinaatorite kutsumine eksperdirühmade koosolekutele (nt EWRS, FLU, GPP, keemilised ohud) ja/või terviseohutuse komitee 2014. aasta detsembri koosolekule või seminarile "Kuidas Euroopa projektidest kasu saada – ELi liikmesriigi algatus levitada ELi teise terviseprogrammi (2008–2013) tulemusi terviseohutuse valdkonnas" (<http://ec.europa.eu/chafea/news/news349.html>).

87

Kasutades hankelepinguid, ostab komisjon teenuseid, mille puhul sõltuvad tema järelmeetmed osutatud teenuse liigist. Lisaks avaldatakse hangitud teenuste tulemused, mis on peamiselt kättesaadavad aruandevormis, ning need on piisavalt kaua saadaval.

Komisjon võtab meetmeid selleks, et suurendada töövõtjate mitmekesisust, nt sõlmides raamlepinguid uue konkursi väljakuulutamisega.

88

Komisjon tunnistab, et jätkusuutlikkus on lahtine küsimus, kuigi viimastel aastatel on ära tehtud palju: üldise valmisoleku planeerimist käsitleva brošüüri väljaandmine (2011)¹, vaksineerimist käsitlev temaatiline kohtumine (2012), terviseprogrammi käsitlev kõrgetasemeline konverents (2012)² ja piirkondlik terviseohutuse konverents (2014)³. Minimaalne jätkusuutlikkus on alati tagatud Chafea veebilehe kaudu. Täiustusi tehakse pidevalt, vt märkus punktis 81.

89

Tegevuskava, mille komisjon töötas välja pärast teise terviseprogrammi järelhindamist, sisaldab uute seirenäitajate väljaarendamist. Neid kasutatakse uues järelevalvesüsteemis, mille toetuste saajad lisavad alates 2016. aastast oma perioodilisse aruandlusesse. Nimetatud järelevalve aitab ka mõõta kaasrahastatud meetmete panust kolmanda terviseprogrammi üldeesmärkidesse.

91

Komisjon rõhutab, et mitmeaastane kavandamine on mitteametlik ja sisemine protsess. See ei ole kolmanda terviseprogrammi kohaselt seaduslikult kohustuslik.

92

Eelarve täitmisega seotud prognoosid on üksnes orienteeruvad. Riskihindamise esmatähtsus on näiteks asjakohane üksnes hädaolukordade puhul. Kui ei esine sellist hädaolukorda, võiks nimetatud prioriteediga seotud töökava rakendada ühegi kulutusega. Lisaks ei tähenda see, et eelarvevahendite jaotumine oleks tasakaalust väljas.

93

Teise terviseprogrammi ja komisjoni 2016. aasta märtsi tegevuskava järelhinnangus osutatakse uue järelevalvesüsteemi ja näitajate väljatöötamisele, mis on kohaldatavad alates 2016. aastast.

94

Järelevalvesüsteemi ja näitajaid täiendatakse parajasti mõne uue, alates 2016. aastast juba kohaldatava näitajaga.

Kui komisjon prognoosib eelarve täitmist, ei ole eesmärk tasakaalu saavutamine programmi eesmärkide vahel.

1 http://ec.europa.eu/chafea/publications/publications_for_health_programme.html#

2 http://ec.europa.eu/health/programme/events/ev_20120503_en.htm

3 <http://ec.europa.eu/chafea/news/news349.html>

95

Komisjon on arvamisel, et ta on loonud talituste vahel struktureeritud koostöö.

101

Komisjon on arvamisel, et talituste vahel toimib juba hea struktureeritud koostöö. Seda võib alati parendada, mis võib hõlmata tegevuste edasist kaardistamist. Kuid koostöö iseenesest ei lahenda uuringutulemuste kasutamisega seotud küsimusi.

102

Komisjon on võtnud kohustuse arendada veelgi talitustevahelist head koostööd ning on arvamisel, et on arenguruumi. Koostöö on piisav tänu mitmesugustele kehtivatele meetmetele, nagu mitme peadirektoraadiga sõlmitud vastastikuse mõistmise memorandum ning korrapärased koosolekud ja muud teabe tõhusa ja tulemusliku vahetamise viisid.

Komisjoni ühisvastus punktidele 103–106

Komisjon on arvamisel, et hädaolukordadele reageerimise koordineerimiskeskus tõestas viimase kriisi ajal, et tal on tõhus roll koondava platvormi, IPRC sisenemispunktina ning katastroofidele reageerimise koordineerimisel väljaspool liitu.

107

Tööpoolest, H1N1-gripi puhangust aastatel 2009/2010 saadud õppetundide ajal lihtsustati oluliselt tervisealaste hädaolukordade lahendamise üksuse (HEOF) struktuuri, mis on sellest ajast saadik stabiilne. Lisaks töid suured õppused ja koolitused kaasa käsiraamatu ajakohastamise vajaduse korral.

108

Komisjon tunnistab, et pidevalt toimiv koolitus- ja õppusteprogramm on tõhus vahend selleks, et säilitada ja kindlustada teadmisi, mida on kerge meelde tuletada, kui HEOF hakkab tegutsema.

Pärast tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi ümberkorraldamist 2016. aasta alguses töötati välja kõigi asjaomaste töötajate koolitused ja hakati neid korraldama. Koolituskursusi korraldatakse korrapäraste vaheaegade järel.

Töötajatele on tehtud ülesandeks katta eelnevalt kindlaksmääratud HEOFi rollid. See võimaldab paremat sisseelamist ja sihipärasemaid koolitusi seoses vastavate rollidega.

109

Komisjon on arvamisel, et HEOF osutus eelmistes kriisiolukordades toimivaks, arvestades HEOFi töötajate piiratud arvu. Praegune HEOFi struktuur määratleti pärast 2009.–2010. aasta H1N1 puhangust saadud õppetunde. Komisjon on arvamisel, et struktuur on stabiilne ning määratleb rollid ja häiretasemed. Ebola viiruse puhangu ajal olid tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi asjaomased töötajad menetlustest vägagi teadlikud. Hiljuti vaadati läbi HEOFi operatsioonid ning koolitati asjaomaseid töötajaid.

111

Komisjon tuletab meelde, et arvestades ajaloolist arengut, on komisjonisisesed hädaolukordadele reageerimise menetlused üsna mitmekesised ning on kehtestatud erineval viisil ning erinevate personaliskeemidega, et lahendada üksikuid probleeme. See kehtib ka ECDC suhtes, kes haldab näiteks ööpäevaringselt kättesaadavate isikute nimekirja isegi rahu ajal.

Järeldused ja soovitused

115

Otsus tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta kujutab endast olulist edasiminekut liikmesriikide koostöö tõhustamisel, et parendada terviseohtudele reageerimist ja ELi kodanike kaitsmist.

Komisjon on teadlik sellest, et on esinenud teatavaid viivitusi, ent need ei ole kahtluse alla seadnud liikmesriikide tõhusat koostööd tõsiste piiriüleste terviseohtude valdkonnas.

116

Komisjon tunnistab teatavaid viivitusi liikmesriikide tõhusa koostöö loomisel tõsiste piiriüleste terviseohtude valdkonnas.

Riikide valmisoleku tasemega ELis ning lünkade ja puudustega tegeldakse tegevuskava alusel, milles on kokku lepitud terviseohutuse komitee kinnituse kaudu liikmesriikidega.

Käimas on arutelud ja töö Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskuse (ECDC) ja Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa piirkondliku bürooga, et vaadata läbi aruandlussüsteem, arvestades WHO lähenemisviisi rahvusvaheliste tervise-eeskirjade rakendamisele ning uut järelevalvesüsteemi ja hindamisraamistikku.

117

Komisjon on arvamusel, et ECDC ülesanded on määratletud tema asutamismääruses ja piiriüleses otsuses.

Ettevalmistused pandeemiavaktsiinide ühiseks hankemenetluseks on 2016. aastal hästi edenenud. Tegeldakse täiendavate ühiste hankealgatustega.

Kodanikukaitse mehhanism näeb juba ette vastumeetmete vahetamise ning väljatöötamisel on meditsiiniiste vastumeetmetega seotud konkreetne standardne töökord.

Terviseohutuse komitee osutus liikmesriikide jaoks tõhusaks koordineerimismehhanismiks.

118

Parlamentaarne ühisassamblee juhtorgan on parlamentaarne ühisassamblee juhtkomitee.

1. soovitus

a)

Komisjon on soovitusel nõus; ta arutab kõnealust soovitusel ning tegevuskava võimalikku kohaldamisala ja sisu terviseohutuse komiteega. Olenevalt arutelu tulemusest koostab komisjon sellise dokumendi terviseohutuse komiteele kinnitamiseks.

b)

Komisjon on soovitusel nõus.

c)

Komisjon on soovitusel nõus.

Töörühmad on terviseohutuse komitee jaoks olulised vahendid. Panusena terviseohutuse komiteesse arendavad nad konkreetsete ülesannete põhjal välja tulemused. Komisjon ei ole nõus, et 2017. aasta peaks olema nende tegevuse lõpp-punkt, vaid peab valmisolekut ja teabevahetust pooleliolevaks ülesandeks, mille puhul oleks õigustatud konkreetsete tööstruktuuride ülalpidamine.

d)

Komisjon nõustub selles ulatuses, mis puudutab tema ülesandeid ja kohustusi ühises hankemehhanismis.

119

Komisjon nõustub, et hoolimata süsteemi aja jooksul tehtud tehnilistest uuendustest, on soovitatav süsteemi ajakohastada. Käimas on arutelud ECDCga.

2. soovitus

a)

Komisjon on soovitusel nõus. Komisjon teeb parajasti koostööd Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskusega (ECDC), et ajakohastada EWRS-süsteemi (varajase hoiatamise ja reageerimise süsteem).

b)

Komisjon on soovitusel nõus ning arutab liikmesriikidega, kuidas kasutajate tagasiside saab parendada süsteemi toimimist.

120

Komisjon tunnistas, et jätkusuutlikkus on lahtine küsimus, kuigi viimastel aastatel on ära tehtud palju: üldise valmisoleku planeerimist käsitleva brošüüri väljaandmine (2011), vaksineerimist käsitlev temaatiline kohtumine (2012) ja piirkondlik terviseohutuse konverents (2014). Pidevalt tehakse parendusi: viimati toimus avaliku andmebaasi, HELI-platvormi ümberkujundamine ja uue levitamisstrateegia rakendamine.

Tulemuslikkuse järelevalve süsteemi täiendatakse parajasti mõne uue, alates 2015. aastast juba kohaldatava näitajaga.

3. soovitus

a)

Komisjon on soovitusel nõus. Kõiki aspekte on käsitletud juba tegevuskavas, mille komisjon koostas 2016. aastal pärast teise terviseprogrammi järelhindamist. Tervise ja toiduohutuse peadirektoraat jätkab Chafeaga koostööd käimasolevate ja hiljuti lõpule viidud meetmete poliitilise tähtsusega seotud küsimuses.

b)

Komisjon on soovitusel osaliselt nõus ning arutab terviseohutuse komitees liikmesriikidega aruandlust. Käesoleva soovitusel tõhus rakendamine sõltub liikmesriikidest.

c)

Komisjon on soovitusel nõus ning juba käsitleb seda oma mitmeaastases kavandamises aastateks 2018–2020, mis peaks lõpule viidama 2016. aasta sügisel, et kavandada nimetatud aastateks kolmanda terviseprogrammi prioriteedid.

4. soovitus

a)

Komisjon nõustub soovitusel osaliselt.

Komisjon on arvamisel, et talituste vahel toimib juba hea struktureeritud koostöö. Seda võib parendada, mis võib hõlmata tegevuste edasist kaardistamist. Kuid koostöö iseenesest ei lahenda uuringutulemuste kasutamise seotud küsimusi.

b)

Komisjon on nõus arendama veelgi talitustevahelist head koostööd.

c)

Komisjon on soovitusel nõus. Pärast 2009.–2010. aasta H1N1 puhangust saadud õppetunde on tervisealaste hädaolukordade lahendamise üksust (HEOF) oluliselt lihtsustatud ja ümber korraldatud. Komisjon on arvamisel, et struktuur oma praegusel kujul on stabiilne ning määratleb rollid ja häiretasemed. Alates 2016. aasta juunist on arendatud pidevat koolitusprogrammi ning koolitusi korraldatakse korrapäraste ajavahemike järel. Ikka veel on käimas arutelud jätkusuutliku pikaajalise lahenduse üle seoses nende töötajate tasustamisega, kes võtavad osa rahvatervisega seotud kriisilukordade juhtimisest.

Pärast Ebolat ja võttes arvesse vajadust tegelda keskkonna- ja keemiliste ohtudega, korraldati mitu edasise parendamise vajadust määratlevat õppust. Käimas on töö ECDCga.

KUST SAAB ELi VÄLJAANDEID?

Tasuta väljaanded:

- üksikeksemplarid:
EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>);
- rohkem eksemplare ning plakatid ja kaardid:
Euroopa Liidu esindustest (http://ec.europa.eu/represent_et.htm),
delegatsioonidest väljaspool ELi (http://eeas.europa.eu/delegations/index_et.htm),
kasutades Europe Direct'i teenistust (http://europa.eu/europedirect/index_et.htm)
või helistades infotelefonile 00 800 6 7 8 9 10 11 (kõikjalt EList helistades tasuta) (*).

(*) Antav teave on tasuta nagu ka enamik kõnesid (v.a mõne operaatori, hotelli ja telefonikabiini puhul).

Tasulised väljaanded:

- EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>).

Sündmus	Kuupäev
Auditiplaani vastuvõtmine / auditi algus	15.7.2015
Aruande projekti ametlik saatmine komisjonile (või mõnele teisele auditeeritavale)	22.7.2016
Aruande lõplik vastuvõtmine peale ärakuulamismenetlust	5.10.2016
Komisjoni (või mõne teise auditeeritava) vastuste saamine kõigis keeltes	14.11.2016

Üheks tähtsaks vaheetapiks tugevama ELi julgeolekuraamistiku loomisel oli 2013. aastal vastu võetud otsus tõsiste piiriüleste terviseohtude kohta. ELi tervise ja teadusuuringute raamprogrammidest toetatakse ka nimetatud raamistikuga seotud tegevusi. Auditiga leiti, et tõsiseid piiriüleseid ohte käsitleval otsusel on tõepoolest suur tähtsus selliste ohtudega tegelemisel ELis, ent terviseturbe raamistiku rakendamist mõjutavad märkimisväärsed puudused. Nende puuduste kõrvaldamiseks tuleb teha rohkem jõupingutusi, et liit saaks täiel määral ära kasutada loodud mehhanisme. Kontrollikoda annab seetõttu mitu soovitusi, mis on peamiselt suunatud raamistiku elluviimise kiirendamisele ja parandamisele.



EUROOPA
KONTROLLIKODA



Väljaannete talitus