

Īpašais ziņojums

**Nopietni pārrobežu
apdraudējumi veselībai
Eiropas Savienībā: ir
īstenoti svarīgi pasākumi,
taču vēl daudz kas ir
jāpaveic**



EIROPAS
REVĪZIJAS
PALĀTA

EIROPAS REVĪZIJAS PALĀTA
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUXEMBOURG

Tālrunis: +352 4398-1

Uzziņām: eca.europa.eu/lv/Pages/ContactForm.aspx

Tīmekļa vietne: eca.europa.eu

Twitter: @EJAuditors

Plašāka informācija par Eiropas Savienību ir pieejama portālā *Europa* (<http://europa.eu>).

Luksemburga: Eiropas Savienības Publikāciju birojs, 2016. gads

Print	ISBN 978-92-872-6138-0	ISSN 1831-0877	doi:10.2865/239932	QJ-AB-16-028-LV-C
PDF	ISBN 978-92-872-6132-8	ISSN 1977-5717	doi:10.2865/395346	QJ-AB-16-028-LV-N
EPUB	ISBN 978-92-872-6167-0	ISSN 1977-5717	doi:10.2865/54398	QJ-AB-16-028-LV-E

© Eiropas Savienība, 2016. gads

Reproducēšana ir atļauta, ja tiek norādīts avots.

Īpašais ziņojums

**Nopietni pārrobežu
apdraudējumi veselībai
Eiropas Savienībā: ir
īstenoti svarīgi pasākumi,
taču vēl daudz kas ir
jāpaveic**

(saskaņā ar LESD 287. panta 4. punkta otro daļu)

ERP īpašajos ziņojumos tiek atspoguļoti rezultāti, kas iegūti atsevišķu budžeta jomu vai vadības aspektu lietderības un atbilstības revīzijās. ERP atlasa un izstrādā šos revīzijas uzdevumus tā, lai tiem būtu pēc iespējas lielāka ietekme, konkrēti, tiek ņemts vērā risks, kādam pakļauta lietderība vai atbilstība, attiecīgo ienākumu un izdevumu apjoms, paredzamie notikumi, kā arī politiskās un sabiedrības intereses.

Šo lietderības revīziju veica ERP locekļa *Phil Wynn Owen* vadītā I apakšpalāta, kura revidē jomas, kas saistītas ar dabas resursu ilgtspējīgu izmantošanu. Revīziju vadīja ERP loceklis *Janusz Wojciechowski*, un revīzijas darbā piedalījās locekļa biroja vadītāja *Kinga Wiśniewska-Danek*, biroja atašejs *Katarzyna Radecka-Moroz*, atbildīgais vadītājs *Colm Friel*, darbuzdevuma vadītājs *Stefan den Engelsen* un viņa vietniece *Joanna Kokot*. Revīzijas darba grupā strādāja *Aris Konstantinidis*, *Jurgen Manjé*, *Roberto Resegotti* un *Frédéric Soblet*. Valodu atbalstu nodrošināja *Madis Rausi*.



No kreisās uz labo: C. Friel, A. Konstantinidis, K. Radecka-Moroz, S. den Engelsen, J. Wojciechowski, J. Manjé, J. Kokot, R. Resegotti, F. Soblet.

Punkts

Saīsinājumi

I–X **Kopsavilkums**

1–12 **Ievads**

1–2 **Nopietni pārrobežu apdraudējumi veselībai**

3–12 **ES satvars nopietnu pārrobežu veselības apdraudējumu risināšanai**

13–20 **Revīzijas tvērums un pieeja**

21–111 **Revīzijas apsvērumi**

21–55 **Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ievieša vairākus jauninājumus ES veselības drošības jomā, taču to īstenošanu un izstrādi nelabvēlīgi ietekmēja kavējumi, un joprojām pastāv stratēģiskas un darbības problēmas**

56–77 **Esošo agrinās brīdināšana un reaģēšanas, kā arī epidemioloģiskās uzraudzības sistēmu un procedūru svarīgā loma ir vispāratzīta, tomēr tām nepieciešama zināma modernizācija**

78–94 **Veselības programmas darbības rezultātos attiecībā uz iedzīvotāju aizsardzību no veselības apdraudējumiem bija vērojami trūkumi**

95–111 **Komisijas iekšējā koordinācijā saistībā ar veselības drošības pasākumiem un sabiedrības veselības krīzes pārvarēšanu ir nepilnības**

112–121 **Secinājumi un ieteikumi**

I pielikums. Sagatavotības un reaģēšanas plānošana starptautiskā kontekstā

II pielikums. Galveno atbildīgo iestāžu un pienākumu sadalījums ES satvarā iedzīvotāju aizsardzībai no nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai

III pielikums. Revidēto līdzfinansēto darbību apskats

Komisijas atbilde

7. PP: Septītā pētniecības pamatprogramma

Chafea: Patērētāju, veselības, lauksaimniecības un pārtikas izpildaģentūra

ECDC: Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs

EEZ: Eiropas Ekonomikas zona

ERCC: Ārkārtas reaģēšanas koordinācijas centrs

ERCEA: Eiropas Pētniecības padomes izpildaģentūra

EWRS: agrinās brīdināšanas un reaģēšanas sistēma

ĢD ECHO: Eiropas Civilās aizsardzības un humānās palīdzības operāciju ģenerāldirektorāts

ĢD HOME: Migrācijas un iekšlietu ģenerāldirektorāts

ĢD RTD: Pētniecības un inovācijas ģenerāldirektorāts

LESD: Līgums par Eiropas Savienības darbību

MERS: Tuvo Austrumu respiratorais sindroms

PVO: Pasaules Veselības organizācija

REA: Pētniecības izpildaģentūra

SARS: smags akūts respiratorais sindroms

SCHEER: Veselības un vides apdraudējuma zinātniskā komiteja

STAR: Stratēģiskā novērtējuma un reaģēšanas centrs

SVAN: starptautiskie veselības aizsardzības noteikumi (sk. **I pielikumu**)

TESSy: Eiropas Uzraudzības sistēma

I

Iepriekšējās desmitgadēs dažādi notikumi, kas radīja nopietnus draudus cilvēku veselībai un dzīvībai, ir likuši pievērst pastiprinātu uzmanību veselības drošībai starptautiskā un ES līmenī. Sabiedrības veselības apdraudējuma cēloņi var būt dažādi. Līdztekus ietekmei uz veselību tie var radīt ļoti nozīmīgas izmaksas tautsaimniecībai, īpaši tad, ja ārkārtas situācija ieilgst, ja rodas ceļošanas un tirdzniecības traucējumi un ja ir apgrūtināta sabiedrības funkcionēšana kopumā. Pagātnes notikumi liecina arī par to, ka nopietni veselības apdraudējumi bieži vien rada pārrobežu problēmas un to risināšanai var būt vajadzīga daudznozaru un daudzpusēja pieeja.

II

Līgumā par Eiropas Savienības darbību (LESD) ir noteikts, ka ir jānodrošina augsts cilvēku veselības aizsardzības līmenis un ka Savienības rīcībai jāaptver nopietnu pārrobežu veselības apdraudējumu pārraudzība, laicīga brīdināšana par tiem un šo draudu apkarošana. Tajā ir precizēts, ka ES rīcība veselības jomā ir veidota tā, lai atbalstītu un papildinātu dalībvalstu rīcību; galvenā atbildība par veselības politiku gulstas uz dalībvalstīm. Tādējādi Komisijas loma veselības politikā lielākoties aprobežojas ar atbalsta sniegšanu un papildu darbību veikšanu.

III

Eiropas Savienība konstatēja, ka nopietni pārrobežu apdraudējumi veselībai ir joma, kurā dalībvalstis var darboties efektīvāk, ja tās apvieno spēkus. Tāpēc tā ir izstrādājusi koordinācijas mehānismus, lai Savienība varētu risināt šādus apdraudējumus. Būtisks pavērsiens spēcīgākas ES veselības drošības sistēmas izveidē bija 2013. gadā pieņemtais Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem, ar kuru tika ieviesti nozīmīgi jauninājumi, piemēram, attiecībā uz sagatavotības plānošanas koordinēšanu un Veselības drošības komitejas lomas pastiprināšanu. Arī ES veselības un pētniecības pamatprogrammas tiek izmantotas, lai atbalstītu pasākumus veselības drošības jomā.

IV

Īstenojot Lēmumu par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem un ar to saistīto satvaru ir sarežģīti, ņemot vērā ES un dalībvalstu kompetenču sadalījumu un to, ka rodas arvien jauni nopietni apdraudējumi. Tāpēc mēs novērtējam, vai ES satvars iedzīvotāju aizsardzībai no nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai tika pienācīgi īstenots. Saistībā ar šo galveno jautājumu mēs izskatījām vairākus apakšjautājumus:

- 1) Vai ar Lēmumu ieviestie jauninājumi tika efektīvi īstenoti?
- 2) Vai esošās sistēmas, kas paredzētas agrīnai brīdināšanai un reaģēšanai un epidemioloģiskai uzraudzībai, ir pienācīgi pārvaldītas un īstenotas?
- 3) Vai ES veselības programmas sniedz efektīvu ieguldījumu iedzīvotāju aizsardzībai no apdraudējumiem veselībai?
- 4) Vai Komisijas iekšējā koordinācija veselības drošības finansēšanas un sabiedrības veselības krīzes pārvarēšanas jomā ir pienācīga?

V

Mēs secinājām, ka Lēmums Nr. 1082/2013/ES¹ par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ir svarīgs solis šādu apdraudējumu labākai novēršanai Eiropas Savienībā. Tomēr nozīmīgi trūkumi dalībvalstu un Komisijas līmenī ietekmē šā Lēmuma un ar to saistītā ES satvara īstenošanu. Nākotnē iespējamo apdraudējumu veids un mērogs nav zināmi un var mainīties, taču ir jādara vairāk minēto trūkumu novēršanai, lai Savienība varētu pilnībā izmantot esošo mehānismu sniegtās iespējas.

VI

Attiecībā uz jauninājumiem, kas ieviesti ar Lēmumu par nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai, mēs konstatējām, ka to ieviešanā un izstrādē bija kavējumi, kas varēja samazināt to efektīvu darbību. Sagatavotības plānošanas koordinēšana tika uzsākta, taču attiecīgajām procedūrām ir jābūt stabilākām un labāk definētām, lai ar to palīdzību varētu sasniegt skaidri redzamus rezultātus. Dalībvalstu atsauce nebija pietiekama, kad bija jāpaātrina pandēmiskās gripas vakcīnas kopējais iepirkums, un šā Lēmuma ietvaros vēl nav izstrādāts ES līmeņa mehānisms neatliekamai vajadzību risināšanai medicīnisko pretlīdzekļu jomā. Veselības drošības komitejas darbs un loma bija ļoti nozīmīgi, taču tai nākas risināt stratēģiskas un darbības problēmas, tostarp saistībā ar reaģēšanas noteikumu koordinēšanu.

VII

Mēs konstatējām, ka esošās sistēmas, kas paredzētas agrīnai brīdināšanai un reaģēšanai un epidemioloģiskai uzraudzībai, kopumā ir efektīvi ieviestas, darbojas jau daudzus gadus un ka ieinteresētās personas ir plaši atzinušas to svarīgo nozīmi ES līmenī. Tomēr ir iespējama agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmas un saistīto procedūru zināma modernizācija.

VIII

Mēs secinājām, ka veselības programmas darbības rezultātos attiecībā uz iedzīvotāju aizsardzību no veselības apdraudējumiem bija vērojami trūkumi. Lielākā daļa no revidētajām 2. Veselības programmas (2008.–2013. g.) darbībām veselības apdraudējumu novēršanā bija sekmīgas plānoto nodevumu ziņā, taču tām trūka ilgtspējīgu rezultātu, tāpēc to ieguldījums ceļā uz mērķi aizsargāt iedzīvotājus no veselības apdraudējumiem bija ierobežots. Mēs konstatējām trūkumus arī rādītāja novērtēšanā attiecībā uz 3. Veselības programmas (2014.–2020. g.) mērķi aizsargāt no veselības apdraudējumiem un relatīvi zemu izdevumu līmeni 2014.–2016. gadā.

IX

Visbeidzot, revīzijā atklājās vairākas nepilnības, kas skāra iekšējo koordināciju Komisijā attiecībā uz veselības drošības pasākumiem, ko īsteno dažādi dienesti saskaņā ar dažādām programmām. Mēs atklājām arī to, ka ir jāiegulda vairāk pūļu, lai pilnībā darbotos vienošanās par sadarbību starp krīzes pārvarēšanas struktūrām Komisijā, un ka Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāta pārvaldītajam ārkārtējo darbību mehānismam veselības jomā piemīt trūkumi, kas var traucēt tā darbību.

¹ Eiropas Parlamenta un Padomes 2013. gada 22. oktobra Lēmums Nr. 1082/2013/ES par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem un ar ko atceļ Lēmumu Nr. 2119/98/EK (OV L 293, 5.11.2013., 1. lpp.).

X

Lai novērstu šajos apsvērumos minētos trūkumus, Palāta sniedz vairākus ieteikumus.

- i) Lai paātrinātu to jauninājumu izstrādi un īstenošanu, kuri ieviesti ar Lēmumu par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem, Palāta formulē ieteikumu, kas attiecas uz Veselības drošības komitejas stratēģisku ceļvedi Lēmuma Nr. 1082/2013/ES īstenošanai, Komisijas īstenošanu šīs politikas jomas darbības rezultātu pārraudzību, Veselības drošības komitejas darba metodēm un medicīnisku pretlīdzekļu kopēju iepirkumu (plašāku informāciju sk. 118. punktā iekļautā **1. ieteikuma** a)–d) punktā).
- ii) Lai vēl vairāk modernizētu *EWRS* un izstrādātu integrētākus risinājumus ar to saistītajām riska pārvaldības procedūrām, Palāta formulē ieteikumus šīs sistēmas pilnveidošanai (plašāku informāciju sk. 119. punktā iekļautā **2. ieteikuma** a) un b) punktā).
- iii) Lai novērstu galvenos trūkumus Veselības programmas darbībā saistībā ar veselības apdraudējumu novēršanas pasākumiem, Palāta sniedz ieteikumus līdzfinansēto pasākumu rezultātu ilgtspējas uzlabošanai un attiecīgo darbības rezultātu vērtēšanas metodoloģijas pilnveidošanai (plašāku informāciju sk. 120. punktā iekļautā **3. ieteikuma** a)–c) punktā).
- iv) Lai novērstu nepilnības Komisijas iekšējā koordinācijā saistībā ar veselības drošības pasākumiem un sabiedrības veselības krīzes pārvarēšanu un lai uzlabotu koncepciju ārkārtējo darbību mehānismam veselības jomā, Palāta formulē konkrētus ieteikumus par strukturētāku pieeju to dienestu koordinēšanai, kuri īsteno veselības drošības pasākumus, esošo vienošanos piemērošanu praksē krīžu pārvaldības jomā un par konkrētiem uzlabojumiem ārkārtējo darbību mehānismam veselības jomā (plašāku informāciju sk. 121. punktā iekļautā **4. ieteikuma** a)–c) punktā).

Nopietni pārrobežu apdraudējumi veselībai

01

Iepriekšējās desmitgadēs vairāki notikumi, kas izraisījuši daudzus nāves gadījumus, tādi kā smaga akūta respiratorā sindroma (SARS) epidēmija 2003. gadā, H1N1 pandēmija 2009. gadā un *E. coli* infekcijas uzliesmojums 2011. gadā Vācijā, ir likuši pievērst pastiprinātu uzmanību veselības drošībai starptautiskā un ES līmenī. Pavisam nesam līdz šim visļauņākais Ebolas vīrusa uzliesmojums Rietumāfrikā būtiski ietekmēja veselības aprūpes un citas nozares ne tikai slimības skartajos reģionos, bet arī visās pasaules valstīs, kur ieradās ceļotāji un pacienti no šiem reģioniem. Infekcijas uzliesmojums skaidri parādīja, ar kādām problēmām nākas saskarties, ja ārkārtas situācija sabiedrības veselības jomā iegūst nozīmīgus apmērus un ja tai ir pārrobežu raksturs (sk. **1. izcēlumu**).

1. izcēlums

Ebolas vīrusa uzliesmojums 2014.–2016. gadā

2014. gada martā Gvineja paziņoja Pasaules veselības organizācijai par Ebolas vīrusa uzliesmojumu. 2014. gada 8. augustā saistībā ar šīs slimības uzliesmojumu Rietumāfrikā PVO ģenerāldirektors izsludināja starptautiska mēroga ārkārtas situāciju sabiedrības veselības jomā (sk. aprakstu **I pielikumā**). Slimība plosījās trijās valstīs (Gvinejā, Sjerraleonē un Libērijā) un bija ļaunākā līdz šim pieredzētā epidēmija: tika konstatēti potenciāli vairāk nekā 28 000 saslimšanas gadījumu un 11 000 nāves gadījumu², tostarp saistībā ar simptiem veselības aprūpes darbinieku.

Epidēmija izraisīja sabiedrības veselības, humāno un sociālekonomisko krīzi, kas atstāja bezprecedenta ietekmi uz slimības skartajām valstīm³. Pasākumi tās novēršanai radīja problēmas daudzām nozarēm un tālu pārsniedza sabiedrības veselības un veselības aprūpes jomas, un tajos iesaistījās daudzi dalībnieki. Citas septiņas valstis (tostarp Itālija, Spānija un Apvienotā Karaliste) vēlāk paziņoja par gadījumiem, kad Ebolas vīruss tika ievests⁴. Tie galvenokārt attiecās uz veselības aprūpes vai palīdzības darbiniekiem, kas atgriezās savā valstī vai tika uz turieni evakuēti pēc inficēšanās. Šādu ārvalstu darbinieku, tostarp eiropiešu, atrašanās epidēmijas skartajos reģionos radīja papildu problēmas, īpaši saistībā ar medicīniskās evakuēšanas organizēšanu un veselības aprūpes infrastruktūru sagatavotības nodrošināšanu Ebolas vīrusa slimnieku ārstēšanai Eiropas valstīs. Lēmumu par starptautiska mēroga ārkārtas situāciju sabiedrības veselības jomā saistībā ar Ebolas vīrusu PVO ģenerāldirektors atcēla 2016. gada 29. martā.

2 PVO 2016. gada 30. marta ziņojums par stāvokli saistībā ar Ebolas vīrusu.

3 Padomes secinājumi par sabiedrības veselības jomā gūto mācību pēc ebolas uzliesmojuma Rietumāfrikā – Veselības drošība Eiropas Savienībā (2015/C 421/04), 17.12.2015.

4 PVO 2016. gada 30. marta ziņojums par stāvokli saistībā ar Ebolas vīrusu.

02

Nopietns veselības pārrobežu apdraudējums ir dzīvībai bīstams vai citādi nopietns bioloģiskas, ķīmiskas, ekoloģiskas vai nezināmas izcelsmes apdraudējums veselībai, kurš izplatās pāri dalībvalstu robežām un kura dēļ var būt nepieciešama koordinācija Savienības līmenī, lai nodrošinātu augstu cilvēka veselības aizsardzības līmeni⁵ (šādu apdraudējumu piemērus sk. **2. izcēlumā**). Līdztekus ar zaudējumiem cilvēkiem un izdevumiem saistībā ar veselības aprūpi nopietni sabiedrības veselības apdraudējumi var radīt ļoti nozīmīgas izmaksas tautsaimniecībai, īpaši tad, ja slimības uzliesmojums ieilgst, ja tas rada ceļošanas un tirdzniecības traucējumus un, iespējams, apgrūtina sabiedrības funkcionēšanu kopumā. Šādi apdraudējumi parasti rodas negaidīti un var ātri izvērsties par sarežģītu plaša mēroga ārkārtas situāciju. Veselības drošības politika un tās ietvaros veiktās darbības ir paredzētas, lai aizsargātu iedzīvotājus no šādiem apdraudējumiem un novērstu vai mazinātu to radīto spēcīgo ietekmi uz sabiedrību un tautsaimniecību⁶.

5 Lēmums Nr. 1082/2013/ES.

6 Sk. Lēmuma Nr. 1082/2013/EK īpaši 1.–3. apsvērumu.

2. izcēlums

Nopietnu veselības pārrobežu apdraudējumu piemēri

2010. gada oktobrī Ungārijā alumīnija oksīda rūpnīcā notika **smags ķīmisko vielu izraisīts negadījums**, kad no rezervuāra ar kodīgu šķidrumu izplūda šķidrie atkritumi. Tie applūdināja tuvējās apdzīvotās vietas, izraisot nāves gadījumus un ievainojumus, un daudziem cilvēkiem bija jāārstē ķīmiskie apdegumi. Kad toksiskie atkritumi sasniedza **Donavu**, valstis tās lejtecē izvērta ārkārtas reaģēšanas plānus. Ungārija arī vērsās pie ES civilās aizsardzības mehānisma ar lūgumu sniegt neatliekamu starptautisku palīdzību.

Kad 2011. gadā **uzliesmoja *E. coli* infekcija**, divu mēnešu laikā saslima 3910 cilvēki un 46 inficētie nomira. Tā rezultātā Vācijā bija pārpildītas intensīvās aprūpes nodaļas, pietrūka medicīnas aprīkojuma, laboratorijas darbos ārkārtīgas spriedzes apstākļos un zuda sabiedrības uzticība veselības aprūpes pasākumiem. Šai epidēmijai bija būtiska ietekme uz lauksaimniecības nozari Eiropas Savienībā. Ekonomikas dalībnieku zaudējumus lēsa simtiem miljonu EUR apmērā, un ES izveidoja kompensāciju un atbalsta shēmas⁷.

Uzraudzības dati liecina, ka **mikrobu rezistence** sagādā arvien lielākas sabiedrības veselības problēmas Eiropas slimnīcās un sabiedrībā, galvenokārt nepareizi lietotu antibiotiku dēļ⁸. Šīs rezistences dēļ ir apdraudēta arvien plašāka spektra baktēriju, parazītu, vīrusu un sēnišu izraisītu infekciju efektīva profilakse un ārstēšana⁹. Saskaņā ar PVO datiem mikrobu rezistence arvien nopietnāk **apdraud sabiedrības veselību pasaulē, un ir nepieciešamas darbības, kas aptver visus valdības sektorus un sabiedrības slāņus**, jo rodas jauni rezistences mehānismi, kuri izplatās visā pasaulē.

7 *Impact Assessment accompanying the document Decision of the European Parliament and of the Council on serious cross-border threats to health* [Ietekmes novērtējums, kas pievienots Eiropas Parlamenta un Padomes Lēmumam par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem], SEC(2011) 1519 galīgā redakcija, 8.12.2011.

8 Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra (ECDC) plašai sabiedrībai adresēta fakto lapa par mikrobu rezistenci (<http://ecdc.europa.eu>).

9 PVO fakto lapa nr. 194 par mikrobu rezistenci, atjaunināta 2015. gada aprīlī.

ES satvars nopietnu pārrobežu veselības apdraudējumu risināšanai

ES sabiedrības veselības stratēģija

03

Līgumā par Eiropas Savienības darbību (LESD) ir ietverti noteikumi saistībā ar veselību un cita starpā ir noteikts¹⁰, ka, nosakot un īstenojot visu Savienības politiku un darbības, ir jānodrošina augsts cilvēku veselības aizsardzības līmenis un ka Savienības rīcībai jāaptver nopietnu pārrobežu veselības apdraudējumu pārraudzība, laicīga brīdināšana par tiem un šo draudu apkarošana. Tajā ir arī precizēts, ka ES rīcība sabiedrības veselības jomā ir veidota tā, lai atbalstītu un papildinātu dalībvalstu rīcību; galvenā atbildība par veselības politiku gulstas uz dalībvalstīm¹¹. Tādējādi Komisijas loma veselības politikā lielākoties aprobežojas ar atbalsta sniegšanu un, ja vajadzīgs, papildu darbību veikšanu.

04

Viens no trim mērķiem, kas izvirzīti ES Veselības aizsardzības stratēģijā 2008.–2013.gadam¹², bija aizsargāt iedzīvotājus no veselības apdraudējumiem¹³. Saskaņā ar Komisijas 2011. gadā veikto veselības aizsardzības stratēģijas starpposma novērtējumu tās mērķi un principi bija saskaņoti ar stratēģiju "Eiropa 2020" un veicināja ar veselību saistīto mērķu iekļaušanu kā neatņemamu sastāvdaļu gudras un iekļaujošas izaugsmes mērķos. Tādējādi tā turpināja būt spēkā līdz 2020. gadam. Citas nozīmīgas Komisijas publikācijas par ES veselības drošību¹⁴ un plašākā nozīmē par iekšējo drošību¹⁵ atsaucās uz faktu, ka veselības apdraudējumi bieži vien rada pārrobežu problēmas, kurām ir starptautiska ietekme. Saskaņā ar minētajām stratēģijām dalībvalstis vienas pašas nevar efektīvi reaģēt uz šādiem apdraudējumiem, un tas ir pamatojums Savienības rīcībai šajā jomā.

Mehānismi un līdzekļi koordinācijai ES līmenī un starptautiskai sadarbībai

05

Veselības ministru padome jau 2001. gadā izveidoja neformālu Veselības drošības komiteju kā vienu no mehānismiem dalībvalstu rīcības koordinēšanai, kad jāreaģē uz problēmām saistībā ar veselības drošību. Tajā laikā ES galvenie tiesību akti iedzīvotāju aizsardzībai pret veselības apdraudējumiem attiecās uz infekcijas slimībām. Ar Lēmumu Nr. 2119/98/EK¹⁶ tika izveidots Kopienas epidemioloģiskās uzraudzības un infekcijas slimību kontroles tīkls, tostarp agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēma (EWRS). 2004. gadā tika izveidots Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs (ECDC) – neatkarīga Eiropas līmeņa aģentūra¹⁷. Tas sāka darbu 2005. gadā un pārņēma epidemioloģiskās uzraudzības tīkla, kā arī EWRS mitināšanu un koordinēšanu.

- 10 Sk. 168. panta 1. punktu Līgumā par Eiropas Savienības darbību.
- 11 Sk. arī 1. nodaļu Baltajā grāmatā "Kopā par veselību. ES stratēģiskā pieeja 2008.–2013. gadam", COM(2007) 630 galīgā redakcija, 23.12.2007.
- 12 COM(2007) 630 final.
- 13 Pārējie divi ir "veicināt labu veselību novecojošā Eiropā" un "atbalstīt dinamiskas veselības sistēmas un jauno tehnoloģiju".
- 14 "Veselības drošība Eiropas Savienībā un pasaulē", SEC(2009) 1622 galīgā redakcija, 23.11.2009.
- 15 ES iekšējās drošības stratēģija darbībā – pieci soļi pretim drošākai Eiropai, COM(2010) 673 galīgā redakcija, 22.10.2010.
- 16 Eiropas Parlamenta un Padomes 1998. gada 24. septembra Lēmums Nr. 2119/98/EK par epidemioloģiskās uzraudzības un infekcijas slimību kontroles tīkla izveidošanu Kopienā (OV L 268, 3.10.1998., 1. lpp.).
- 17 Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 21. aprīļa Regula (EK) Nr. 851/2004, ar ko izveido Eiropas Slimību profilakses un kontroles centru (ECDC izveides regula), 1. panta 1. punkts (OV L 142, 30.4.2004., 1. lpp.).

06

Starptautiskā līmenī Komisija sadarbojas ar Pasaules veselības drošības iniciatīvu (GHSI)¹⁸ un PVO. PVO koordinē 2005. gadā pieņemto Starptautisko veselības aizsardzības noteikumu ieviešanu (plašāku informāciju par tiem sk. **I pielikumā**); tas ir juridiski saistošs līgums, kas ir spēkā kopš 2007. gada un kas tika pieņemts apstākļos, kad pieauga starptautiski ceļojumi un tirdzniecība un kad radās vai atkārtojās slimību draudi starptautiskā mērogā, kā arī citi riski sabiedrības veselībai (sk. **1. tabulu**, kurā ir apkopoti galvenie veselības apdraudējumi kopš minēto noteikumu ieviešanas). Visas ES dalībvalstis ir SVAN līgumslēdzējas valstis, un to pienākums ir izstrādāt, nostiprināt un uzturēt galvenās spējas sabiedrības veselības uzraudzībai un reaģēšanai. Tās arī ziņo PVO par SVAN ieviešanu.

18 Šo G7 iniciatīvu 2001. gada novembrī ierosināja Kanāda, ES, Francija, Vācija, Itālija, Japāna, Meksika, Apvienotā Karaliste un Amerikas Savienotās Valstis. PVO darbojas kā Pasaules veselības drošības iniciatīvas eksperts padomdevējs, savukārt Komisija piedalās iniciatīvā kā ES pārstāve.

1. tabula

Ievērojamākie slimību uzliesmojumi kopš SVAN 2005 stāšanās spēkā

Gads	Galvenie slimību uzliesmojumi	Ietekme uz veselību	Vai PVO izsludināja starptautiskas nozīmes ārkārtas situāciju sabiedrības veselības jomā?
2009	H1N1 gripas pandēmija (jeb "cūku gripa")	18 449 nāves gadījumi vairāk nekā 214 valstīs, teritorijās vai kopienās (2010. gada 1. augusta dati).	2009. g. aprīlis
2012	Tuvo Austrumu respiratorā sindroma koronavīruss (MERS-CoV)	1769 apstiprināti gadījumi 27 dažādās valstīs un kopš 2012. gada septembra – 630 nāves gadījumi.	Neattiecas
2013	Cilvēku saslimšana ar putnu gripu H7N9	Mirstība – apmēram 25 % gadījumu. Iepriekšējos gados tika ziņots par putnu gripas H7 citu apakšgrupu gadījumiem daudzās valstīs.	Neattiecas
2014	Poliomiēlīta atkārtots uzliesmojums pēc tam, kad tas bija gandrīz izskausts	1988. gadā tika konstatēti 350 000 gadījumu 125 valstīs, 2015. gadā – 74 gadījumi divās valstīs.	2014. g. maijs
2014	Ebolas vīrusa uzliesmojums Reitumāfrikā	Apstiprinājās ziņas par vairāk nekā 28 000 saslimšanas gadījumu Gvinejā, Libērijā un Sjerraleonē un vairāk nekā 11 000 nāves gadījumu.	2014. g. augusts
2016	Zikas vīrusa uzliesmojums	Līdz 2016. gada jūnijam 61 valsts ir ziņojusi par inficēšanos ar odu pārnēsāto vīrusu.	2016. g. februāris

Avots: PVO faktu lapas un attiecīgajām slimībām veltītās tematiskās tīmekļa vietnes, 2016. gada jūlijs.

Lēmums Nr. 1082/2013 par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem

19 Lēmums Nr. 1082/2013/ES.

07

Lai koordinētu dalībvalstu rīcību saistībā ar veselības drošību Savienībā, tika pieņemts Lēmums Nr. 1082/2013/ES par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem¹⁹. Tas ievieš tādu jēdzienu kā visus apdraudējumus aptveroša pieeja (proti, līdzīgi kā SVAN) ES tiesību aktos un uzliek zināmus pienākumus dalībvalstīm un Komisijai attiecībā uz sadarbību un koordināciju konkrētās jomās (sk. **1. attēlu**).

1. attēls

Galvenās jomas, uz kurām attiecas Lēmums Nr. 1082/2013 par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem

Lēmums Nr. 1082/2013/ES
Nopietni pārrobežu apdraudējumi veselībai

Apdraudējumu izcelsme



Bioloģiska¹



Ķīmiska



Vide



Nezināma

ES līmenis Galvenās jomas Valsts līmenis



Komisija
Veselības un pārtikas nekaitīguma GD
Koordinācija un atbalsts
LESD 168. pants



ECDC 2004
Infekcijas slimības

Citas ES aģentūras / struktūras

- Sagatavotība
- Kopīgs iepirkums
- Uzraudzība/pārraudzība
- Agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēma
- Riska izvērtējums
- Reaģēšanas koordinēšana
- Ārkārtas situācijas izziņošana
- Veselības drošības komiteja
- Valsts struktūras



Dalībvalstis

Sabiedrības veselības aizsardzības iestāžu vispārējā kompetence

Veselības drošības komitejas dalībnieki
Par uzraudzību atbildīgā struktūra
Agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmas kontaktpunkts

¹ Bioloģisks apdraudējums var būt infekcijas slimības, mikrobu rezistence un īpaši veselības traucējumi, kā arī biotoksīni.

08

Lēmums ir virzīts uz to, lai ES labāk varētu novērst riskus, kas saistīti ar nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai. Jauninājumi, ko tas ievieša ES tiesību aktos, ietver Veselības drošības komitejas lomas formalizēšanu un pastiprināšanu, kā arī reaģēšanas koordinēšanas noteikumus; ES tiesiskā regulējuma attiecināšanu arī uz apdraudējumu, kas nav infekcijas slimības (konkrēti, ķīmiskais un vides apdraudējums un nezināmas izcelsmes apdraudējums, kā arī mikrobu rezistence un biotoksīni); apspriešanos par sagatavotības plānošanu un tās koordinēšanu un jaunu juridisko pamatu jau esošajai agrinās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmai un epidemioloģiskās uzraudzības tīklam.

09

Cits Lēmuma ieviests jauninājums ir medicīnisko pretlīdzekļu (piemēram, vakcīnu) kopējs iepirkums, ko var izmantot konkrētu medicīnisko pretlīdzekļu kopējam iepirkumam, ja ir noslēgts nolīgums par kopīgu iepirkuma procedūru²⁰. Lēmumā ir noteikts arī, ka Komisija var izsludināt ārkārtas situāciju Eiropas Savienībā (sk. **I pielikumu**).

Galvenās atbildīgās iestādes un pienākumu sadalījums ES satvara ieviešanā

10

Kā minēts šā ziņojuma 3. punktā, galvenā atbildība par veselības politiku gulstas uz dalībvalstīm. Turklāt Lēmumā par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ir noteikti vairāki konkrēti dalībvalstīm veicami pienākumi jomās, kas aprakstītas 7.–9. punktā, tostarp iecelt konkrētas struktūras un pārstāvjus ES līmeņa koordinācijas struktūrās. Komisija (īpaši Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts) ir atbildīga par ES Veselības aizsardzības stratēģijas un politikas konkrētu daļu īstenošanu un attīstību. Saskaņā ar Lēmumu tai cita starpā ir uzdots Veselības drošības komitejas sekretariāta un priekšsēdētāja biroja darbības nodrošināšana un ārkārtējo darbību mehānisma veselības jomā īstenošana. Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs uztur infekcijas slimību epidemioloģiskās uzraudzības tīklu un agrinās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmu (plašāku minēto pienākumu aprakstu sk. **II pielikumā**).

²⁰ Nolīgumu par kopīgu iepirkuma procedūru 2014. gada jūnijā sākotnēji noslēdza 15 dalībvalstis, un tas stājās spēkā 2014. gada 5. jūlijā. Līdz 2016. gada maijam to bija noslēgušas 24 ES dalībvalstis.

ES līdzfinansētās darbības sabiedrības veselības apdraudējumu jomā

ES veselības programmas

11

ES Veselības aizsardzības stratēģijā ir iekļautas daudzgadu veselības programmas. Otrā programma darbojās no 2008. līdz 2013. gadam²¹. Trešo programmu īsteno 2014.–2020. gadā²². Par veselības programmas pārvaldību lielā mērā ir atbildīga Patērētāju, veselības, lauksaimniecības un pārtikas izpildaģentūra (*Chafea*). Veselības programmas 2014.–2020. gadam 2. mērķis, uz kuru attiecas mūsu revīzija, ir saskaņots ar Lēmumā par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem noteiktajām darbībām un definīcijām. **2. tabulā** ir sniegts pārskats par attiecīgajiem mērķiem un izdevumiem vai budžetu.

- 21 To noteica ar Eiropas Parlamenta un Padomes 2007. gada 23. oktobra Lēmumu Nr. 1350/2007/EK, ar ko izveido otro Kopienas rīcības programmu veselības aizsardzības jomā (2008.–2013. gadam) (OV L 301, 20.11.2007., 3. lpp.).
- 22 To noteica ar Eiropas Parlamenta un Padomes 2014. gada 11. marta Regulu (ES) Nr. 282/2014, ar ko izveido trešo Savienības rīcības programmu veselības jomā (2014.–2020. gads) un atceļ Lēmumu Nr. 1350/2007/EK (OV L 86, 21.3.2014., 1. lpp.).

2. tabula

Veselības programmas mērķi, uz kuriem attiecas šī revīzija¹

	2. Veselības programma 2008.–2013. g.	3. Veselības programma 2014.–2020. g.
Kopējais budžets pamatdarbībām konkrētā periodā	247 miljoni EUR	405 miljoni EUR
Galveno mērķu skaits	3	4
Apakšdarbības/prioritātes	19	23
Uz šo revīziju attiecināmā sadaļa	1. Uzlabot iedzīvotāju veselības drošību. 1.1. Aizsargāt iedzīvotājus pret veselības apdraudējumiem.	2. Lai Savienības pilsoņus pasargātu no nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem – apzināt un izstrādāt saskaņotas pieejas un sekmēt to īstenošanu, lai nodrošinātu labāku sagatavotību un koordināciju ārkārtas situācijās veselības jomā.
Sadaļas izdevumi/budžets	32 miljoni EUR 1.1. rīcībai (aptuveni 13 %)	Aplēse 12 miljonu EUR apmērā saskaņā ar 2013. gada daudzgadu plānošanu 2014.–2016. gadam (aptuveni 3 %).

1 Attiecībā uz **2. tabulā** apkopotajiem skaitliskajiem datiem jānorāda, ka tos nevar pilnībā salīdzināt dažādos plānošanas periodos, jo tiem ir atšķirīgas apakšprioritātes un dažas veselības programmas darbības tika nodotas ECDC, kuram ir ievērojams gada budžets aptuveni 55 miljoni EUR apmērā.

Avots: ERP, pamatojoties uz Komisijas sniegto informāciju.

Cits ES finansējums veselības drošībai

12

Ar veselības drošību saistītām darbībām līdzekļus saņem arī no citiem ES finansējuma avotiem, īpaši no pētniecības pamatprogrammām (7. PP 2007.–2013. g. un pamatprogramma "Apvārsnis 2020" 2014.–2020. g.). Tematiskajās jomās "Veselība" un "Drošība" saskaņā ar Septītās pamatprogrammas Sadarbības programmu tika ieguldīti vairāk nekā 7 miljardi EUR²³. Par šīm tematiskajām jomām ir atbildīgi Pētniecības un inovācijas ģenerāldirektorāts un Migrācijas un iekšlietu ģenerāldirektorāts. Jaunā pamatprogramma "Apvārsnis 2020" pievēršas arī pētniecībai veselības un drošības jomās²⁴. Ir aplēsts²⁵, ka šīm darbības laukam no 2014. līdz 2020. gadam ES ieguldīs aptuveni 9,1 miljardu EUR. Attiecībā uz veselību tas ietver mērķi pastiprināt spēju uzraudzīt veselības aprūpi un spēju īstenot slimību profilaksi, atklāšanu, ārstēšanu un apiešanos ar tām. Saskaņā ar šīm programmām piešķirtās dotācija tādējādi var tieši attiecināt uz veselības drošības politiku un nopietnu pārrobežu veselības apdraudējumu risināšanu²⁶.

23 Sk. skaitliskos datus par 7. PP budžeta izpildi 2007.–2013. g.: https://ec.europa.eu/research/fp7/index_en.cfm?pg=budget

24 Saskaņā ar prioritātes "Sabiedrības problēmu risināšana" 1. mērķi "Veselība, demogrāfiskās pārmaiņas un labklājība" un 7. mērķi "Droša sabiedrība".

25 Sk. 2013. gada 25. novembra faktu lapu par pamatprogrammas "Apvārsnis 2020" budžetu.

26 Piemēram, projekti, kas attiecas uz Ēbolas vīrusu, mikrobu rezistenci, infekcijas slimībām, kā arī sagatavotību.

13

Noskot revīzijas tvērumu un mērķus, mēs izskatījām ES satvaru iedzīvotāju aizsardzībai no nopietniem veselības pārrobežu apdraudējumiem, kuru veido galvenokārt Lēmums Nr. 1082/2013 par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem, un ES resursus, kas darīti pieejami tā īstenošanai. Kopumā šis satvars iekļaujas ES Veselības aizsardzības stratēģijas plašākā kontekstā.

14

Revīzijā tika meklēta atbilde uz šādu galveno jautājumu:

Vai ES satvars iedzīvotāju aizsardzībai no nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai ir pienācīgi īstenots?

Saistībā ar šo galveno jautājumu mēs izskatījām vairākus apakšjautājumus:

- i) Vai ar Lēmumu ieviestie jauninājumi ir efektīvi īstenoti?
- ii) Vai esošās sistēmas, kas paredzētas agrīnai brīdināšanai un reaģēšanai un epidemioloģiskai uzraudzībai, ir pienācīgi pārvaldītas un īstenotas?
- iii) Vai ES veselības programmas sniedz efektīvu ieguldījumu iedzīvotāju aizsardzībai no apdraudējumiem veselībai?
- iv) Vai Komisijas iekšējā koordinācija veselības drošības finansēšanas un sabiedrības veselības krīzes pārvarēšanas jomā ir pienācīga?

15

Revīzijas tvērums ir rūpīgi pieskaņots dažādajām jomām, kas iztirzātas Lēmumā par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem (sk. arī **1. attēlu**). 1. apakšjautājums attiecas uz jauninājumiem, ko ES tiesību aktos ieviesa ar Lēmumu (piemēram, sagatavotības plānošanas koordinēšana, kopīgais iepirkums un Veselības drošības komitejas lomas pastiprināšana, sk. 7.–9. punktu), un 2. apakšjautājums – uz sistēmām, kas bija izveidotas jau iepriekš (piemēram, epidemioloģiskā uzraudzība un agrīnā brīdināšana un reaģēšana).

16

Revīzijas tvērumā tika iekļauts arī novērtējums par to, kā tiek pārvaldīti ES resursi, kas darīti pieejami, lai veicinātu iedzīvotāju aizsardzību no veselības apdraudējumiem. Saistībā ar 3. apakšjautājumu mēs vērtējām attiecīgās Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāta un *Chafea* īstenotās darbības un projektus 2008.–2013. gada un zināmā mērā arī 2014.–2020. gada plānošanas periodā.

Revīzijas tvērums un pieeja

17

Meklējot atbildi uz 4. apakšjautājumu, mēs novērtējām vispārējos darbības rezultātus un koordinācijas pasākumus, īpaši Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD tās vienības līmenī, kura ir atbildīga par krīzes pārvarēšanu un sagatavotību veselības jomā, un attiecīgajās ECDC pamatfunkciju struktūrvienībās. Mēs arī pārbaudījām, kā Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD koordinē savu darbību ar citiem Komisijas dienestiem, īpaši saistībā ar pētniecības programmām, kas virzītas uz veselības drošības mērķiem, un ar krīzes pārvarēšanas struktūrām.

18

Palāta nav pilnvarota pārbaudīt, kā dalībvalstis īsteno PVO starptautiskos veselības aizsardzības noteikumus (SVAN), vai sagatavotības plānu vispārējo ieviešanu valstu līmenī. Tāpēc šie aspekti revīzijas tvērumā neietilpa. Tomēr revīzijas laikā tika izskatītas dažas SVAN koncepcijas. Revidējot krīzes pārvarēšanas struktūru koordināciju, revīzijas tvērumā netika iekļauts pilnīgs novērtējums par to, kā šīs struktūras darbojas vairākos ģenerāldirektorātos transversāli vai kā līdzdalībnieces ES veiktajiem pasākumiem, reaģējot uz Ebolas vīrusa uzliesmojumu²⁷.

19

ECDC un Komisijas līmenī (proti, Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD, un saistībā ar 3. un 4. apakšjautājumu informatīvos nolūkos mēs apmeklējām arī Migrācijas un iekšlietu ĢD, Pētniecības un inovācijas ĢD, Pētniecības izpildaģentūru un Eiropas Pētniecības padomes izpildaģentūru (ERCEA)) mēs izskatījām 1.–4. apakšjautājumu, ko apspriedām arī četrās dalībvalstīs, kuras apmeklējām informatīvos nolūkos²⁸. Papildus iztaujāšanai, ko veicām apmeklējumos uz vietas, informatīvos nolūkos mēs apmeklējām arī PVO Eiropas Reģionālo biroju, pārbaudījām dokumentus 20 darbībām Veselības programmas ietvaros²⁹ (to apskats sniegts **III pielikumā**) un desmit Septītās pētniecības pamatprogrammas projektu mērķus (sk. **III pielikumu**), izskatījām Komisijas sagatavotos progresa un ieviešanas ziņojumus, kā arī dokumentus, kas attiecas uz Veselības drošības komitejas darbību.

20

Revīzijas tvērumā iekļauto jomu īstenošanas un pārvaldības būtiskums un potenciālā ietekme jāvērtē galvenokārt atkarībā no potenciālajām izmaksām un sekām, kas rodas, ja pārrobežu apdraudējumus veselībai nerisina cik vien iespējams efektīvi. Ārkārtas situācijās parasti jābūt nekavējoties pieejamiem ievērojamiem (finanšu) resursiem, lai varētu veikt reaģēšanas pasākumus, un vēl jo vairāk tad, ja agrīnā reaģēšana notiek lēnāk vai mazāk efektīvi nekā nepieciešams. Turklāt šādas situācijas atstāj postošu ietekmi ne vien uz cilvēku veselību, bet tās var izplatīties uz daudzām tautsaimniecības nozarēm, kā aprakstīts šā ziņojuma 1. un 2. punktā. Tā kā nav iespējams paredzēt, kāda mēroga un veida ārkārtas situācijas sabiedrības veselības jomā ir gaidāmas nākotnē, nav iespējams arī iepriekš izteikt skaitļos to nodarītos postījumus un ietekmi.

- 27 Šajā kontekstā mēs atsaucamies uz citu lietderības revīziju, ko Palāta veica saistībā ar to, kā Komisija pārvaldīja krīzi ārlietu jomā, un tajā bija iekļauta arī Ebolas vīrusa izraisītās krīzes gadījuma izpēte.
- 28 Informatīvos nolūkos mēs apmeklējām Igauniju, Itāliju, Nīderlandi un Apvienoto Karalisti. Šīs valstis atlasījām, ņemot vērā ģeogrāfisko izplatību un tādus riska faktorus kā ceļojumi, tirdzniecība un ārējās robežas.
- 29 Tās veido aptuveni 56 % (jeb 18 miljonus EUR) no finansējuma veselības apdraudējumu novēršanai saskaņā ar 2. Veselības programmu. Mēs apmeklējām uz vietas arī septiņu projektu galvenos koordinatorus.

Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ievieša vairākus jauninājumus ES veselības drošības jomā, taču to īstenošanu un izstrādi nelabvēlīgi ietekmēja kavējumi, un joprojām pastāv stratēģiskās un darbības problēmas

21

Mēs pārbaudījām, vai jauninājumi, ko ierosināja ar Lēmumu par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem, kā aprakstīts šā ziņojuma 7.–9. punktā un **1. attēlā**, tika efektīvi ieviesti. Mēs konstatējām, ka kopumā šo jauninājumu īstenošanu un izstrādi nelabvēlīgi ietekmēja kavējumi, un joprojām pastāv stratēģiskās un darbības problēmas. Turpmākajos punktos mēs iztirzāsim sagatavotības plānošanas koordinēšanas un apspriešanās par to nepietiekami skaidros rezultātus un trūkumus šo darbību rezultātu vērtēšanā. Mēs ziņosim arī par ECDC lomu vispārējā sagatavotībā, kura nav pietiekami formalizēta, lēno progresu medicīnisko pretlīdzekļu kopējā iepirkuma jomā un to, ka Lēmuma par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ietvaros nav izstrādāts ES līmeņa mehānisms, lai apmierinātu neatliekamas vajadzības pēc medicīniskiem pretlīdzekļiem. Visbeidzot, mēs darīsim zināmas arī darbības un stratēģiskās problēmas, ar kurām saskaras Veselības drošības komiteja, un grūtības saistībā ar reaģēšanas noteikumu koordinēšanu.

Sagatavotības plānošanas koordinēšanas un apspriešanās par to rezultāti nav pietiekami skaidri redzami

22

Dalībvalstis un Komisija savstarpēji apspriežas Veselības drošības komitejā, lai koordinētu savus centienus izveidot, nostiprināt un saglabāt spēju pārraudzīt nopietnus pārrobežu veselības apdraudējumus, agrīni brīdināt par tiem, tos izvērtēt un uz tiem reaģēt³⁰. Šo apspriežu mērķis ir paraugprakses un pieredzes apmaiņa attiecībā uz sagatavotības un reaģēšanas plānošanu, valsts sagatavotības plānošanas savstarpējās izmantojamības veicināšana un dažādu nozaru (piemēram, veselības aizsardzības, civilās aizsardzības, transporta, robežkontroles) sadarbības jautājumu risināšana sagatavotības un reaģēšanas plānošanai Savienības līmenī. Tās arī sniedz atbalstu pamatspējas prasību īstenošanai attiecībā uz uzraudzību un reaģēšanu saskaņā ar starptautiskajiem veselības aizsardzības noteikumiem (sk. **1 pielikumu**).

23

Dalībvalstis līdz 2014. gada 7. novembrim un pēc tam ik pēc trīs gadiem sniedz Komisijai atjaunotu informāciju par savas valsts sagatavotības un reaģēšanas plānošanas aktuālo stāvokli attiecībā uz galvenajām iepriekš minētajām jomām. Informācijas sniegšanai dalībvalstis izmanto Komisijas apstiprinātas veidnes, lai nodrošinātu tās salīdzināmību un atbilstību mērķiem.

30 Lēmums Nr. 1082/2013/ES, 4. pants.

24

Komisija, apspriedusies ar dalībvalstīm, veidnes informācijas sniegšanai par sagatavotību apstiprināja 2014. gada jūlijā – tikai četrus mēnešus pirms termiņa, kad dalībvalstis iesniedz atbildes uz aptaujas jautājumiem, Eholas vīrusa izraisītās krīzes laikā. Deviņas ES dalībvalstis aizpildīja elektronisko aptauju noteiktajā laikā. Vēl 17 dalībvalstis atbildes iesniedza novēloti, lielākā daļa – 2015. gadā, pēc tam, kad bija saņēmušas vairākus Komisija atgādinājumus. Komisija sadarbojās ar ECDC un PVO Eiropas Reģionālo biroju, lai, balstoties uz dalībvalstu atbildēm, apkopotu informāciju progresa ziņojumā par sagatavotības un reaģēšanas plānošanu, un šis dokuments tika iesniegts Veselības drošības komitejai 2015. gada jūnijā un novembrī. Lai gan atbildes bija saņemtas ar kavēšanos, ar šo ziņojumu sākās prasītā informācijas apmaiņa par sagatavotības un reaģēšanas plānošanu.

25

Tomēr lielākā daļa šajā ziņojumā iekļautās informācijas, atskaitot ģeogrāfijas kartes, kas ņemtas no PVO ziņojumiem³¹, ir anonīma un sniegta apkopojumā. Tāpēc Veselības drošības komitejas dalībniekiem nekļūst skaidrs, kura valsts sniegusi konkrētu informāciju, ieteikusi uzlabojumus vai paraugpraksi vai minējusi piemērus, un nav iespējama efektīva un pārredzama viedokļu apmaiņa, lai gan Komitejai un ziņojumam ir konfidenciāls raksturs. Ne Lēmumā par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem, ne aptaujas veidnē dalībvalstīm nebija izteikta prasība iesniegt apliecinājošus pierādījumus, piemēram, īstenošanas vai rīcības plānus, valstī izmantotās rokasgrāmatas vai aktualizētus sagatavotības plānus.

26

Tiesību akti Komisijai nesniedz pilnvaras vākt vai pārbaudīt šādu informāciju, piemēram, dalībvalstu apmeklējumu laikā. Progresa ziņojumā iekļautā informācija par attiecīgajiem sagatavotības aspektiem balstās vienīgi dalībvalstu pašnovērtējumā un neietver nekādus apliecinājošus pierādījumus. Lai gan tas nenozīmē, ka šī informācija ir neprecīza, tomēr ziņojumā konstatētās stiprās un vājās puses, kas bijuši pakļauti ārējai pārbaudei vai caurskatīšanai. Šāda caurskatīšana un lielāka pārredzamība – kaut arī tās nav paredzētas tiesību aktos – uzlabotu paļāvības līmeni attiecībā uz sagatavotību nopietnu veselības pārrobežu apdraudējumu gadījumā (sk. **3. izcēlumu**, kurā minēti trūkumi pašnovērtējumā par SVAN ieviešanu) un ļautu mērķtiecīgāk virzīt darbības trūkumu novēršanai.

31 *Summary of State Parties 2013 report on IHR core capacity implementation, Regional Profiles* [Kopsavilkums par līgumslēdzēju valstu 2013. gada ziņojumu par starptautiskajos veselības aizsardzības noteikumos definēto pamatspēju ieviešanu; reģionālie profili], PVO, 2014., http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2014.10/en/

Starptautisko organizāciju jaunākās atzinas saistībā ar sagatavotību: trūkumi pašnovērtējumā par starptautisko veselības aizsardzības noteikumu ieviešanu

PVO un tās ekspertu grupas ir norādījušas uz trūkumiem, kas piemīt pašnovērtējumam par starptautiskajos veselības aizsardzības noteikumos noteikto pamatspēju ieviešanu. 2015. gada jūlijā Ebolas starpposma izvērtēšanas grupa paziņoja, ka nav pieņemami, ja minētajos noteikumos definēto pamatspēju mērīšanai ir prasīts vienīgi brīvprātīgs pašnovērtējums. Tā atsaucās uz centieniem gan Pasaules Veselības organizācijā, gan ar tādu iniciatīvu starpniecību kā Globālā veselības drošības programma (sk. **I pielikumu**, kurā aprakstītas citas iniciatīvas, kas nodarbojas ar sagatavotības plānošanas kāpināšanu un pārredzamības palielināšanu) **veicināt novērtēšanas tīklus, ārejo pārraudzību un pārredzamību attiecībā uz pamatspējām** un uzsvēra, ka reģionālas politiskas struktūras, tādas kā **Eiropas Savienība, šo darbu var atbalstīt**.

Pasaules Veselības asamblejas 69. sanāksmē (2016. gada 23.–28. maijā) tika izskatīts Pārskatīšanas komitejas sagatavotais ziņojums par SVAN lomu saistībā ar Ebolas vīrusa uzliesmojumu un reaģēšanu uz to, un tajā bija pausti līdzīgi secinājumi. Pārskatīšanas komiteja norādīja, ka tas, ka nebija ieviesti starptautiskie veselības aizsardzības noteikumi, veicināja Ebolas vīrusa uzliesmojuma strauju izplatīšanos. Komiteja ierosināja vairākas pieejas SVAN ieviešanas pastiprināšanai, tostarp **valsts pamatspēju āreju novērtējumu** noteikt kā paraugpraksi.

27

Dažām dalībvalstīm, lai gan tās bija iesaistījušās veidnes izstrādāšanā, radās grūtības, atbildot uz aptauju par sagatavotību, tāpēc tām bija daži iebildumi par progresa ziņojumā ietvertajiem konstatējumiem. Turklāt tehniskajā īstenošanā – tiešsaistes aptaujā – bija trūkumi, kas ierobežoja datu kvalitāti atbildēs uz dažiem jautājumiem. Daļēji tas skaidrojams ar to, ka Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts neiesaistīja Eiropas Slimību profilakses un kontroles centru pietiekami agri tiešsaistes aptaujas rīka IT sagatavošanas posmā.

28

Attiecībā uz iespējamiem ES kritērijiem sagatavotības un reaģēšanas plānošanai Komisija 2011. gada ietekmes novērtējumā³² papildus pamatkritērijiem, kas noteikti Lēmumā³³, minēja, ka ir pieejamas izsmeļošas vadlīnijas par vispārējās sagatavotības plānošanu³⁴ attiecībā uz visu veidu apdraudējumiem veselībai un ka nav mehānisma to ieviešanai visās dalībvalstīs. Mēs atklājām, ka šīm vadlīnijām nav piešķirts nekāds konkrēts statuss satvarā, kas attiecas uz Lēmumu par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem, un ka informētība par vadlīniju saturu kopumā ir zema, kaut gan Komisija un dažas dalībvalstis ir ieguldījušas ne mazumu pūļu, lai izveidotu visaptverošu un atjauninātu 2011. gada vadlīniju versiju, un kaut gan Komisijas tīmekļa vietnē ir pieejami tulkojumi. Ja dalībvalstis neizmanto vadlīnijas vai tās neatjaunina, ievērojami resursi potenciāli ir ieguldīti veltīgi.

32 SEC(2011) 1519 galīgā redakcija, 8.12.2011., 17. lpp.

33 Lēmums Nr. 1082/2013/ES, 4. pants.

34 Vispārējās sagatavotības plānošanas stratēģija, Tehniskās vadlīnijas par vispārējās sagatavotības plānošanu sabiedrības veselības ārkārtas situācijām (atjauninātas 2011. g.).

29

Mēs konstatējam, ka dalībvalstu un Komisijas apspriešanās par sagatavotības un reaģēšanas plānošanu kopumā ir uzsākta, kā noteikts. Tomēr procedūras būtiskas informācijas iegūšanai un apmaiņai ar to nolūkā labāk koordinēt centienus sagatavotības jomā vēl nav pietiekami stabilas un līdz šim nav devušas skaidri saskatāmus rezultātus.

Sagatavotības koordinēšanas darbības rezultātu mērīšana bija vāja

30

Komisijai jānovērtē Savienības politiku un programmu efektivitāte. Tas attiecas arī uz ES politikas mērķiem, kas definēti Lēmumā par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem, īpaši uz pūliņiem, kuri ieguldīti saskaņā ar Lēmuma 4. pantu par minēto sagatavotības un reaģēšanas plānošanu. Tāpēc ciešā sadarbībā ar dalībvalstīm ir jāformulē SMART³⁵ kritērijiem atbilstoši mērķi un rādītāji un jāizstrādā metodoloģija panāktās virzības skaidrai mērīšanai un novērtēšanai. Savukārt dalībvalstīm ir jāparāda, kādu virzību tās ir panākušas.

31

Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāta mērķi veselības aizsardzības jomā pašreizējā plānošanas periodā (2014.–2020. g.) ietver konkrētu mērķi, kas attiecas uz iedzīvotāju aizsardzību pret nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai, proti, apzināt un izstrādāt saskaņotas pieejas un sekmēt to īstenošanu, lai nodrošinātu labāku sagatavotību un koordināciju ārkārtas situācijās veselības jomā. Attiecīgais īpašais rezultātu rādītājs ir: "to dalībvalstu skaits, kuras savu sagatavotības plānu izstrādē integrē kopējas pieejas (...)".³⁶

32

Saistībā ar šo konkrēto mērķi un rādītāju Komisija savos vadības plānos 2014. un 2015. gadam izvirzīja mērķi panākt, lai līdz 2015. gadam četras dalībvalstis savu sagatavotības plānu izstrādē integrē sagatavotās kopējas pieejas, līdz 2017. gadam – 14 dalībvalstis un līdz 2020. gadam – visas dalībvalstis. Tomēr šis mērķis un rādītājs šādā formulējumā nav iekļauti Lēmumā, un tas nozīmē, ka dalībvalstīm tie nav saistoši. Nav sniegti arī kritēriji, kas jāizmanto, lai sagatavotības plānu izstrādē noteiktu kopējas pieejas, kuras saskaņā ar izvirzīto mērķi vēl būtu jāapzina un jāizstrādā. Mēs konstatējam, ka laikā, kad Komisija noteica rādītāju mērķlielumus, tā nebija šo kopēju pieeju koncepciju turpmāk pilnveidojusi saskaņā ar dalībvalstīm un nebija arī skaidras un saskaņotas pieejas progresu vērtēšanai.

35 Konkrēti, izmērāmi, sasniedzami, atbilstīgi un ar konkrētiem termiņiem.

36 Tāds pats mērķis un rādītājs ir minēts arī Regulas (ES) Nr. 282/2014 2. un 3. pantā, lai vērtētu ar šo mērķi saistīto izdevumu rezultātus.

33

Komisija 2016. gada sākumā precizēja metodoloģiju progresa vērtēšanai attiecībā pret konkrēto rādītāju un lūdza, lai ECDC padziļināti analizētu datus, kas saņemti no dalībvalstīm. Tā prasīja, lai ECDC nosaka, cik dalībvalstis ir ieviesušas SVAN pamatspēju elementus, sadarbības kārtību starp nozarēm un darbības turpināšanas plānus. ECDC secināja, ka 16 dalībvalstis ir paziņojušas par šo elementu ieviešanu un ka tādējādi rādītājs 2015. gadam ir lielāks nekā mērķlielums (t. i., 14 valstis līdz 2017. gadam). Tomēr, kā minēts 32. punktā, mēs nevarējām apstiprināt, ka par šo metodoloģiju būtu notikusi apspriešanās ar Veselības drošības komiteju un ka Komiteja tai būtu piekritusi.

34

Tāpēc mēs nevarējām secināt, kāda ir paziņotā progresa nozīme darbības rezultātu izteiksmē un vai dalībvalstis ir vienprātis ar mērķu, rādītāju un mērķlielumu visām definīcijām un koncepcijām. Tas ir īpaši svarīgi tāpēc, ka sagatavotības un reaģēšanas plānošanas efektīva koordinēšana saistībā ar nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai lielā mērā ir atkarīga no dalībvalstīm³⁷ un ieinteresētajām personām ir kopīgi jāstrādā, lai sasniegtu vienus un tos pašus mērķus.

Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra (ECDC) loma vispārējā sagatavotībā nav pietiekami formalizēta

35

ECDC ir pilnvarots palīdzēt dalībvalstīm un Komisijai īstenot sagatavotības darbības. Tradicionāli Centra pienākumi attiecās uz slimību profilaksi un kontroli, un tie nav oficiāli atjaunināti kopš tā izveides, lai gan veselības drošības jomā ir notikušas svarīgas pārmaiņas, īpaši kopš SVAN stāšanās spēkā un kopš ir pieņemts Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem. Tāpēc mēs pārbaudījām, vai attiecībā uz Komisiju un ECDC, kā arī uz ECDC darba rezultātos ieinteresētajām personām ir skaidri noteikts, cik lielā mērā ECDC var sniegt specializētas zināšanas vispārējās sagatavotības jomā un kā tam vajadzētu plānot savu darbību un resursus šajā nolūkā.

36

ECDC izveides regulā ir noteikts, ka tas sniedz zinātnisku un tehnisku specializētu informāciju dalībvalstīm, Komisijai un citām Kopienas aģentūrām, lai izstrādātu, regulāri pārskatītu un atjauninātu sagatavotības plānus un arī lai atbilstoši savai kompetencei izstrādātu intervences stratēģijas (t. i., aizsardzību pret infekcijas slimībām un nezināmas izcelsmes apdraudējumu). Lēmumā par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ir uzskaitīti konkrēti uzdevumi, kas Centram jāveic epidemioloģiskās uzraudzības un agrīnas brīdināšanas un reaģēšanas jomā, taču nekas nav minēts par palīdzību sagatavotības plānošanā.

37 Tas atzīts Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektāta 2015. gada darbības pārskatā, kurā ziņots par progresu saistībā ar šo konkrēto mērķi un rādītāju.

37

Pēc tam, kad tika pieņemts Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem, ECDC strādāja pie jauniem uzdevumiem³⁸, īpaši vispārējās sagatavotības jomā, saistībā ar nepieciešamību izveidot Eiropas Savienībai visu apdraudējumu pieeju. Mēs konstatējam, ka ECDC loma un pienākumi saistībā ar vispārējo sagatavotību tomēr nav formāli noteikti un apstiprināti ne kā attiecīgo tiesību aktu atjauninājumi, ne, piemēram, kā rakstiska vienošanās starp Komisiju un ECDC, kurai būtu piekritušas ECDC darba rezultātos ieinteresētās personas. Ja nav pietiekami skaidri definēta ECDC loma šajās darbībās un nav arī skaidrs, kā tās saskan ar Centra galveno uzdevumu, Centrs, iespējams, nevarēs pienācīgi sagatavoties šādu uzdevumu veikšanai ilgtermiņā un efektīvi reaģēt, ja saņems lūgumus sniegt palīdzību. Šādas situācijas izraisīts risks jau realizējās saistībā ar kopīgu darbu, ko ECDC un PVO ieguldīja, strādājot pie "Norādījumiem plānu pārskatīšanai pandēmiskas gripas gadījumā", kā izklāstīts turpmāk.

38

Pēc gripas pandēmijas 2009. gadā viens no Padomes galvenajiem ieteikumiem bija pieņemt vadlīnijas sagatavotības plānu izveidē³⁹. Eiropas valstis sāka pārskatīt savus plānus pandēmijas gadījumā, pamatojoties uz gūtajām atziņām. ECDC un PVO Eiropas Reģionālais birojs ieguldīja ievērojamas pūles, lai sagatavotu darbseminārus un caurskatītu paveikto. Abas struktūras 2012. gadā publicēja kopēju dokumentu, kurā uzskaitīja šā darba iznākumus⁴⁰. Pēc tam tās strādāja pie "Norādījumiem plānu pārskatīšanai pandēmiskas gripas gadījumā"⁴¹. Norādījumu projektu izsūtīja visām 53 PVO Eiropas Reģionālā biroja valstīm, un to pilnveidoja dažādu valstu un organizāciju eksperti, kas specializējušies pasākumu plānošanā, lai sagatavotos pandēmijām.

39

Tomēr Komisija 2014. gada martā uz laiku apturēja ECDC norādījumu publicēšanu, jo šaubījās, vai Centrs ir pilnvarots nepastarpināti sniegt šāda veida norādījumus dalībvalstīm, un secināja, ka sagatavotības jautājumu apspriešana ietilpst Veselības drošības komitejas kompetencē un pilnvarās. Revīzijas laikā (divus gadus vēlāk) nebija ziņu par norādījumu apspriešanas grafiku Komitejā (vai tās darba grupā, kas nodarbojas ar sagatavotības jautājumiem) un to publicēšanu. Šo norādījumu nepublicēšana un nepopularizēšana būtu zaudējums šā dokumenta sagatavošanā ieguldīto resursu un darba ziņā, un tas nozīmē, ka ES un PVO Eiropas Reģionālā biroja dalībvalstis tam nevar piekļūt, lai gan valstis bija veltījušas pūles, lai atjauninātu sagatavotības plānus pandēmijas gadījumā.

- 38 Viens no šādiem uzdevumiem bija palīdzība, ko ECDC sniedza Komisijai, apkopojot dalībvalstu atsūtītos datus saskaņā ar 4. pantu Lēmumā Nr. 1082/2013/ES un nosūtot tos Veselības drošības komitejai.
- 39 Padomes secinājumi par pandēmiju (*H1N1*) 2009. gadā – stratēģiska pieeja, 11. punkta 2. apakšpunkts.
- 40 Galvenās izmaiņas PVO Eiropas Reģionālā biroja dalībvalstu plānos pandēmijas gadījumā, pamatojoties uz gūtajām atziņām 2009. gada pandēmijas laikā, PVO Eiropas Reģionālais birojs un ECDC, 2012. g.
- 41 Norādījumi plānu pārskatīšanai pandēmiskas gripas gadījumā, 2009. gada *H1N1* pandēmijas laikā gūtās pieredzes izmantošana: norādījumi PVO Eiropas Reģionālā biroja, Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīm, 2014. gada projekts.

Dalībvalstu nepietiekamā atsaucība, kad bija jāpaātrina pandēmiskās gripas vakcīnas kopējais iepirkums, un Lēmuma par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ietvaros izveidota ES līmeņa mehānisma trūkums neatliekamam vajadzību risināšanai medicīnisko pretlīdzekļu jomā

40

Pēc 2009. gadā piedzīvotās *H1N1* gripas pandēmijas izraisītās krīzes Padome⁴² aicināja Komisiju cik vien iespējams drīz, bet ne vēlāk kā 2010. gada decembrī, izstrādāt mehānismu vakcīnu un pretvīrusa zāļu kopējam iepirkumam un ziņot par to. Jau 2011. gadā Komisija aicināja dalībvalstis iesniegt vajadzību analīzi saistībā ar kopējā iepirkuma procedūru. Tomēr tikai 2013. gadā, kad bija pieņemts Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem, tika radīts ES juridiskais pamats medicīnisko pretlīdzekļu kopīgam iepirkumam. Komisija pieņēma nolīgumu par kopīgu iepirkuma procedūru 2014. gada 10. aprīlī. Valstis, kuras ir parakstījušas šo nolīgumu, var piedalīties īpašā medicīnisko pretlīdzekļu kopīga iepirkuma procedūrā, kurā jāiesaistās vismaz četrām dalībvalstīm.

41

Komisija 2016. gada februārī sekmīgi pabeidza un publicēja specifikācijas individuālo aizsardzības līdzekļu kopīgam iepirkumam, ko sāka pēc Ebolas vīrusa izraisītās krīzes. Papildus tika uzsāktas arī vairākas citas specifiskas kopīga iepirkuma procedūras. Tomēr pandēmiskās gripas vakcīnas kopīgas iepirkuma procedūras sagatavošana, ko Padome sākotnēji ierosināja 2010. gadā, joprojām turpinās. Komisija izsūtīja vairākus pieprasījumus, taču līdz 2016. gada aprīlim tikai piecas dalībvalstis bija iesniegušas vajadzību novērtējumu. Turpmāka virzība ir atkarīga no dalībvalstu atsaucības šādās procedūrās. Gada darbības pārskatā par 2014. un 2015. gadu Komisija ziņoja, ka mērķlielumi pandēmiskās gripas vakcīnas kopīgam iepirkumam netika sasniegti.

42

Ārkārtas instrumentam, ko izmanto, lai risinātu neatliekamas vajadzības pēc medicīniskiem pretlīdzekļiem, jābūt vienkāršākam un jādarbojas ātrāk un elastīgāk, nekā tas paredzēts nolīgumā par kopīgu iepirkuma procedūru. Pēc tam, kad 2015. gadā Spānijā tika konstatēta saslimšana ar difteriju un kad ārstējošā slimnīca pūlējās sagādāt antitoksīnu Eiropā⁴³, Veselības drošības komiteja un Komisija nolēma meklēt potenciālus risinājumus, ja nākotnē būs jāstopas ar šādiem gadījumiem. Veselības drošības komiteja uzdeva savai darba grupai, kas nodarbojas ar sagatavotības jautājumiem, izstrādāt standarta operāciju procedūras ātrai un saskaņotai ES rīcībai šādos ārkārtas gadījumos. Komisija 2016. gada janvārī aicināja dalībvalstis norīkot pārstāvjus darbam šajā grupā, lai būtu iespējams dalīties pieredzē saistībā ar medicīniskajiem pretlīdzekļiem. Tomēr revīzijas laikā mēs nevarējām iegūt pierādījumus par to, ka būtu notikusi vienošanās par šādu procedūru vai ka būtu sācies konkrēts darbs (sk. arī 46. un 47. punktu).

42 Padomes 2010. gada 13. septembra secinājumi "Kas jāmācās no *A/H1N1* pandēmijas – Veselības drošība Eiropas Savienībā".

43 Sk. ECDC sagatavoto sākotnējo riska izvērtējumu "Difterijas gadījums Spānijā" (15.6.2015.): "Pēdējo gandrīz 30 gadu laikā konstatēta pirmā difterijas gadījuma noteikšana, ārstēšana un sabiedrības veselības aizsardzības iestāžu atbilde uz to izcēla problēmas saistībā ar sagatavotību difterijas izplatības gadījumā Eiropas Savienībā."

43

Kopumā, saistībā ar kopējā iepirkuma kārtības ieviešanu mēs konstatējām, ka pandēmiskās gripas vakcīnas kopīgā iepirkuma rīkošana, ko sāka pēc *H1N1* pandēmijas 2009. gadā, līdz mūsu veiktajai revīzijai bija virzījusies uz priekšu lēnām tāpēc, ka dalībvalstu atsaucība bija zema, turklāt nav ES līmeņa mehānisma, kuru varētu izmantot, kad jārisina neatliekamas vajadzības pēc medicīniskajiem pretpasākumiem, un tas potenciāli samazina ES sagatavotību pandēmiskas gripas gadījumā.

Oficiāli apstiprinātās Veselības drošības komitejas stratēģiskās un darbības problēmas

44

Ar Lēmumu par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem tiek izveidota Veselības drošības komiteja, kuras sastāvā ir dalībvalstu pārstāvji un kuras priekšsēdētājs ir Komisijas pārstāvis (tās pienākumu un atbildības jomu plašāku aprakstu sk. **II pielikumā**).

45

Visas dalībvalstis Komitejā norīkoja savus pārstāvjus. Plenārsēdes notika vienu reizi 2014. gadā un trīs reizes 2015. gadā, un tika sarīkotas ļoti daudzas audiokonferences, īpaši saistībā ar Ebolas vīrusa izraisītās krīzes attīstību (sk. **4. izcēlumu**).

4. izcēlums

Veselības drošības komiteja un Ebolas vīrusa uzliesmojums

Ebolas vīrusu Komitejā sāka apspriest 2014. gada martā – pēc tam, kad par tā uzliesmojumu Gvineja bija paziņojusi PVO un kad ECDC bija sagatavojusi sākotnējo riska izvērtējumu. Saskaņā ar šo sākotnējo izvērtējumu slimības pārvešanas risks uz ES bija zems, taču pasākumu veikšana Eiropas Savienībā būtu pamatota dažu situāciju dēļ, piemēram, tūristu atgriešanās no Gvinejas, kur tie bija apmeklējuši piederīgos vai draugus, vai tādu personu griešanās pēc medicīniskas palīdzības Eiropas Savienībā, kuras ir bijušas pakļautas slimības izraisītāja iedarbībai.

PVO 2014. gada 8. augustā izsludināja starptautiska mēroga ārkārtas situāciju sabiedrības veselības jomā saistībā ar Ebolas vīrusu. Nedēļu iepriekš Komisija bija sasaukusi Veselības drošības komitejas audiokonferenci sakarā ar strauju stāvokļa pasliktināšanos slimības skartajās valstīs. Tajā piedalījās daudzu Komisijas dienestu, ECDC, PVO un dalībvalstu pārstāvji. Audiokonferences mērķis bija apmainīties ar informāciju un saskaņot darbības saistībā ar jau veiktajiem un plānotajiem pasākumiem, noteikt papildu darbības sagatavotības stiprināšanai, kā arī apsvērt palīdzību slimības piemeklētajām valstīm. Tika apspriestas arī tajā reģionā strādājošo ES/EEZ iedzīvotāju medicīniskās evakuācijas iespējas. Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts ar ECDC palīdzību izstrādāja aptaujas anketu par sagatavotību Ebolas vīrusa gadījumā (lai iegūtu pārskatu par laboratoriju kapacitāti, slimnīcu aprīkojumu šīs slimības ārstēšanai, piemērotu transportu), ko izsūtīja dalībvalstīm, un lielākā daļa uz to atbildēja. Pēc tam, kad PVO bija izsludinājusi starptautiska mēroga ārkārtas situāciju, Ebolas vīrusam veltītās Veselības drošības komitejas sanāksmes notika ievērojami biežāk (līdz 2015. gada janvārim – gandrīz ik nedēļu). Pamatdarbības jautājumi, tādi kā kopīgas iepirkuma procedūras un darba grupas, Komitejas darba kārtībā parādījās tikai 2015. gada februārī.

46

Mūsu veiktās revīzijas laikā bija izstrādāti darba uzdevumi četrām Veselības drošības komitejas darba grupām: pastāvīgajai grupai sagatavotības jautājumos, pastāvīgajam saziņas koordinātoru tīklam, *ad hoc* darba grupai nesē ieceljušo migrantu un infekcijas slimību jautājumos un *ad hoc* darba grupai mikrobu rezistences apkarošanas jautājumos (sk. **2. izcēlumu**). Tomēr Veselības drošības komitejas pastāvīgais saziņas koordinātoru tīkls un darba grupa sagatavotības jautājumos bija izveidotas tikai formāli. Saskaņā ar to darba uzdevumiem šīm darba grupām bija jā sagatavo gada darbības plāns, tostarp novērtēšanā izmantojami rezultātu rādītāji, kas jā iesniedz Veselības drošības komitejai apstiprināšanai, lai nodrošinātu strukturētu darbu ar šiem jautājumiem. Mēs konstatējām, ka revīzijas beigās (2016. gada martā) Komitejai nebija iesniegti gada darbības plāni ar darba uzdevumā prasītajiem rezultātu rādītājiem. Tas nozīmē, ka šo grupu darbs netika veikts saskaņā ar darba uzdevumu un ka to darbības rezultāti nav pienācīgi novērtēti.

47

Dalība Veselības drošības komitejas darba grupās ir brīvprātīga. Revīzijas beigās visas dalībvalstis bija norīkojušas pārstāvju saziņas koordinātoru tīklā. Komisija bija izsūtījusi arī lūgumu iecelt dalībniekus sagatavotības darba grupā (sk. arī 42. punktu), taču līdz 2016. gada martam to izdarīja tikai deviņas dalībvalstis. Daudzu dalībvalstu iesaistīšanās ir svarīga, lai darba grupu iegūtos rezultātus vēlāk atbalstītu un virzītu Veselības drošības komiteja.

48

Mēs konstatējām, ka laikā, kad Veselības drošības komiteja vēl nebija oficiāli izveidota un balstījās uz Padomes sagatavotajiem darba uzdevumiem (proti, līdz 2013. gadam), tā bija izstrādājusi gan darbības programmas ar ikgadējiem mērķiem un ziņoja par tiem, gan dokumentētus rīcības plānus līdz ar progresu ziņojumiem. Saskaņā ar Lēmumu par nopietniem pārobežu veselības apdraudējumiem pašreizējās Veselības drošības komitejas statuss un pilnvaras atšķiras. Tomēr ne Komitejas dokumentos, ne Komisijā mēs neatradām pierādījumus tam, ka Komiteja pašlaik darbojas, pamatojoties uz apstiprinātu stratēģisku plānu vai atjauninātu ceļvedi, kurā būtu noteikti būtiski ilgtermiņa stratēģiski jautājumi. Revīzijas laikā dalībvalstu pārstāvji arī pauda zināmas bažas par Veselības drošības komitejas audiokonferencēm, kurās, viņuprāt, pārāk daudz laika tiek veltīts diskusijām par tehniskiem, nevis stratēģiskiem jautājumiem.

49

Kopumā Veselības drošības komitejas darbs, īpaši saistībā ar Ebolas vīrusa izraisīto krīzi, ir bijis ļoti svarīgs un ir ierosinājis sadarbības mehānismu attīstību, piemēram, laboratoriju izmantošanā un medicīniskā evakuācijā, un šos mehānismus var saglabāt vai atkal iedarbināt, ja rodas krīzes nākotnē⁴⁴. Veselības drošības komiteja kļuva par galveno platformu, kur Komisijas attiecīgo dienestu un dalībvalstu pārstāvji varēja apvienot spēkus un sākt dalīties ar informāciju, tostarp ar PVO. Tas jo vairāk apliecina Komitejas sevišķo nozīmi un svarīgumu, un to atzina arī Padome savos secinājumos par gūto pieredzi attiecībā uz sabiedrības veselību saistībā ar Ebolas vīrusa epidēmiju Rietumāfrikā⁴⁵.

50

Tomēr mūsu iegūtie pierādījumi liecina arī par to, ka tad, kad PVO izsludināja starptautiska mēroga ārkārtas situāciju sabiedrības veselības jomā saistībā ar Ebolas vīrusu, kas ilga apmēram sešus mēnešus, Veselības drošības komitejas darbs un audiokonferences lielākoties bija veltītas atbildei uz Ebolas vīrusa uzliesmojumu, kurš radīja nelielu veselības apdraudējumu ES⁴⁶. Tāpēc citas Komitejas darbības saistībā ar stratēģisko attīstību un Lēmuma par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem izveidotā satvara īstenošanu tajā laikā neguva prioritāti.

51

Pēdējos gados ir bijuši daudzi tādu nopietnu slimību uzliesmojumi kā Tuvo Austrumu respiratorais sindroms (*MERS*), Korona vīruss, Ebolas vīruss un Zikas vīruss, un stratēģiskā plānošana Veselības drošības komitejā nenotika; tas zināmā mērā paskaidro to, kāpēc Komitejas sanāksmes bieži vien vairāk pievērsās nevis stratēģiskiem, bet tehniskiem un ar krīzes pārvarēšanu saistītiem jautājumiem. Turklāt mēs konstatējam, ka darba grupas, kurām būtu bijis jāveic tehnisks darbs vai jāpalīdz Komitejai to veikt, virzījās uz priekšu lēni.

52

Pati Komisija arī var vēl labāk apkopot būtisko informāciju vai ziņojumus par darbībām, ko veic citi šajā jomā iesaistītie Komisijas dienesti un aģentūras vai kas šajā kontekstā veiktas saskaņā ar programmām (sk. arī 96.–102. punktu). Šo faktoru kopums norāda uz to, ka Veselības drošības komitejas stratēģisko darbību iespējams kāpināt. Tas ir svarīgi, jo Komitejai tagad ir stabilas pilnvaras, īpaši attiecībā uz dalībvalstu sagatavotības un reaģēšanas plānošanas koordinēšanu sadarbībā ar Komisiju (sk. 44. punktu), un tāpēc tā var nodrošināt ES pēc iespējas augstāku aizsardzības līmeni pret veselības apdraudējumiem.

44 Neskarot revīzijas konstatējumus, ko Palāta varētu formulēt par krīzes pārvarēšanas struktūrām pēc lietderības revīzijas, kuru vēl nav pabeigusi III apakšpalāta un kura pievērsās arī ES atbildei uz Ebolas vīrusa uzliesmojumu.

45 Padomes secinājumi par sabiedrības veselības jomā gūto mācību pēc ebolas uzliesmojuma Rietumāfrikā – Veselības drošība Eiropas Savienībā (2015/C 421/04), 17.12.2015.

46 Sk. ECDC sagatavoto sākotnējo riska izvērtējumu "Ebolas vīrusu slimības uzliesmojums Rietumāfrikā", 4. atjauninājums, 3.9.2014., kurā paziņots, ka Ebolas vīrusa izplatīšanās risks no pacienta, kas ieradās ES plānotas medicīniskas evakuācijas rezultātā, ir uzskatāms par ārkārtīgi zemu.

Reaģēšanas koordinēšanas noteikumu piemērošana praksē rada grūtības

53

Lēmumā par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ir noteikts, ka dalībvalstis ir atbildīgas par sabiedrības veselības krīžu pārvaldību valsts līmenī, taču atsevišķu dalībvalstu veiktie pasākumi var kaitēt citu dalībvalstu interesēm, ja pasākumi nav savstarpēji saskaņoti vai ja tie balstās uz atšķirīgiem riska izvērtējumiem. Tāpēc dalībvalstis, pirms tās gatavojas pieņemt sabiedrības veselības pasākumus nopietna pārrobežu veselības apdraudējuma apkarošanai, informē⁴⁷ citas dalībvalstis un Komisiju un apspriežas ar tām par šiem pasākumiem. Ja nepieciešamība aizsargāt sabiedrības veselību ir tik steidzama, ka šie pasākumi ir jāpieņem nekavējoties, dalībvalstis var informēt pārējās dalībvalstis un Komisiju pēc šo pasākumu pieņemšanas.

54

Ebolas vīrusa uzliesmojuma laikā gūtā pieredze liecina, ka prasība informēt citas dalībvalstis (proti, ar Veselības drošības komitejas starpniecību) pirms pasākumu pieņemšanas valsts līmenī rada grūtības. Dažas dalībvalstis nolēma atkāpties no ECDC un PVO veiktajiem riska izvērtējumiem un ieviesa iecerotāju skrīningu lidostās, kurās ieradās lidmašīnu reisi no Rietumāfrikas. Turpmākajos riska izvērtējumos ECDC un PVO atkārtoja ieteikumu nenoteikt iecerotāju skrīningu un norādīja uz izmaksām, kas ar to saistītas, zemajiem rezultātiem un faktu, ka slimības skartajās valstīs darbojas efektīvs skrīnings pirms izceļošanas no tām⁴⁸. Komisija uzaiņināja ES dalībvalstu veselības ministrus uz augsta līmeņa koordinācijas sanāksmi par Ebolas vīrusu slimības jautājumiem, kura notika 2014. gada 16. oktobrī un kuras laikā tika apspriesti arī iespējamie iecerotāju skrīninga pasākumi uz ES robežām. Viens no šīs sanāksmes iznākumiem bija Komisijai un PVO uzticētais uzdevums organizēt revīziju pirms izceļošanas veiktajam Ebolas vīrusa skrīningam slimības skartajās Rietumāfrikas valstīs. Revīzija ļāva secināt, ka skrīnings pirms izbraukšanas tiek labi īstenots un ka ar izstrādāto procedūru palīdzību, visticamāk, ir iespējams noteikt personas ar Ebolas vīrusa pazīmēm un simptomiem.

55

Komisija 2015. gada īstenošanas ziņojumā⁴⁹ tāpēc norādīja, ka svarīgākais secinājums saistībā ar Ebolas vīrusa uzliesmojumu attiecas uz vajadzību uzlabot to noteikumu ieviešanu, kuri liek dalībvalstīm koordinēt savus reaģēšanas pasākumus. Ja pienācīga apmaiņa ar informāciju par sabiedrības veselības pasākumiem, ko dalībvalstis plāno ieviest vai jau ir ieviesušas, nenotiek agrīnā posmā, tas var ietekmēt citas dalībvalstis. Kā piemēru var minēt pārbaužu dublēšanos un to personu meklēšanu, kuras jau ir pārbaudītas, tām pirmo reizi šķērsojot ES robežu, papildu darbu un resursus, kas jāiegulda citām dalībvalstīm, vai pastiprinātu mediju spiedienu uz valsts veselības aizsardzības iestādēm, kurām lūdz paskaidrojumus par to, kāpēc dažas dalībvalstis ievēro PVO un ECDC zinātniskos ieteikumus, bet dažas – ne.

47 Saskaņā ar 11. pantu Lēmumā Nr. 1082/2013/ES.

48 ECDC sākotnējais riska izvērtējums "Ebolas vīrusu slimības uzliesmojums Rietumāfrikā", 4. atjauninājums, 3.9.2014., vai ECDC tehniskais ziņojums "Ebolas vīrusa infekcijas novēršanas un kontroles pasākumi – skrīnings pēc iebraukšanas un pirms izbraukšanas", 12.10.2014.

49 Ziņojums par Lēmuma Nr. 1082/2013/ES īstenošanu, COM(2015) 617 final, 7.12.2015.

Esošo agrīnās brīdināšana un reaģēšanas, kā arī epidemioloģiskās uzraudzības sistēmu un procedūru svarīgā lomā ir vispārātzīta, tomēr tām nepieciešama zināma modernizācija

56

Mēs pārbaudījām, vai esošās agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas, kā arī epidemioloģiskās uzraudzības sistēmas, kam juridisko pamatu veido Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem (sk. arī **1. attēlu**), tiek pienācīgi pārvaldītas un īstenotas. Mēs konstatējām, ka kopumā šīs sistēmas darbojas jau daudzus gadus un ka ieinteresētās personas ir plaši atzinušas to nozīmi ES līmenī, taču procedūrām un sistēmām ir vajadzīgi daži atjauninājumi. Turpmākajos punktos mēs izklāstīsim vajadzību vēl vairāk pastiprināt *EWRS* un to sasaistīt ar citām brīdināšanas sistēmām, kā arī norādīsim uz to, ka atjauninātā ES līmeņa pieeja agrīnai brīdināšanai un reaģēšanai nopietnu ķīmisku un vides apdraudējumu gadījumā vēl nav pārbaudīta. Visbeidzot, ir jāpilnveido ES epidemioloģiskās uzraudzības sistēma, lai optimizētu datu salīdzināmību un kvalitāti.

***EWRS* tiek plaši lietota un ir ieguvusi vispārēju atzinību, taču tā ir jāpastiprina, tostarp attiecībā uz sasaisti ar citām brīdināšanas sistēmām**

57

Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem veido juridisko pamatu agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmai, kad Savienības līmenī ir jāizziņo brīdinājumi par nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai. Šī sistēma nodrošina pastāvīgu saziņu starp Komisiju un dalībvalstu kompetentajām iestādēm, kuras valsts līmenī ir atbildīgas par brīdināšanu, nolūkā veikt sabiedrības veselības risku izvērtēšanu un to pasākumu noteikšanu, kas var būt nepieciešami sabiedrības veselības aizsardzībai. Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs atbalsta Komisiju un tai palīdz, izmantojot *EWRS* un kopā ar dalībvalstīm nodrošinot spēju saskaņoti reaģēt. Tas analizē ar šīs sistēmas starpniecību saņemto ziņojumu saturu un sniedz informāciju, speciālās zināšanas, konsultācijas un riska izvērtējumu.

58

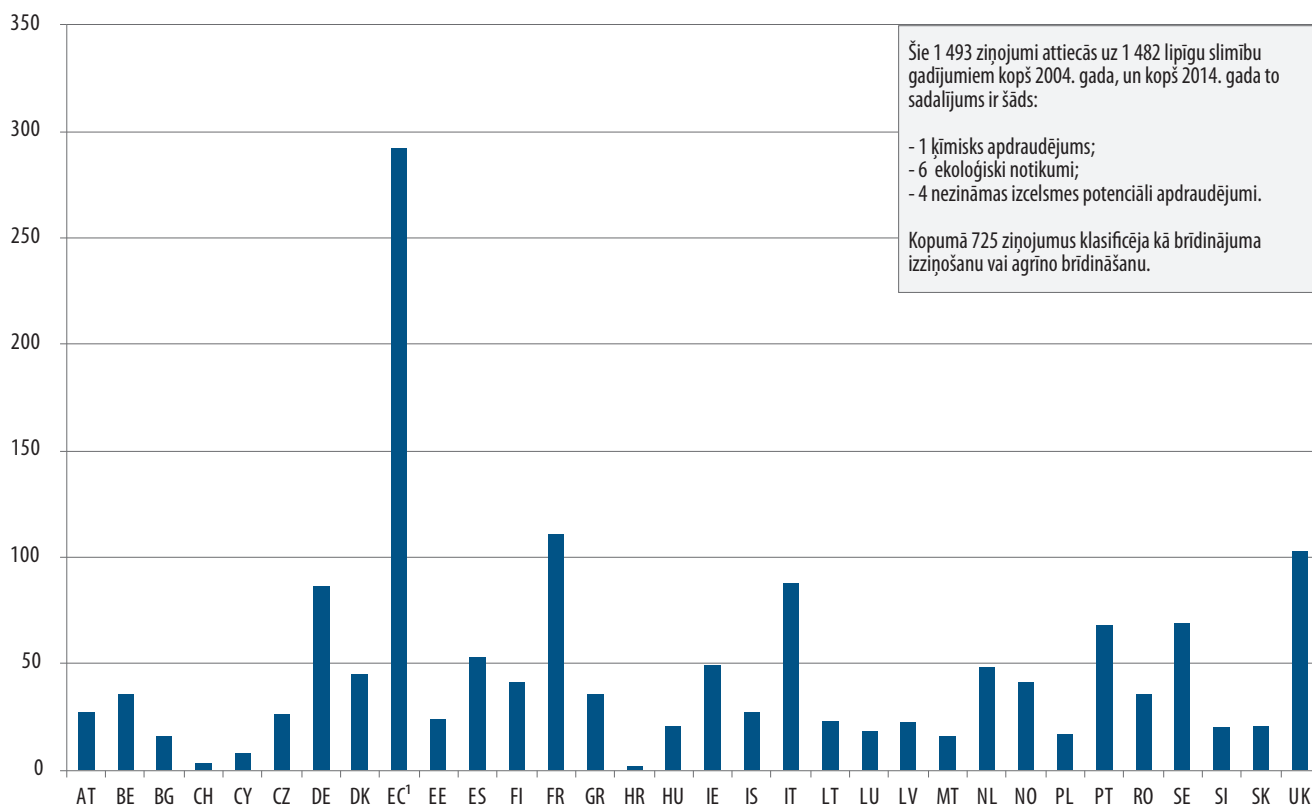
Komisija un Centrs attiecīgi rīkojas arī, lai nodrošinātu *EWRS* efektīvu savienojumu ar citām Kopienas brīdināšanas sistēmām (piemēram, saistībā ar dzīvnieku veselību, pārtikas produktiem un lopbarību, kā arī civilo aizsardzību). Pamatojoties uz šiem standartiem, mēs veicām vispārēju novērtējumu par to, vai agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēma darbojas pienācīgi un vai tā tiek pienācīgi pārvaldīta.

59

Pēc Lēmuma pieņemšanas EWRS pārveidoja, lai tajā iekļautu vairākas izmaiņas, piemēram, tajā ietvēra jaunus datu laukus par tādiem apdraudējuma veidiem, kas nav infekcijas slimības, un trauksmes izziņošanas definīcijas. Mēs konstatējām, ka šo sistēmu plaši izmanto dalībvalstu atbildīgās iestādes un Komisija. Kopš 2004. gada dalībvalstis un Komisija šajā sistēmā ir ievadījušas 1493 ziņojumus (sk. **2. attēlu**). Lai gan laika gaitā sistēma ir atjaunināta un modernizēta, mēs tomēr konstatējām, ka tai ir objektīvi ierobežojumi, jo sistēmas koncepcija ir novecojusi un nav iespējams integrēt jaunākos IT rīkus, pieslēgumu sociālajiem medijiem vai nodrošināt pilnīgu savietojamību ar mobilajām ierīcēm.

2. attēls

Agrinās brīdināšanas sistēmā ievadītie ziņojumi (2004.–2015. g.)



Šie 1 493 ziņojumi attiecās uz 1 482 lipīgu slimību gadījumiem kopš 2004. gada, un kopš 2014. gada to sadalījums ir šāds:

- 1 ķīmisks apdraudējums;
- 6 ekoloģiski notikumi;
- 4 nezināmas izcelsmes potenciāli apdraudējumi.

Kopumā 725 ziņojumus klasificēja kā brīdinājuma izziņošanu vai agrīno brīdināšanu.

1 EK – Eiropas Komisija.

Avots: ERP, balstoties uz agrinās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmas datiem, ko tai 2015. gada oktobrī sniedza ECDC.

Revīzijas apsvērumi

60

Jaunākajā ECDC ārēja novērtētāja sagatavotajā ziņojumā⁵⁰ par 2008.–2012. gadu EWRS tehniskā koncepcija un lietošanas ērtums tika novērtēti visumā pozitīvi, taču norādīts arī uz to, ka sistēmas darbības rezultāti krīzes laikā bija vāji un ka iepriekšējos gados sistēma ātri kļuva pārslogota, un ir iespējams to pārskatīt, lai to varētu labāk izmantot ārkārtas situācijās veselības jomā.

61

Pašlaik ES līmenī nav īpašas platformas situācijas apzināšanai vai cita rīka, kas ļautu reālā laikā gūt pārskatu par pasākumiem, ko sabiedrības veselības jomā veic dalībvalstis, lai risinātu nopietnus pārrobežu apdraudējumus veselībai. Šim nolūkam izmanto vai nu EWRS, vai e-pastu, piemēram, Veselības drošības komitejas dalībnieku un Komisijas saziņai. Šādas funkcijas ir iespējams izstrādāt, piemēram, vai nu izveidojot īpašu rīku, vai esošās EWRS uzlabotajā versijā integrējot šādu funkciju.

62

EWRS komiteja pastāvēja līdz 2012. gadam. Tā nodarbojās ar veselības krīžu tehniskajiem aspektiem, savukārt neformālā Veselības drošības komiteja tajā laikā vairāk pievērsās stratēģiskiem jautājumiem⁵¹. Mūsu konstatējumi liecina par to, ka joprojām ir jāveic šāds tehnisks sagatavošanās darbs pašreizējā satvarā (sk. arī 51. punktu par Veselības drošības komiteju). Mūsu revīzijas laikā (2016. gada martā) Komisija un ECDC apsprieda veidus, kā izveidot grupu, kas pārskatītu sabiedrības veselības riska izvērtējumus un apsvērtu politikas virzienu sniegtās iespējas. Šādas grupas izveides nepieciešamību noteica vajadzība atslogot Veselības drošības komiteju, taču nekādi praktiski pasākumi netika ne ierosināti, ne apstiprināti.

63

Revīzijas laikā nebija EWRS lietotāju grupas vai līdzīgas struktūras, kuras uzdevums būtu palīdzēt sistēmas izmantotājiem un atvieglot viņu darbu saistībā ar sistēmas funkcionālajiem un procedūras aspektiem un potenciāli – saistībā ar lūgumiem tajā ieviest izmaiņas vai to modernizēt, kā arī nodrošināt apmācību. Tomēr līdzīgas darbības notika EWRS komitejā līdz 2012. gadam, un dalībvalstu pārstāvji atzina, ka ir nepieciešams regulāri apspriest šos jautājumus.

50 Otrās neatkarīgais ECDC novērtējums saskaņā ar tā izveides regulu (Regula (EK) Nr. 851/2004), galīgais ziņojums, 8.10.2014.

51 Lielākajā daļā gadījumu dalībvalsts pārstāvis Veselības drošības komitejā un agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmas kontaktpunktā nav viena un tā pati persona. Galvenā atšķirība: kā pārstāvjus Komitejā norīko augstākā līmeņa par politiku atbildīgos Veselības ministriju darbiniekus, bet EWRS kontaktpunktā – augstākā līmeņa tehniskos darbiniekus no dalībvalstu sabiedrības veselības aģentūrām, lai gan iespējams arī citāds sadalījums.

64

Komisija 2015. gada Īstenošanas ziņojumā⁵² norādīja, ka tā apsver turpmāku sistēmas modernizēšanu, kas vidējā termiņā ļaus izstrādāt lietotājiem ērtākas funkcijas, tikai vispirms ar ieinteresētajām personām un ECDC ir jāvienojas par priekšlikumu pilnībā pārveidot (t. i., modernizēt) agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmas IT rīku. Tomēr revīzijas laikā mums neizdevās iegūt nekādus konkrētus pierādījumus par Komisijas panākto virzību šajā aspektā.

65

Jau 2011. gadā Komisija⁵³ noteica tās ES līmeņa aģentūras un agrīnās brīdināšanas sistēmas⁵⁴, ko jāsasaista ar EWRS. Sarakstā tika iekļauti komentāri par katru brīdināšanas sistēmu, kuri pamato, kāpēc agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmas izziņotie brīdinājumi ir ar tām jāsasaista. Komisija noteica sasniedzamos mērķus un trūkumus, kas jānovērš, lai panāktu šo sasaisti. Mēs pārbaudījām, kāds ir progress kopš 2011. gada, un konstatējām, ka revīzijas laikā (2016. gada martā) joprojām bija virkne brīdināšanas un informācijas sistēmu⁵⁵, kas pakāpeniski jāsasaista ar EWRS.

66

Brīdināšanas sistēmu sasaiste ir svarīga, jo dažādās ES brīdināšanas sistēmas (piemēram, *Europhyt*, kas attiecas uz augu veselību, vai *RAPEX* – uz bīstamiem nepārtikas produktiem) pārvalda dažādi Komisijas dienesti un tām var būt atšķirīgi kontaktpunkti dalībvalstīs, tāpēc ir būtiski izveidot pienācīgus saziņas kanālus valstu un ES līmenī.

67

Komisija uzskata⁵⁶, ka sasaistes darbību (procedurālā un tehniskā aspektā) pilnīga pabeigšana nebūs iespējama, kamēr nebūs skaidrāk noteikts agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmas IT rīka “pilnīgas pārveides” apjoms un ietekme, kā izklāstīts iepriekšējos punktos. Kamēr tas nav īstenots, ir jāizstrādā efektīvas procedūras, lai izvairītos no darbību pārklāšanās vai dublēšanās un lai varētu efektīvi un agri reaģēt uz brīdinājumiem par dažādiem apdraudējumiem.

52 COM(2015) 617 final.

53 “Sagatavotības un reaģēšanas struktūra pārrobežu veselības apdraudējumu gadījumos”, dokuments pievienots ietekmes novērtējumam SEC(2011) 1519 galīgā redakcija.

54 Piemēram, brīdināšanas sistēmas attiecībā uz bīstamiem nepārtikas produktiem, dzīvnieku veselību un pārtikas nekaitīgumu.

55 Pielikums Īstenošanas akta projektam saskaņā ar 8. pantu Lēmumā Nr. 1082/2013/ES, kas revīzijas laikā vēl nebija pieņemts.

56 COM(2015) 617 final.

68

Mēs konstatējam, ka kopumā *EWRS* darbojas jau daudzus gadus un ka ieinteresētās personas, tostarp revīzijas laikā aptaujātie sistēmas lietotāji, ir plaši atzinušas tās lielo nozīmi ES līmenī. Tomēr Komisija un *ECDC* līdz šim vēl nav sākuši vērtēt ņemamus pasākumus, lai vēl vairāk pastiprinātu šo sistēmu un izstrādātu integrētus risinājumus situācijas apzināšanai un starpgadījumu novēršanai, kad rodas nopietni pārrobežu apdraudējumi veselībai. Turklāt vēl nav pabeigta sasaiste procedurālā vai tehniskā aspektā ar citām agrinās brīdināšanas sistēmām Savienības līmenī.

Atjauninātā ES līmeņa pieeja agrīnai brīdināšanai un reaģēšanai nopietnu ķīmisku un vides apdraudējumu gadījumā vēl nav pārbaudīta

69

Ja tiek izziņots brīdinājums saskaņā ar noteikumiem, kas definēti Lēmumā par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem, Komisija ar *EWRS* palīdzību sniedz dalībvalstu kompetentajām iestādēm un Veselības drošības komitejai riska izvērtējumu par to, cik nopietns ir sabiedrības veselības apdraudējums, un par veicamajiem sabiedrības veselības aizsardzības pasākumiem⁵⁷. *ECDC* sagatavo šādu riska izvērtējumu, ja apdraudējums attiecas uz infekcijas slimību, mikrobu rezistenci vai saistītiem īpašiem veselības traucējumiem vai nezināmas izcelsmes apdraudējumu. Ja nepieciešams, Komisija var lūgt, lai Eiropas Pārtikas nekaitīguma iestāde un Savienības citas aģentūras sagatavo riska izvērtējumu. Ja vajadzīgais riska izvērtējums pilnībā vai daļēji pārsniedz Savienības aģentūru pilnvaras un tas tiek uzskatīts par nepieciešamu Savienības līmeņa reaģēšanas koordinācijai, Komisija sniedz *ad hoc* riska izvērtējumu. Mēs pārbaudījām, kā šie noteikumi darbotos praksē.

70

Ķīmisku un vides apdraudējumu gadījumā Lēmums piešķir Komisijai pilnīgu rīcības brīvību sagādāt sākotnēju riska izvērtējumu no jebkura piemērota avota. Revīzijas laikā sākotnēji riska izvērtējumi saistībā ar ķīmisku apdraudējumu tika iegūti no ES līdzfinansēta projekta. Projekta ietvaros tika izstrādāta visaptveroša rīkkopa šādu apdraudējumu risināšanai, taču 2016. gada martā projekts beidzās. Lai pēc šī termiņa izpildītu savas juridiskās saistības attiecībā uz sākotnējā riska izvērtējuma sniegšanu šādu apdraudējumu gadījumos, Komisija izstrādāja standarta operāciju procedūru kopā ar savu Zinātnisko komiteju⁵⁸, kura pārņēma dažus, bet ne visus projekta tiešos rezultātus, kas vajadzīgi šīs funkcijas nodrošināšanai.

57 Lēmums Nr. 1082/2013/ES, 10. pants "Sabiedrības veselības riska izvērtējums".

58 Izstrādājot politiku un priekšlikumus patērētāju drošības, sabiedrības veselības un vides jomā, Komisija izmanto neatkarīgas zinātniskās komitejas, kuras tai sniedz pamatotas zinātniskas konsultācijas. Zinātniskās komitejas var piesaistīt papildu ekspertus no zinātnisko konsultantu vidus un var izmantot ekspertu datubāzes. Viena no trim 2009. gadā izveidotajām komitejām bija Veselības un vides apdraudējuma zinātniskā komiteja (*SCHER*). 2016. gadā to aizstāja jaunā *SCHEER* komiteja.

71

Nopietni pārrobežu ķīmiski incidenti parasti nenotiek bieži, taču to rakstura dēļ var rasties nepieciešamība pēc sākotnēja riska izvērtējuma ļoti īsā laikā, 12–36 stundās, turklāt ārpus parastā darba laika. Zinātniskā komiteja līdz šim nav sniegusi zinātniskas konsultācijas šādā režīmā.

72

Minētā projekta ietvaros veiktā praktiskā nodarbība 2016. gadā vēl vairāk izcēla izstrādātās rīkkopas komponentu pievienoto vērtību gadījumos, kad jārisina ķīmisks apdraudējums. Tas parādīja, ka tad, kad būs nokomplektēta zinātniskās komitejas darba grupa sākotnējā riska izvērtējuma sniegšanai ķīmiska apdraudējuma gadījumā (ekspertiem adresēts uzaicinājums noslēdzās 2016. gada 9. maijā), visticamāk, būs jāiegulda daudz pūļu mācībās un praktiskās nodarbībās, līdz šis mehānisms varēs efektīvi sniegt sākotnējus riska izvērtējumus prasītajā kvalitātē un termiņos. Turklāt mēs atklājām, ka Komisija patiešām ir pārņēmusi projekta ietvaros izstrādāto un mitināto IT rīku⁵⁹ potenciālu nopietnu ķīmisku incidentu pārraudzībai pirms to paziņošanas agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmā. Tomēr mūsu veiktās revīzijas laikā tikai 14 dalībvalstis bija reģistrējušas savus lietotājus, un tas nozīmē, ka ziņošanai par šādiem apdraudējumiem nav pilnīga un saskaņota aptvēruma visā ES. Komisija nesniedza skaidrus pierādījumus par to, kā šo platformu uzturēs un nodrošinās tās darbību vai kā tiks organizētas mācības un sekmēta tās izmantošana.

73

Standarta operāciju procedūrās, kuras attiecas uz sākotnējo riska izvērtējumu, ko sniedz zinātniskā komiteja, ir minēti tikai ķīmiski incidenti, bet ne vides apdraudējumi. Mēs neatradām Komisijas līmenī nekādas citas standarta operāciju procedūras sākotnējā riska izvērtējuma iegūšanai nopietnu pārrobežu vides apdraudējumu gadījumā. Gadījumos, kad jāreaģē uz nopietniem pārrobežu ķīmiskiem vai vides apdraudējumiem, pieredze ES līmenī kopumā ir neliela, un attiecīgā atjauninātā pārraudzības un agrīnās reaģēšanas kārtība šādu draudu gadījumā vēl nav pārbaudīta.

59 RASCHEM – agrīnās brīdināšanas sistēma ķīmisku apdraudējumu gadījumā.

ES epidemioloģiskās uzraudzības sistēma kopumā darbojas labi, taču jāiegulda zināms darbs, lai uzlabotu datu salīdzināmību un kvalitāti

74

Komisijai⁶⁰ ir jāizveido un jāatjaunina procedūras epidemioloģiskās uzraudzības tīkla darbībai saskaņā ar īpašajiem noteikumiem, kas izklāstīti *ECDC* izveides regulā. Turklāt, ziņojot par epidemioloģisko uzraudzību, valstu kompetentās iestādes izmanto saskaņā ar Lēmumu pieņemtās gadījumu definīcijas⁶¹ (ja tās ir pieejamas) katrai infekcijas slimībai un saistītajam īpašajam veselības traucējumam, kas iekļauti ES slimību sarakstā. Komisija pieņem gadījumu definīcijas, lai Savienības līmenī nodrošinātu datu salīdzināmību un savietojamību. *ECDC* izmitina epidemioloģiskās uzraudzības platformu *TESSy* un nodrošina tās darbību; dalībvalstis tajā augšupielādē savus uzraudzības datus. Eiropas līmenī savākto datu kvalitātes uzlabošana ir viens no *ECDC* mērķiem, kas noteikts tā ilgtermiņa uzraudzības stratēģijā 2014.–2020. gadam. Arī *ECDC* Daudzgaļu stratēģiskajā programmā⁶² ir teikts, ka ir jāuzlabo datu kvalitāte un salīdzināmība visās dalībvalstīs.

75

ECDC sadarbībā ar uzraudzības ekspertiem dalībvalstīs ir izstrādājis uzraudzības standartus, lai racionalizētu ES īstenoto uzraudzību un uzlabotu datu kvalitāti. Centrs uzskata, ka dalībvalstis kopumā apmierinoši ievēro ziņošanas prasības. Tomēr datu kvalitāte (to pilnīgums un reprezentativitāte) bieži vien sagādā problēmas. *ECDC* ir veicis īpašu datu kvalitātes novērtējumu attiecībā uz trim⁶³ slimībām, lai izskatītu tādus kvalitātes rādītājus kā pilnīgums, precizitāte un derīgums. Šajos novērtējumos tika konstatēti daudzi trūkumi saistībā ar šiem kritērijiem.

76

Projektu, ko *ECDC* īsteno kopš 2009. gada, lai uzlabotu dalībvalstu uzraudzības sistēmu savākto datu kvalitāti, bija paredzēts pabeigt 2011. gadā, taču tas turpinājās vēl 2015. gada beigās. Visbeidzot, Centrs uzskata, ka datu kvalitāti ietekmē arī tas, ka dalībvalstis bieži vien izmanto citas gadījuma definīcijas, nekā tās, kas noteiktas ar Komisijas 2102. gada Īstenošanas lēmumu⁶⁴.

77

Līdz ar to mēs konstatējam, ka *ECDC* centieni novērst problēmas epidemioloģiskās uzraudzības datu paziņošanā vēl nav bijuši pilnībā efektīvi, lai nodrošinātu datu optimālu salīdzināmību un kvalitāti. Arī dalībvalstis varētu uzlabot šo jomu, konsekventi izmantojot ES apstiprinātās gadījuma definīcijas un optimizējot savu datu nosūtīšanu Centram.

- 60 Lēmums Nr. 1082/2013/ES, III nodaļa.
- 61 Gadījuma definīcija ir vispārēji pieņemts tādu kritēriju kopums, kuri ir jāizpilda, lai precīzi noteiktu attiecīgo nopietno pārrobežu veselības apdraudējumu.
- 62 *ECDC*, 9.1. nodaļa "Uzraudzība, Konteksts un ieskaits nākotnē."
- 63 *ECDC* vāc, analizē un izplata uzraudzības datus par 53 infekcijas slimībām un saistītiem īpašiem veselības traucējumiem visās 28 Eiropas Savienības dalībvalstīs un divās no trim Eiropas Ekonomikas zonas valstīm (Islande un Norvēģija). <http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/Pages/index.aspx>
- 64 Komisijas 2012. gada 8. augusta Īstenošanas lēmums, ar kuru groza Lēmumu 2002/253/EK, ar ko nosaka gadījumu definīcijas ziņošanai par infekcijas slimībām Kopienas tīklā saskaņā ar Eiropas Parlamenta un Padomes Lēmumu Nr. 2119/98/EK (OV L 262, 27.9.2012., 1. lpp.).

Veselības programmas darbības rezultātos attiecībā uz iedzīvotāju aizsardzību no veselības apdraudējumiem bija vērojami trūkumi

78

Mēs pārbaudījām, vai ES veselības programmas sniedz efektīvu ieguldījumu iedzīvotāju aizsardzībai no veselības apdraudējumiem. Mēs veicām gan Patērētāju, veselības, lauksaimniecības un pārtikas izpildaģentūras (*Chafea*) pārvaldības padziļinātu pārbaudi, gan saskaņā ar 2. Veselības programmas (sk. 11. punktu) mērķi aizsargāt no veselības apdraudējumiem finansēto 20 pasākumu (to uzskaitījumu sk. **III pielikumā**) darbības rezultātu padziļinātu pārbaudi, kā arī apmeklējām saņēmējus – septiņu projektu koordinatorus. Mēs revidējām arī to, kāds ir progress saistībā ar pašreizējās 3. Veselības programmas mērķi aizsargāt no veselības apdraudējumiem, proti, vērtējām, vai gada darbības plānos ir formulēti atbilstīgi pasākumi un vai Komisija ir mērījusi attiecīgos darbības rezultātus. Mēs secinājām, ka veselības programmu darbības rezultātos attiecībā uz iedzīvotāju aizsardzību no (nopietniem pārrobežu) veselības apdraudējumiem bija vērojami trūkumi. Turpmākajos punktos mēs ziņojam par to, ka pasākumiem saistībā ar veselības apdraudējumiem 2. Veselības programmas (2008.–2013. g.) ietvaros nebija ilgtspējīgu rezultātu, un par trūkumiem rādītāja novērtēšanā attiecībā uz 3. Veselības programmas mērķi novērst veselības apdraudējumus. Attiecībā uz 2014.–2016. gadu mēs atklājām arī to, ka pasākumos saistībā ar veselības apdraudējumiem izdevumu līmenis bija relatīvi zems, ņemot vērā gan attiecīgā mērķa svarīgumu un vērienīgumu, gan pieejamos resursus.

Pasākumiem saistībā ar veselības apdraudējumiem ES 2. Veselības programmas ietvaros nebija ilgtspējīgu rezultātu

79

Otrā Veselības programma⁶⁵ papildina, atbalsta un pilnveido dalībvalstu politiku, aizsargājot un veicinot cilvēku veselību un drošību un uzlabojot sabiedrības veselību. Programmai ir trīs mērķi, viens no tiem ir uzlabot iedzīvotāju veselības drošību. Šīs revīzijas tvērumā ietilpst 1.1. rīcība "Aizsargāt iedzīvotājus pret veselības apdraudējumiem", kas paredzēta minētā mērķa sasniegšanai.

80

ES Finanšu regulā noteikts, ka budžets ir jāīsteno saskaņā ar pareizas finanšu pārvaldības principiem (tie ir saimnieciskums, lietderība un efektivitāte). Efektivitātes princips paredz konkrētu izvirzīto mērķu un paredzēto rezultātu sasniegšanu. Komisijai un *Chafea* pienākums ir nodrošināt, lai līdzfinansētie pasākumi veicinātu Veselības programmas mērķu sasniegšanu. Mēs uzskatām arī, ka finansēto pasākumu rezultāti – ar nosacījumu, ka to kvalitāte ir pienācīga, – ir jāuztur un jāpopularizē arī pēc pasākuma beigām, lai nodrošinātu to radīto ietekmi un pievienoto vērtību.

65 Lēmums Nr. 1350/2007/EK, 2. panta 1. punkts.

81

Lielākā daļa no 14 projektiem⁶⁶ izlasē, ko veidoja 20 pasākumi, bija sekmīgi plānoto nodevumu ziņā (atskaitot divus, ko *Chafea* bija novērtējusi kā "viduvējus", jo trūka dažu nodevumu vai to kvalitāte neatbilda prasītajai). Tomēr mēs konstatējam, ka daudzi nodevumi, pat tad, ja tie bija ļoti noderīgi praksē vai gatavi izmantošanai (piemēram, rikkopas, protokoli, vadlīnijas) pēc projektu pabeigšanas netika izmantoti, vai arī nevarējām iegūt skaidru apliecinājumu tam, kā šie nodevumi ietekmēja politikas veidošanu valstu vai ES līmenī. Deviņās no divpadsmit pabeigtajām un revidētajām darbībām mēs atklājām nozīmīgas problēmas, kas attiecās uz rezultātu ilgtspēju, ko daudzos gadījumos bija konstatējusi arī *Chafea* iekšējā novērtējumā, kuru tā bija sagatavojusi pēc minēto projektu pabeigšanas (piemērus sk. **5. izcēlumā**).

82

Turklāt mēs konstatējam, ka *Chafea* un/vai Komisija sniedz ļoti ierobežotu tehnisku atgriezenisko saikni par projekta nodevumu saturu un nozīmi politikas virzienam pēc tam, kad projekts ir pabeigts. To apstiprināja arī saņēmēji, kurus apmeklējām uz vietas. Pēc projektu beigām *Chafea* novērtē, kāds ir to potenciāls plašāka politikas virziena kontekstā un to, cik nozīmīga Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorātam bijusi konkrētā darbība. Tomēr mēs atklājām, ka Veselības un pārtikas nekaitīguma direktorāts, lai gan tam ir piekļuve šiem *Chafea* dokumentiem, sistemātiski nepārskata tajos ietvertu informāciju, lai novērtētu, kādā veidā rezultātus, kas atzīti kā svarīgi šai politikas jomai, varētu izmantot ES līmenī vai šajā līmenī tiem nodrošināt lielāku vai plašāku ietekmi⁶⁷. Kad apmeklējām projektu koordinātorus, mēs apspriedām jautājumu, kas viņus nodarbina, proti, lai gan dotāciju nolīgums paredz veikt nozīmīgas informācijas izplatīšanas darbības, viņiem rodas grūtības, kad jāpasniedz konkrēta mērķauditorija, īpaši ES un dalībvalstu politikas veidotāju līmenī.

66 Izlasē bija iekļauti 14 projekti, viena kopīga darbība un piecas iepirkuma darbības (sk. **III pielikumu**).

67 Palāta jau ir ieteikusi Komisijai veikt projektu *ex post* novērtējumu, lai uzlabotu turpmāko projektu koncepciju, ņemot vērā gūto pieredzi un zināšanas, sk. 2. ieteikumu īpašajā ziņojumā Nr. 2/2009 par 1. Veselības programmu (2003.–2007. g.).

Revidēto projektu un konstatēto problēmu piemēri

Revidējot vienu izlasē iekļauto projektu, mēs secinājām, ka daļai projekta **rezultātu nebija iespējams nodrošināt ilgtspēju**, jo speciālistu tīkls, kas izmantoja izstrādāto IT platformu, lielā mērā pārtrauca darbību pēc projekta beigām. Mēs revidējām arī projektu, ko veidoja plaši pētījumu komponenti, kuri izrādījās pārāk sarežģīti un dārgi. **Šā projekta galvenais mērķis netika sasniegts**. Daļēji tas skaidrojams ar to, ka iepriekšējā projektā gūtās atziņas netika pienācīgi ņemtas vērā, un tāpēc ieceres bija pārāk vērienīgas. Trešajā projektā, kas pievērsās konkrētas slimības skrīningam noteiktās iedzīvotāju grupās, mēs atklājām, ka tas bija sekmīgi devis augstas kvalitātes prasītos rezultātus, taču tā **tiešos rezultātus turpmāk neatjaunināja pēc projekta beigām un plaši neizmantoja**. Tāpēc šo projektu ieguldījums virzībā uz Veselības programmas mērķi aizsargāt no veselības apdraudējumiem laika gaitā ātri vien samazināsies.

83

Veselības programmas *ex post* novērtējumā⁶⁸ ir uzskaitītas līdzīgas problēmas: kaut gan programmas darbības otrajā posmā tika ieguldītas ievērojamas pūles, lai kāpinātu informācijas izplatīšanu, bija iespējams uzlabot attiecīgo ieinteresēto personu informētību par līdzfinansēto pasākumu rezultātiem⁶⁹ nolūkā palielināt to izmantošanu un ietekmi⁷⁰. Turklāt novērtējuma ziņojumā bija norādīts, ka ir grūti pārvarēt šķēršļus rezultātu ieviešanai visā ES, ja nav saiknes ar politikas jomu. Saskaņā ar minēto ziņojumu ne visas līdzfinansētās darbības bija īpaši efektīvas taustāmu un noderīgu rezultātu un ietekmes aspektā. Ja kopīgās darbības (sk. **6. izcēlumu**) parasti rada uzskatāmu ietekmi, tad, kā norādīts ziņojumā, projektu rezultātus salīdzinoši bieži nepārņem un neievieš praksē. Viens no iemesliem ir tas, ka nepietiekama uzmanība tiek veltīta galvenajiem šķēršļiem, kas apgrūtina ieviešanu, un attiecīgo politikas veidotāju iesaiste⁷¹.

84

Arī piecos iepirkumos (sk. **III pielikumu**), ko mēs revidējām Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorātā un *Chafea*, mēs konstatējām, ka tiešo rezultātu izmantošana un rezultātu novērtēšana bija ierobežotas. Ieteikumi, kas galīgajos darbības pārskatos un novērtējuma ziņojumos sniegti attiecībā uz praktiskām nodarbībām un darbsemināriem/mācībām, parasti netika iestrādāti darbības plānos, kuru īstenošanu varētu uzraudzīt⁷². Divas praktiskās nodarbības (2011. un 2014. gadā), kas bija iekļautas piecu iepirkumu izlasē, attiecās uz ķīmisku apdraudējumu un ļāva formulēt daudzus līdzīgus un arī dažus identiskus secinājumus un ieteikumus.

- 68 Veselības programmas (2008.–2013. g.) *ex post* novērtējums, 2016. g.
- 69 Šajā punktā ir izklāstītas *ex post* novērtējuma ziņojuma atziņas. Tāpēc terminu “rezultāti” un “ietekme” lietojums ne vienmēr saskan ar Palātas metodoloģiju.
- 70 Veselības programmas (2008.–2013. g.) *ex post* novērtējuma kopsavilkums, 2016. g.
- 71 Veselības programmas (2008.–2013. g.) *ex post* novērtējuma secinājumi, 2016. g.
- 72 Tas attiecas arī uz četriem pētījumiem, kuri tika iepirkti saskaņā ar 2012. gada pamatlīgumu un ar kuriem saistībā mēs konstatējām, ka Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorātā nav strukturētas pieejas ieteikumu vākšanai un dokumentēšanai, piemērotu darbību noteikšanai un ieviešanas progresa pārraudzībai. Revīzijas laikā (2015. gada oktobrī) ar šiem pētījumiem vēl nebija iepazīstināta Veselības drošības komiteja.

Kopīgās darbības saskaņā ar Veselības programmu

ES Veselības programmā ir iekļauts novatorisks un daudzsološs finansēšanas instruments “kopīgas darbības”. Tās parasti saņem līdzfinansējumu no dalībvalstu kompetentajām iestādēm, kuru pārziņā ir veselības joma. Kopīgo darbību ierosinājumiem ir jāsasniež patiesa **Eiropas dimensija**. Kopīgajās darbībās bija iesaistīti caurmērā 25 partneri⁷³. Par sabiedrības veselības jomu atbildīgo kompetento dalībvalstu iestāžu iesaistei kopīgajās darbībās vai to sniegtajam atbalstam vajadzētu garantēt rezultātu labāku izmantošanu un ietekmi uz politikas jomu. Tomēr, ņemot vērā šo darbību ievērojamus apjomus, to sagatavošanai vajag vairāk laika, kā arī politisko atbalstu un dalībvalstu līdzfinansējumu. Tas nozīmē, ka, neraugoties uz šo darbību potenciālu palielināt ar Veselības programmas finansējumu radīto tiešo rezultātu izmantošanu ES līmenī, vienā politikas jomā nav iespējams liels skaits turpmāku kopīgu darbību.

⁷³ *Chafea* publikācija par kopīgām darbībām 3. Veselības programmas ietvaros (2014.–2020. g.).

85

Divas darbības, kas tika īstenotas saskaņā ar administratīvu vienošanos ar Kopīgo pētniecības centru, tika pārtrauktas pēc attiecīgi viena gada un sešiem gadiem. Kad tika pārtraukta epidemioloģiskās modelēšanas tīkla pirmā darbība, Komisija nenovērtēja tās rezultātus un nedokumentēja savus apsvērumus par darbības pārtraukšanu. Otra darbība ilga sešus gadus, no 2005. līdz 2011. gadam. Tā attiecās uz informācijas apmaiņas platformu saistībā ar sabiedrības veselības situāciju. To izstrādāja pēc dalībvalstu lūguma, pamatojoties uz apspriedēm ar Veselības drošības komiteju, taču to apturēja 2012. gadā, kad Komisija pieņēma lēmumu slēgt visas esošās IT sistēmas, kuras nebija minētas tiesību aktos.

86

Neskarot minētos problēmjautājumus, revidētajiem projektiem ir nenoliedzama augsta pievienotā vērtība ES aptveroša tīkla un spēju veidošanas aspektā⁷⁴. Visas projektu dotācijas īstenoja partneru konsorcijs, un, lai gan šajā Veselības programmas daļā ģeogrāfiskā izplatība vēl nav optimāla un darbības koncentrējas ierobežotā dalībvalstu aģentūru lokā, ir iegūta liela pieredze. Tomēr Komisijas rīcība nav pietiekami strukturēta, lai sadarbotos ar saviem partneriem, aģentūrām un komitejām optimizētu politiskās atgriezeniskās saites darbību. Par šo problēmjautājumu jādodomā, īpaši tāpēc, ka Veselības programmas pamatā ir politikas nostāja.

87

Mēs konstatējam, ka 3. Veselības programmas laikā (2014.–2020. g.) (sk. arī 89.–94. punktu) ir notikusi pārvirze no projektiem uz iepirkumu⁷⁵. Tas ir cits finansēšanas mehānisms, un īpašumtiesības uz tiešajiem rezultātiem ir Komisijai. Tomēr, kā norādīts 2. Veselības programmas *ex post* novērtējumā, pastāv risks, ka pārlika paļaušanās uz pakalpojumu līgumiem var nelabvēlīgi iespaidot veselības programmā iesaistīto saņēmēju daudzveidību un ģeogrāfisko izplatību. Revīzijas darbā pie 2. Veselības programmas mēs pārliecinājāmies (sk. 84.punktu), ka arī iepirkuma jomā *Chafea* un Komisija varēja darīt vairāk, lai nodrošinātu ilgtspējīgus rezultātus.

88

Kopumā rezultātu ilgtspēja nav nodrošināta lielākajā daļā revidēto darbību, kas attiecas uz 2. Veselības programmas mērķi aizsargāt iedzīvotājus pret veselības apdraudējumiem, tāpēc to ieguldījums šā mērķa sasniegšanā ir ierobežots. Komisija varētu rīkoties efektīvāk, lai palīdzētu saņēmējiem pārvarēt šķēršļus, ar ko tie sastopas, kad mērķtiecīgi jāizplata rezultāti, un lai novērtētu un popularizētu paveikto darbību nozīmi politikas virzienam.

74 Palāta to atzina jau īpašā ziņojuma Nr. 2/2009 par 1. Veselības programmu (2003.–2007. g.) 88. punktā.

75 2014., 2015. un 2016. gadā nebija neviena uzaicinājuma iesniegt projektu priekšlikumus, kuri attiektos uz mērķi aizsargāt no veselības apdraudējumiem.

Trūkumi rādītāja novērtēšanā attiecībā uz ES 3. Veselības programmas (2014.–2020. g.) mērķi aizsargāt no veselības apdraudējumiem un relatīvi zems izdevumu līmenis 2014.–2016. gadā

89

Trešā Savienības rīcības programma veselības jomā (2014.–2020. g.)⁷⁶ nosaka četrus konkrētus mērķus un rādītājus, no tiem viens (2. mērķis) attiecas uz nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai: "Lai Savienības pilsoņus pasargātu no nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem – apzināt un izstrādāt saskaņotas pieejas un sekmēt to īstenošanu, lai nodrošinātu labāku sagatavotību un koordināciju ārkārtas situācijās veselības jomā." Šo mērķi vērtē, ņemot vērā to dalībvalstu skaita pieaugumu, kuras savu sagatavotības plānu izstrādē integrē saskaņotās pieejas (sk. arī 30.–34. punktu). Finansētās darbības tādējādi palīdzēs sasniegt šo konkrēto mērķi, un ir jāizstrādā metodoloģija, lai ar īpaša rādītāja palīdzību varētu efektīvi vērtēt progresu.

90

Finansējums 2014.–2020. gada programmas īstenošanai ir 449 miljoni EUR. Kritērijos gada darba programmas izstrādei⁷⁷ ir noteikts, ka ir jābūt vienmērīgam budžeta līdzekļu sadalījumam starp dažādajiem programmas mērķiem.

91

Mēs analizējam Komisijas iekšējo 2013. gadā izveidoto daudzgadu plānu un atjauninājuma projektu⁷⁸, kas sagatavots 2016. gadā un ko saņēmām revīzijas laikā. Attiecībā uz 2. mērķi darbības sākotnēji bija plānotas trim pakārtotajām tematiskajām prioritātēm (tās ir četras). Budžeta pārskats liecina, ka 2014.–2020. gadā 2. mērķim paredzētā summa, kas ietver visus daudzveidīgos finansēšanas mehānismus, būs 12 069 000 EUR jeb 3 %⁷⁹ no programmai kopumā atvēlētās summas visiem četriem mērķiem.

92

Lai gan revīzijas laikā vēl nebija pieejama ne detalizēta informācija un potenciālās korekcijas pēc 2016. gadā veiktās orientējošās daudzgadu plānošanas pārskatīšanas, ne potenciālās izmaiņas attiecībā uz 2. mērķi, bija vērojams, ka 2014. un 2015. gada darba programmās bija iekļauts mazāk darbību, nekā sākotnēji plānots⁸⁰. Līdz ar to programmas ietvaros kavējās virzība uz paredzēto 3 % līdzekļu izlietošanu līdz 2020. gadam no 2. mērķim pieejamajiem kopējiem resursiem. Tas rada šaubas par to, vai šāds relatīvi zems izdevumu līmenis būs pietiekams, lai sasniegtu šo svarīgo un vērienīgo mērķi, un izraisa nevienmērīgu budžeta līdzekļu sadalījumu starp mērķiem⁸¹.

76 Regula (ES) Nr. 282/2014.

77 Regula (ES) Nr. 282/2014, II pielikums.

78 Pilnīga 2016. gada atjauninājuma sagatavošana revīzijas laikā vēl nebija pabeigta.

79 Atjauninātajā plānā 2. mērķim finansējuma prognoze tika palielināta līdz 14 685 000 EUR jeb 3.63 % no veselības programmai atvēlētās kopējās summas 2014.–2020. gadā.

80 Saistībā ar šo mērķi 2014., 2015. un 2016. gadā netika izsludināti uzaicinājumi iesniegt projektu priekšlikumus.

81 Saskaņā ar prognozēm 3. mērķim tiks atvēlēti 52,5 %, bet 1. un 4. mērķim – aptuveni 20 % no programmas budžeta.

93

Mēs pārbaudījām arī, vai ir skaidra metodoloģija ar 2. mērķi saistīta īpaša rādītāja vērtēšanai (sk. 89. punktu). Līdzīgi 30.–34. punktā izklāstītajiem apsvērumiem, mēs secinājām, ka šādas metodoloģijas nav. *Chafea* sadarbībā ar valsts koordinācijas punktiem dalībvalstīs ievāc konkrētu informāciju par veselības programmas īstenošanu, taču izpildaģentūras mērķis nav kvantitatīvi izteikt progresu saistībā ar šo rādītāju, pamatojoties uz projektu rezultātiem un iznākumiem. Lai gan 3. Veselības programmas 2. mērķa ietvaros līdz šim finansēto dažu darbību rezultāti šīs revīzijas laikā netika novērtēti, mēs konstatējām, ka nav skaidras metodoloģijas, lai finansētajās darbībās vērtētu progresu attiecībā pret attiecīgo īpašo rādītāju.

94

Kopumā 3. Veselības programmas mērķa pasargāt iedzīvotājus no nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem rādītāja novērtēšanā bija vērojami trūkumi, un 2014.–2016. gadā šim mērķim izmantoto izdevumu līmenis bija relatīvi zems, katrā ziņā daudz zemāks nekā citiem galvenajiem programmas mērķiem. Tas rada bažas par to, vai līdz 2020. gadam izdosies finansēt pietiekamu skaitu politikas virzienam nozīmīgu darbību un nodrošināt līdzsvarotu sadalījumu starp mērķiem, kā arī panākt patiesu ietekmi uz nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai.

Komisijas iekšējā koordinācijā saistībā ar veselības drošības pasākumiem un sabiedrības veselības krīzes pārvarēšanu ir nepilnības**95**

Mēs pārbaudījām, vai Komisijas iekšējā koordinācija veselības drošības finansēšanas un sabiedrības veselības krīzes pārvarēšanas jomā ir pienācīga. Revīzijā atklājās, ka iekšējā koordinācijā ir vairākas nepilnības. Koordinācija starp Komisijas dienestiem saistībā ar veselības drošības finansējumu no dažādām ES programmām nepilnīgi nodrošina sinerģiju. Jāpanāk lielāks progress to Komisijas struktūrvienību sadarbībā, kuras atbild par krīzes pārvarēšanu, un Komisijas īstenotajā veselības jomas ārkārtējo darbību mehānisma pārvaldībā mēs atklājām trūkumus.

Koordinācija starp Komisijas dienestiem saistībā ar veselības drošības finansējumu no dažādām ES programmām nepilnīgi nodrošina sinerģiju

96

Lai nodrošinātu veselības programmas veselības drošības mērķu sasniegšanu pēc iespējas efektīvi, ir efektīvi jākoordinē Komisijas un tās aģentūru attiecīgo dienestu darbs. Īstenojot ES budžetu, Eiropas Komisijai ir jānodrošina pareiza finanšu pārvaldība un ES pievienotā vērtība līdzekļu izlietojumā. Komisijai sadarbībā ar dalībvalstīm ir arī jānodrošina vispārēja saderība un papildināmība starp Programmu un citiem Savienības, tostarp aģentūru, politikas virzieniem, instrumentiem un darbībām⁸².

97

Mēs analizējām izlasi, kurā bija iekļauti desmit projekti, kas finansēti saskaņā ar Septīto pētniecības pamatprogrammu (7. PP) un kas bija saņēmuši ES līdzfinansējumu apmēram 50,8 miljonu EUR apmērā. Mēs izraudzījāmies projektus, kas potenciāli ir būtiski Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāta pārvaldītajai veselības drošības politikas jomai, ņemot vērā to mērķus, saistību ar dažādām 7. PP tematiskajām sadaļām (sk. 12. punktu) un ko pārvaldīja dažādi Komisijas dienesti vai aģentūras. Mēs izskatījām projektu mērķus un tvērumu, kā arī to papildināmību ar attiecīgajiem Veselības programmas mērķiem, kas saistīti ar aizsardzību pret veselības apdraudējumiem⁸³.

98

Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts kopumā ir iesaistīts visās koordinācijas struktūrās un procedūrās, kas oficiāli izveidotas 7. PP un pamatprogrammas "Apvārsnis 2020" vajadzībām, tostarp dienestu apspriedēs par pamatprogrammas "Apvārsnis 2020" darba plāniem un attiecīgajiem dotāciju piešķiršanas lēmumiem. Pētniecības un inovācijas ģenerāldirektorāts piedalās Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāta apspriežu procedūrās, kas attiecas uz veselības programmu un politikas jomu kopumā, un ir iesaistīts saskaņā ar veselības programmu iesniegto priekšlikumu izvērtēšanā. Pētniecības un inovācijas ģenerāldirektorāts ir pārstāvēts arī ECDC valdē.

82 Sk. Regulas (ES) Nr. 282/2014, ar ko izveido trešo Savienības rīcības programmu veselības jomā, 12. pantu.

83 Mēs pārbaudījām, cik lielā mērā attiecīgā Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD politikas plānošanas nodaļa koordinēja ģenerāldirektorāta iesaisti attiecīgajās pētniecības pamatprogrammas finansētajās darbībās vai kā tā ieguva informāciju par tām. Migrācijas un iekšlietu ĢD, Pētniecības un inovācijas ĢD, Pētniecības izpildaģentūras un Eiropas Pētniecības padomes apmeklējumu laikā mēs pārrunājām izveidotās koordinācijas struktūras un pārbaudījām, cik būtiski ir šie projekti Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorātam.

99

Lai gan 7. PP projekti veselības un drošības jomā ir zinātnisks raksturs, mēs konstatējam, ka sešiem mūsu pārbaudītajiem projektiem ir nepārprotamas saiknes ar dažiem mūsu pārbaudītajiem ES Veselības programmas projektiem. Tie bieži vien attiecās uz sagatavotību un to mērķis bija sniegt taustāmus un politikas jomai būtiskus tiešos rezultātus. Viens no iespējamiem iemesliem ir tas, ka divus no pārbaudītajiem projektiem dēvē arī par koordinācijas un atbalsta darbībām. Tās ir darbības, kas faktiski nav pētniecība, bet vairāk vērstas uz koordinēšanu un sadarbības tīkliem, zināšanu izplatīšanu un izmantošanu vai pētījumiem, vai ekspertu grupu sniegto palīdzību programmas ieviešanai.

100

Citi aptaujātie Komisijas dienesti norādīja, ka, ja par politikas jomu atbildīgie ģenerāldirektorāti pieprasa analizēt projektu portfeļus, tie var to darīt, taču Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD to nav darījis attiecībā uz veselības apdraudējumiem.

101

Komisijas pieredze saistībā ar šīm pētniecības programmām, īpaši 7. PP drošības sadaļu⁸⁴, liecina, ka ir vairāk jāiesaista galalietotāji, lai nodrošinātu rezultātu labāku izmantošanu, un šis secinājums ir līdzīgs konstatējumiem saistībā ar veselības programmu (79.–88. punkts). Pēc Migrācijas un iekšlietu ģenerāldirektorāta iniciatīvas tika izstrādāts rīks "Katastrofu un krīžu pārvarēšanas rīku lietotāju kopiena", kas lietotājiem un citām ieinteresētām personām dod iespēju šajā forumā apmainīties ar informāciju. Forumam vajadzētu arī veicināt sinerģiju, regulāri apsekojot dažādu konkursu projektus un organizējot *ad hoc* sanāksmes viedokļu apmaiņai starp politikas veidotājiem un ieinteresētām personām par sinerģijas jautājumiem. ES atbalstīto darbību visaptveroša atspoguļošana šajā rīkā ir daudzsoļoša iniciatīva, ko potenciāli varētu izvērst arī citās politikas vai tematiskajās jomās.

102

Projekti, kurus īsteno vienā un tajā pašā tematiskajā jomā, var saņemt finansējumu no dažādām ES programmām. ES finansējuma milzīgais apjoms no dažādām tematiskajām programmām un daudzie Komisijas dienesti, kas iesaistīti šo programmu pārvaldībā, nosaka to, ka veidojas blīvs Komisijas dienestu, politikas veidotāju dalībvalstīs, galalietotāju un citu ieinteresēto personu sadarbības tīkls. Kaut arī šāds risks ir niecīgs, tomēr var notikt pārklāšanās, un varētu panākt vēl lielāku sinerģiju. Šajā kontekstā koordinēšanu var uzlabot, lai tā būtu vēl vairāk uz politiku vērsta un strukturētāka, īpaši veselības drošības un ar to saistīto darbību jomā. Mēs konstatējam, ka Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts varētu ieguldīt vairāk pūli, lai sekmētu šo koordināciju un labāk novirzītu politisko atgriezenisko saiti un attiecīgo rezultātu izplatīšanu tās pārziņā esošajā jomā ieinteresētajām personām un Veselības drošības komitejai.

84 7. pamatprogrammas drošības pētniecības sadaļas starpposma novērtējums, kopsavilkums, 2011. gada janvāris.

Jāpanāk lielāks progress to Komisijas struktūrvienību sadarbībā, kuras atbild par krīzes pārvarēšanu

103

Saprašanās memorands, ko 2013. gada maijā parakstīja Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD, Migrācijas un iekšlietu ĢD un Eiropas Civilās aizsardzības un humānās palīdzības operāciju ĢD, nosaka šo ģenerāldirektorātu krīzes pārvarēšanas struktūru koordinācijas kārtību⁸⁵. Šajā koordinācijā jāietver transversālas darbības saistībā ar pārrobežu draudiem veselībai visās jomās, kurās kopīgi pasākumi būtu izdevīgi visām iesaistītajām pusēm. Šādi pasākumi ir mācības un praktiskās nodarbības sagatavotībā, riska izvērtējums un savstarpējs atbalsts reaģēšanas posmā, kā arī krīžu laikā gūtā pieredze. Ir paredzēti arī droši kanāli attiecīgo krīzes centru saziņai.

104

Saprašanās memorandu pieņēma, lai paaugstinātu ES spējas reaģēt nopietnu ārkārtas situāciju gadījumā, kas skar vairākas jomas. Tomēr mēs konstatējam, ka revīzijas laikā vēl turpinājās darbs pie standarta operāciju procedūrām šā dokumenta īstenošanai. Lai gan Migrācijas un iekšlietu ĢD, Eiropas Civilās aizsardzības un humānās palīdzības operāciju ĢD un Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD aktīvi darbojās, lai sagatavotu, plānotu un vadītu virkni kopīgu praktisko nodarbību un lai izmantotu to iznākumus, Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorātā mēs nevarējām iegūt pierādījumus regulārām kopīgām mācībām, darbsemināriem vai sanāksmēm, kas paredzētas galvenajiem darbiniekiem, kuru pārziņā ir triju minēto ģenerāldirektorātu krīzes pārvarēšanas mehānismi, kā plānots memorandā. Šo problēmjautājumu risināšanu lielā mērā apgrūtināja Ebolas vīrusa krīzes straujā attīstība, kas kavēja izstrādes darbu.

105

Ziņojumā par 2015. gadā notikušo konferenci⁸⁶, kas bija veltīta Ebolas vīrusa uzliesmojuma laika gūtajai pieredzei, ir formulēti ieteikumi par darbībām krīzes pārvarēšanai ES līmenī. Tajā norādīts, ka sadarbība starp partneriem sabiedrības veselības un attīstības palīdzības jomā un citiem dažādos līmeņos iesaistītiem galvenajiem pārstāvjiem ir jāpastiprina, lai labāk koordinētu un integrētu sabiedrības veselības apsvērumus izturības stiprināšanā un reakcijā uz ārkārtas situācijām. Šajā nolūkā ir jāturpina darbs pie kopīgiem atbildes rīcības plāniem un turpmākām kopējām mācībām, praktiskajām nodarbībām, paraugprakses apmaiņas un starpnozaru pamatnostādņēm. Saskaņā ar ziņojumu Komisijas Ārkārtas reaģēšanas koordinācijas centrs ir jāpilnveido, lai tas kļūtu par ES līmeņa platformu informācijas apmaiņai un koordinēšanai gadījumos, kad sabiedrības veselības krīzes izraisītājs atrodas ārpus ES, un tas jādara ciešā sadarbībā ar Veselības drošības komiteju. Lai gan ziņojums ir galvenokārt adresēts Eiropas Civilās aizsardzības un humānās palīdzības operāciju ģenerāldirektorātam, kurš nodrošina Ārkārtas reaģēšanas koordinācijas centra darbību, revīzijas laikā mēs neatradām konkrētu rīcības plānu Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāta iesaistei šo ieteikumu ieviešanas pārbaudē.

85 T. i., ārkārtējo darbību mehānisms veselības jomā – Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD, Stratēģiskā novērtējuma un reaģēšanas centrs (STAR) – Migrācijas un iekšlietu ĢD un Ārkārtas reaģēšanas koordinācijas centrs (ERCC) – Eiropas Civilās aizsardzības un humānās palīdzības operāciju ĢD.

86 Konferences “Gūtā pieredze attiecībā uz sabiedrības veselību saistībā ar Ebolas vīrusa epidēmiju Rietumāfrikā – kā uzlabot sagatavotību un reaģēšanu Eiropas Savienībā turpmāku uzliesmojumu gadījumā” kopsavilkuma ziņojums, Mondorflebēna, 2015. gada 12.–14. oktobris, 23. lpp.

106

Saprašanās memorands, ko noslēguši trīs minētie ģenerāldirektori, ir svarīgs posms, lai ES līmenī paaugstinātu sagatavotību gadījumos, kad ir nopietni pārrobežu apdraudējumi veselībai vai citas nopietnas ārkārtas situācijas, kas skar vairākas jomas. Tomēr mūsu revīzijas darbs Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorātā liecina par to, ka ir jāpanāk lielāks progress šā memoranda ieviešanā, lai gan Ebolas vīrusa uzliesmojuma laikā Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts plaši sadarbojās ar Eiropas Civilās aizsardzības un humānās palīdzības operāciju ģenerāldirektori.

Komisijas īstenotajā ārkārtējo darbību mehānisma pārvaldībā mēs atklājām trūkumus

107

Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts ir atbildīgs par to, lai funkcionētu ārkārtējo darbību mehānisms veselības jomā un lai to varētu iedarbināt dažādos brīdināšanas līmeņos⁸⁷ veselības krīžu laikā. Mēs uzskatām, ka šādam mehānismam nepieciešama strukturēta pieeja, veicot novērtējumu pēc ārkārtas situācijas. Ārkārtas situāciju pārvarēšanas plāni ir jāatjaunina saskaņā ar ieteikumiem, kas formulēti šajā novērtējumā. Šādas kārtības piemēri ir minēti arī ECDC izstrādātajā rīcības plānā ārkārtas situācijām sabiedrības veselības jomā un standarta operāciju procedūrām⁸⁸.

108

Lai efektīvi veiktu uzticētos pienākumus krīzes pārvarēšanā un koordinēšanas struktūrās, attiecīgajiem darbiniekiem jāatjaunina zināšanas par saviem potenciālajiem pienākumiem un sistēmām, piedaloties mācību programmās. Attiecīgajām organizācijām ir jāpārbauda savu darbinieku zināšanas un informētība par to potenciālajiem pienākumiem, piemēram, sekojot līdzi to faktiskajai dalībai mācību pasākumos. Ir jāievieš skaidra un piemērota kārtība, lai organizācijā, kas atbildīga par krīzes koordinēšanu vai pārvarēšanu, nodrošinātu ilgtspējīgu darbību paaugstināta brīdinājuma apstākļos ilgākā laika posmā, un ir pienācīgi jāņem vērā darbinieku vajadzības šajā aspektā.

109

Ārkārtējo darbību mehānisms veselības jomā balstās uz Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāta rokasgrāmatu⁸⁹. Šo rokasgrāmatu atjaunināja un vienkāršoja, ņemot vērā atziņas, kas bija gūtas 2009. gadā piedzīvotās *H1N1* gripas krīzes laikā. Tomēr Komisijas īstenotajā veselības jomas ārkārtējo darbību mehānisma pārvaldībā mēs atklājām nozīmīgus trūkumus. Revīzijas laikā rokasgrāmatas saturs nebija atjaunināts. Nebija pietiekami skaidrs, kuras konkrēto ieteikumu daļas no svarīgajām *Quicksilver* praktiskajām nodarbībām⁹⁰ 2014. gadā bija pārņemtas, lai uzlabotu tās koncepciju. Turklāt Komisija nebija veikusi iekšējo novērtējumu par to, kā ārkārtējo darbību mehānisms veselības jomā funkcionēja Ebolas vīrusa krīzes laikā, tāpēc rokasgrāmatā netika pienācīgi atjaunināta.

87 Proti, zaļš (normāla situācija), oranžs (vidēji nopietna vai nopietna situācija) un sarkans (akūta krīze).

88 ECDC izstrādātā sabiedrības veselības novērtējuma standarta operāciju procedūra: 1. vai 2. līmeņa brīdinājuma iedarbināšanas procedūra, kad ir apdraudējums vai notiek simulācijas mācību pasākums, ir jānovērtē un iegūtās atziņas jāiekļauj atjauninātā sabiedrības veselības novērtējuma plāna pārvaldībā.

89 Ārkārtējo darbību mehānisms veselības jomā sabiedrības veselības ārkārtas stāvokļa koordinētai pārvaldībai ES līmenī, pārskatīta praktiska rokasgrāmata šā mehānisma dalībniekiem (2015. gada aprīlis).

90 *Quicksilver* praktiskā nodarbība: "Stāba mācības nopietnu veselības pārrobežu apdraudējumu gadījumā, kas attiecas uz ķīmisko un vides jomu", galīgais ziņojums.

110

Turklāt mēs konstatējām, ka attiecīgajiem darbiniekiem nav bijis pastāvīgu mācību, kas tiem nodrošinātu spēju jebkurā laikā uzņemties pienākumus ārkārtējo darbību mehānismā veselības jomā, it īpaši, ja šie darbinieki nestrādā krīzes pārvarēšanas un sagatavotības vienībā, bet viņiem šos pienākumus var uzdot, ja ir izsludināts augstākais brīdinājuma līmenis. Attiecībā uz darbinieku piesaisti paaugstināta brīdinājuma situācijās mēs atklājām, ka darbojas vienīgi parastie kompensēšanas mehānismi elastīga darba laika ietvaros, bet šāda pieeja nav piemērota, lai risinātu problēmas, ar kurām saskaras Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts, kad tas koordinē sabiedrības veselības ārkārtas situāciju pārvaldību ES līmenī, īpaši, ja ārkārtas stāvoklis ieilgst un darbinieki strādā maiņās bez iespējām izmantot kompensējošu atvaļinājumu.

111

Mēs atklājām arī to, ka neviena cita iestāde vai aģentūra nav veikusi ārkārtējo darbību mehānisma veselības jomā profesionālapskati un ka nav notikusi pieredzes vai paraugprakses apmaiņa saistībā ar ECDC un Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāta ārkārtas situāciju pārvaldības plānu koncepciju un darbību.

112

Lēmuma Nr. 1082/2013 par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem stāšanās spēkā sekmē visaptverošas ES veselības drošības sistēmas izveidi un nostiprināšanu un Savienības spēju aizsargāt iedzīvotājus no šādiem apdraudējumiem. Šā Lēmuma izstrāde un ieviešana, kā arī ar to saistīto ES līmeņa veselības drošības pasākumu īstenošana, tostarp programmu finansēšana, ir sarežģīta, jo ir iesaistīti daudzi dalībnieki un kompleksas struktūras gan valstīs, gan starptautiskā kontekstā (sk. **I un II pielikumu**), un arī no juridiskā konteksta viedokļa. Lielākā atbildība par veselības politiku ir uzticēta dalībvalstīm (sk. 3. punktu), un ES darbības šajā jomā ir paredzētas, lai papildinātu un atbalstītu dalībvalstu darbības. Tādējādi Komisijas loma un atbildība lielākoties aprobežojas ar atbalsta sniegšanu un papildu darbību veikšanu.

113

Stāvokli vēl vairāk sarežģī tas, ka nopietnas ārkārtas situācijas gadās relatīvi bieži, un tās prasa gandrīz pastāvīgu uzmanību. Kopš Lēmuma pieņemšanas ir bijušas vairākas šādas ārkārtas situācijas, un ātri var īstenoties jauni apdraudējumi, tostarp nopietna gripas pandēmija, kas skar ES. Tas nozīmē, ka dalībvalstīm, dažādiem attiecīgajiem Komisijas dienestiem un starptautiskām organizācijām gandrīz pastāvīgi ir jāiesaistās reaģēšanas pasākumos, tajā pašā laikā turpinot ievērojamu atlikušo darbu pie sagatavotības.

114

Ņemot vērā sarežģīto kontekstu, Lēmums vien un ar tā ieviešanu saistītie pasākumi un programmas nav pietiekami, lai nodrošinātu iedzīvotāju optimālu aizsardzību pret pārrobežu apdraudējumiem veselībai Eiropas Savienībā. Turklāt Lēmums ir ES tiesību akts, kurā formulētos noteikumus efektīvi un konsekventi jāpiemēro visiem iesaistītajiem dalībniekiem, lai nodrošinātu izvirzīto mērķu sasniegšanu. Tāpēc mēs novērtējam, vai ES satvars iedzīvotāju aizsardzībai no nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai tika pienācīgi īstenots. Šajā darbā mēs pievēršam uzmanību tam, vai tiek efektīvi īstenotas jau esošās un inovatīvās Lēmuma jomas (sk. 7.–9. punktu). Mēs izskatījām arī to, vai ES veselības programmas sniedza efektīvu ieguldījumu iedzīvotāju aizsardzībai no veselības apdraudējumiem un vai Komisijas īstenotā iekšējā koordinācija attiecībā uz veselības drošības finansējumu un sabiedrības veselības krīžu pārvarēšanu bija pienācīga (sk. 15. un 17. punktu).

115

Kopumā mēs secinājām, ka Lēmums Nr. 1082/2013/ES par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ir svarīgs solis šādu apdraudējumu labākai novēršanai Eiropas Savienībā. Tomēr nozīmīgi trūkumi dalībvalstu un Komisijas līmenī ietekmē šā Lēmuma un ar to saistītā ES satvara īstenošanu. Nākotnē iespējamo apdraudējumu veids un mērogs nav zināmi un var mainīties, taču ir jādara vairāk trūkumu novēršanai, lai Savienība varētu pilnībā izmantot esošo mehānismu sniegtās iespējas.

116

Attiecībā uz jauninājumiem, kas ieviesti ar Lēmumu par nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai (21. punkts), mēs konstatējām, ka kopš Lēmuma stāšanās spēkā 2013. gada decembrī to ieviešanā un izstrādē bija kavējumi, kas varēja samazināt to efektīvu darbību. Dalībvalstu un Komisijas apspriešanās par sagatavotības un reaģēšanas plānošanu saistībā ar nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai kopumā ir uzsākta, kā noteikts. Tomēr procedūras būtiskas informācijas iegūšanai un apmaiņai ar to nolūkā labāk koordinēt centienus sagatavotības jomā vēl nav pietiekami stabilas un līdz šim nav devušas skaidri saskatāmus rezultātus (22.–29. punkts). Attiecībā uz Komisijas veikto darbības rezultātu vērtēšanu pārrobežu veselības apdraudējumu politikas jomas ieviešanā mēs konstatējām, ka Komisijas konkrētā mērķa un rādītāja galvenie elementi nav skaidri definēti un par tiem nav bijusi vienošanās ar dalībvalstīm, lai nodrošinātu to, ka visas ieinteresētās puses darbojas vienu un to pašu mērķu sasniegšanai (30.–34. punkts).

117

Turklāt mēs konstatējām, ka ECDC loma saistībā ar vispārējo sagatavotību nav pietiekami formalizēta, un tas var ierobežot Centra spēju pienācīgi plānot savus uzdevumus ilgtermiņā vai efektīvi reaģēt uz palīdzības pieprasījumiem (35.–39. punkts), ka dalībvalstis nav izrādījušas pietiekamu atsaucību, lai paātrinātu pandēmiskās gripas vakcīnas kopīgo iepirkumu (40.–43. punkts) un ka Lēmuma par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ietvaros ES nav mehānisma, kuru varētu izmantot, kad jārisina neatliekamas vajadzības pēc medicīniskajiem pretpasākumiem (42. punkts). Visbeidzot, Veselības drošības komitejas darbs un loma ir ļoti svarīgi, taču tā saskaras ar dažām stratēģiskām un darbības problēmām, kas jāatrisina, lai tā varētu pilnībā izmantot tai piešķirtās stabilās pilnvaras (44.–52. punkts) un tādējādi nodrošināt iespējami augstāko līmeni aizsardzībai pret veselības apdraudējumiem Eiropas Savienībā; tas ir saistīts arī ar to, ka ir jānodrošina Lēmumā noteikto reaģēšanas noteikumu koordinēšanas efektīva piemērošana (53.–55. punkts).

118

Ir jāpaātrina ar Lēmumu ieviesto jauninājumu izstrāde un ieviešana un jārisina atlikušās problēmas, ar ko saskaras Veselības drošības komiteja darbības un stratēģijas jomā. Lai to paveiktu, ir vajadzīga labāka Komisijas un dalībvalstu savstarpējā izpratne par Lēmumā noteiktās pastiprinātās koordinācijas un informācijas apmaiņas mērķiem un kopējām prioritātēm, īpaši tādās jomās kā sagatavotības plānošana, kopīgais iepirkums un Veselības drošības komitejas darba organizēšana ilgtermiņā. Attiecībā uz sagatavotības un reaģēšanas plānošanu papildu grūtības var sagādāt notikumu attīstība plašākā starptautiskā kontekstā, kā izklāstīts **3. izcēlumā** un **I pielikumā**.

1. ieteikums

Lai paātrinātu to jauninājumu izstrādi un ieviešanu, kas noteikti ar Lēmumu par nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai, un risinātu atlikušās problēmas, ar ko saskaras Veselības drošības komiteja darbības un stratēģijas jomā:

- a) **Komisijai ir jāierosina Veselības drošības komitejai sagatavot** savām vajadzībām stratēģisku ceļvedi Lēmuma īstenošanai un izstrādei. Tā kā Lēmumā nav prasīts noteikt mērķlielumus un rādītājus, šajā ceļvedī ir jāatspoguļo kopīgās prioritātes, īpaši attiecībā uz sagatavotības plānošanas koordinēšanu, lai sekmētu vienotu izpratni par to, kā sasniegt skaidrāk saskatāmus rezultātus līdz 2020. gadam. Izstrādājot ceļvedi, ir jāņem vērā starptautiskās iniciatīvas šajā jomā, kuras īpaši uzsver profesionālapskates vai ārēja novērtējuma mehānismu nepieciešamību. Ja iespējams, jāņem vērā arī vadlīnijas sagatavotības jomā, kuras jau ir izstrādātas ES līmenī.
- b) **Komisijai ir jānodrošina**, lai atziņas, kas gūtas pirmajā ziņošanas posmā par sagatavotības plānošanu, tiktu izmantotas nākamajā ziņošanas posmā 2017. gadā, un jāuzlabo ziņošana par darbības rezultātiem saistībā ar Lēmuma ieviešanu līdz 2020. gadam. Komisijai ir jāpārlicinās, ka paziņotā informācija par progresu šajā jomā ir precīza un ka tā balstās uz metodoloģijām, par kurām ir panākta vienošanās ar dalībvalstīm un kuras ir būtiskas.
- c) **Komisijai sadarbībā ar dalībvalstīm** ir jānosaka, kā vislabāk izmantot Veselības drošības komitejas darba grupas, un jānodrošina, lai to darbs būtu labi strukturēts un pievērsts tehniskiem jautājumiem un lai tas sniegtu ieguldījumu šīs Komitejas darbā. Jau izveidotajām darba grupām, sākot ar 2017. gadu, ir jāpilda darba uzdevums un jāsniedz rezultāti, pamatojoties uz gada darba plāniem un skaidri noteiktiem mērķiem. Tas attiecas arī uz Veselības drošības komitejas sagatavotības darba grupu un tās darbu pie ES mehānisma izstrādes, ko varētu izmantot, kad jārisina neatliekamas vajadzības pēc medicīniskajiem pretpasākumiem.
- d) **Komisijai un dalībvalstīm** ir jānodrošina, ka paātrinās darbs pie pandēmiskās gripas vakcīnas kopīgā iepirkuma un ka tas dos rezultātus, cik ātri vien iespējams.

119

Mēs konstatējam, ka esošās sistēmas, kuras paredzētas agrīnai brīdināšanai un reaģēšanai un epidemioloģiskai uzraudzībai (56. punkts) un kuru juridiskais pamats ir Lēmums par nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai, ir efektīvi ieviestas, darbojas jau daudzus gadus un ka ieinteresētās personas ir plaši atzinušas to svarīgo nozīmi ES līmenī. Tomēr attiecībā uz EWRS mēs konstatējam, ka ir iespējama tās modernizēšana, tostarp iespējams modernizēt arī saistītās procedūras un procesus situācijas apzināšanai un starpgadījumu novēršanai un šīs sistēmas lietotāju kopienas organizēšanai (57.–68. punkts). Turklāt atjauninātā ES līmeņa pieeja agrīnai brīdināšanai un reaģēšanai nopietnu ķīmisku un vides apdraudējumu gadījumā vēl nav pārbaudīta (69.–73. punkts). Visbeidzot, epidemioloģiskās uzraudzības sistēma kopumā darbojas labi, taču ECDC un dalībvalstīm ir jāstrādā pie tā, lai nodrošinātu maksimālu salīdzināmību un uzraudzības datu kvalitāti (74.–77. punkts).

2. ieteikums

Lai vēl vairāk modernizētu EWRS un izstrādātu integrētākus risinājumus ar to saistītajām riska pārvaldības procedūrām, **Komisijai sadarbībā ar dalībvalstīm un ECDC**

- a) jāizskata un 2017. gadā jāierosina veidi, kā modernizēt un pastiprināt šo sistēmu. Priekšlikumā jāietver integrētas vai papildu iespējas ES līmenī situācijas apzināšanai un starpgadījumu novēršanai nopietnu pārrobežu veselības apdraudējumu gadījumā;
- b) regulāri no lietotājiem jāsaņem atsauksmes par riska pārvaldības integrētajiem risinājumiem un par EWRS darbību un pilnveidošanu.

120

Attiecībā uz veselības programmā noteikto mērķi aizsargāt iedzīvotājus no (nopietniem pārrobežu) apdraudējumiem veselībai (78. punkts) mēs konstatējam trūkumus tā darbības rezultātos. Lielākā daļa no revidētajiem 2. Veselības programmas (2008.–2013. g.) pasākumiem veselības apdraudējumu novēršanā bija sekmīgi plānoto nodevumu ziņā, taču tiem trūka ilgtspējīgu rezultātu (79.–88. punkts), tāpēc to ieguldījums ceļā uz mērķi aizsargāt iedzīvotājus no veselības apdraudējumiem bija ierobežots. Kaut gan šāds apsvērums nav jauns, tas uzsver, ka Komisijai, apspriežoties ar ieinteresētajām personām, ir jādara vairāk, lai uzlabotu darbības rezultātus šajā jautājumā. Turklāt mēs konstatējam trūkumus arī rādītāja novērtēšanā attiecībā uz 3. Veselības programmas mērķi novērst veselības apdraudējumus un relatīvi zemu izdevumu līmeni 2014.–2016. gadā saistībā ar šo konkrēto mērķi, un tas liecina, ka ir grūti finansēt pietiekamu skaitu politikas jomai nozīmīgu darbību šā mērķa sasniegšanai, lai nodrošinātu to, ka šajā nolūkā līdz 2020. gadam tiek panākta reāla ietekme (89.–94. punkts).

3. ieteikums

Lai novērstu galvenos trūkumus, kas konstatēti saistībā ar veselības programmas darbību rezultātiem veselības apdraudējumu novēršanai, **Komisijai**

- a) jāizskata un 2017. gadā jāierosina veidi, kā līdz 2020. gadam nodrošināt augstāku ilgtspēju rezultātiem, kas sasniegti veselības apdraudējuma novēršanai paredzētās darbībās, kuras finansētas saskaņā ar veselības programmu. Tostarp, plānojot darbības, labāk jānosaka vajadzības un būtiskums politikas jomai, un Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorātam un *Chafea* vairāk jāsadarbības, analizējot pašlaik īstenoto un nesen pabeigto darbību būtiskumu politikas jomai, lai sekmētu kvalitatīvu rezultātu izmantošanu (sk. 4. ieteikumu);
- b) apspriežoties ar dalībvalstīm, jānosaka un jāvienojas par skaidru metodoloģiju to ziņu vākšanai par darbības rezultātiem, kuras vajadzīgas, lai ziņotu, kāds ir progress 3. Veselības programmas noteiktā konkrētā rādītāja novērst veselības apdraudējumus sasniegšanā līdz 2020. gadam (sk. 1. ieteikumu);
- c) 2017. gadā skaidri jānosaka, kuras veselības programmas prioritātes atlikušajā laikā līdz 2020. gadam saistībā ar mērķi aizsargāt iedzīvotājus no nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai sniegs iespēju finansēt tādas darbības, kas ir būtiskas politikas jomai (sk. 3. ieteikuma a) apakšpunktu).

121

Visbeidzot, lai gan pastāv plašs koordinēšanas mehānismu klāsts, revīzijā atklājās vairākas nepilnības, kuras skar iekšējo koordināciju Komisijā attiecībā uz veselības drošības pasākumiem, ko īsteno dažādi dienesti saskaņā ar dažādām programmām, un tas kavē potenciālo sinerģiju pilnīgu izmantošanu. ES finansējuma milzīgais apjoms no dažādām tematiskajām programmām un daudzie Komisijas dienesti, kas iesaistīti šo programmu īstenošanā, nosaka to, ka veidojas blīvs Komisijas dienestu, politikas veidotāju dalībvalstīs, galalietotāju un citu ieinteresēto personu sadarbības tīkls, taču ir iespējams panākt, lai koordinācija būtu strukturētāka un vēl vairāk vērsta uz politikas jomai būtiskiem jautājumiem (96.–102. punkts). Mēs atklājam arī to, ka ir jāiegulda vairāk pūļu, lai pilnībā darbotos pašreizējās vienošanās par sadarbību starp krīzes pārvarēšanas struktūrām Komisijā (103.–106. punkts), un ka Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāta pārvaldītajam ārkārtējo darbību mehānismam veselības jomā piemīt trūkumi, kas var traucēt tā darbību, kad nākotnē būs jārisina veselības krīzes Eiropas Savienībā (107.–111. punkts).

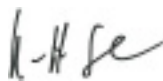
4. ieteikums

Lai novērstu Komisijas iekšējās koordinācijas nepilnības attiecībā uz darbībām, kas būtiskas veselības drošībai un sabiedrības veselības krīzes pārvarēšanai, kā arī lai uzlabotu koncepciju tās ārkārtējo darbību mehānismam veselības jomā,

- a) **Komisijai**, sākot ar 2017. gadu, ir jānosaka strukturētāka un detalizētāka pieeja Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD un citu ar veselības drošības darbībām saistīto dienestu koordinēšanai un tostarp jāveic bijušo, esošo un plānoto darbību uzskaitē. Tā būs iespējams noteikt potenciālās sinerģijas un pastiprināt sadarbību pie tādu kopēju problēmjautājumu risināšanas kā ES līdzfinansētu darbību tiešo rezultātu ierobežota izmantošana, un tas ļautu ieinteresētajām personām mērķtiecīgāk vērsties pie politikas veidotājiem;
- b) **Komisijai** ir nekavējoties jāveic pasākumi, lai sāktu darboties krīzes pārvarēšanas struktūru saprašanās memorands, ko noslēdza Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD, Migrācijas un iekšlietu ĢD un Eiropas Civilās aizsardzības un humānās palīdzības operāciju ĢD; tie ietver kopīgus pasākumus, lai dalītos ar gūtajām atziņām, un savstarpējas mācības par politikas jomām un sistēmām, kā arī standarta operāciju procedūru izstrādāšanu;
- c) **Komisijai** nekavējoties jāpārskata tās ārkārtējo darbību mehānisms veselības jomā un jānodrošina, lai tas tiktu atjaunināts, ņemot vērā Ebolas vīrusa izraisītās krīzes un nozīmīgāko ES līmeņa praktisko nodarbību laikā gūtās atziņas, lai tiktu ieviesti pastāvīgi uzraudzīti mācību plāni visiem darbiniekiem, ko potenciāli var iesaistīt šā mehānisma darbībās, un, ja iespējams, jāapmainās viedokļiem ar ECDC un Eiropas Civilās aizsardzības un humānās palīdzības operāciju ĢD par to attiecīgajām krīzes pārvarēšanas rokasgrāmatām vai struktūrām.

Šo ziņojumu 2016. gada 5. oktobra sēdē Luksemburgā pieņēma Revīzijas palātas I apakšpalāta, kuru vada Revīzijas palātas loceklis *Phil Wynn Owen*.

Revīzijas palātas vārdā –



priekšsēdētājs
Klaus-Heiner LEHNE

Sagatavotības un reaģēšanas plānošana starptautiskā kontekstā

Starptautiskie veselības aizsardzības noteikumi (2005. g.) (SVAN 2005)

1. PVO starptautiskos veselības aizsardzības noteikumus (1969. g.) pilnībā pārskatīja un aizstāja 2005. gadā, un jaunie noteikumi stājās spēkā 2007. gadā. SVAN mērķis ir "atbilstoši sabiedrības veselības apdraudējumam un tikai attiecībā uz to, turklāt izvairoties no nevajadzīgas starptautiskās preču aprites un personu kustības kavēšanas, nodrošināt sabiedrības veselības aizsardzības sistēmas spējas reaģēt uz slimību starptautisku izplatīšanos, kā arī nodrošināt to profilaksi, kontroli un aizsardzību pret tām"¹. 2005. gadā izstrādātajos SVAN ir noteikts, ka dalībvalstis paziņo PVO par katru notikumu, kas var izraisīt starptautiskas nozīmes ārkārtas situāciju sabiedrības veselības jomā, neatkarīgi no tā, kāda ir šī notikuma izcelsme, un ka tās izstrādā, nostiprina un uztur galvenās spējas sabiedrības veselības uzraudzībai un reaģēšanai, izmantojot savas valsts resursus, piemēram, valsts plānu sagatavotībai gripas pandēmijas gadījumā. Šie noteikumi ir paredzēti arī tam, lai samazinātu slimību izplatīšanās risku starptautiskās lidostās, ostās un sauszemes robežšķērsošanas vietās, un tajos ir noteikta prasība izstrādāt valsts un PVO SVAN kontaktpunktus steidzamu paziņojumu nosūtīšanai.
2. SVAN (2005. g.) nav paredzēts nekāds mehānisms, lai panāktu to izpildi valstīs, kuras šos noteikumus neievēro. PVO uzrauga SVAN ieviešanu un atjaunina un publicē attiecīgas vadlīnijas. Tās ekspertu grupas un Pārskatīšanas komitejas pārskata SVAN efektivitāti ārkārtas situācijās, piemēram, tas tika darīts pēc Ebolas vīrusa uzliesmojuma (lai iegūtu plašāku informāciju, sk. **3. izcēlumu** ziņojuma pamattekstā).

Starptautiskas nozīmes ārkārtas situācija sabiedrības veselības jomā

3. Saskaņā ar SVAN starptautiskas nozīmes ārkārtas situācija sabiedrības veselības jomā ir ārkārtējs sabiedrības veselības gadījums, kas izraisa sabiedrības veselības apdraudējumu citām valstīm, slimībai starptautiski izplatoties, un kad, iespējams, vajadzīga koordinēta starptautiska reaģēšana. Starptautiskas nozīmes ārkārtas situāciju sabiedrības veselības jomā izsludina PVO ģenerāldirektors, pamatojoties uz Ārkārtējo situāciju komitejas ieteikumu. Ja tiek izsludināta šāda situācija, PVO pienākums ir reālā laikā reaģēt uz to. PVO ģenerāldirektors, kuram palīdz Ārkārtējo situāciju komiteja, izstrādā un iesaka būtiskos pasākumus veselības aizsardzības jomā, kuri dalībvalstij ir jāīsteno.

SVAN un Eiropas Savienība

4. Visas ES dalībvalstis ir PVO dalībvalstis un sniedz tai ziņas par SVAN ieviešanu, piemēram, atbildot uz aptaujas anketām un sagatavojot pašnovērtējumu. Pati ES nav PVO dalībniece un līdz ar to nav SVAN puse. Tomēr SVAN ir atzīta ES potenciālā loma kā "reģionālās ekonomiskās integrācijas organizācijai", un tajos norādīts: "Neskarot savas saistības saskaņā ar šiem noteikumiem, dalībvalstis, kas ir reģionālās ekonomiskās integrācijas organizācijas locekles, savās savstarpējās attiecībās piemēro attiecīgajā reģionālajā ekonomiskās integrācijas organizācijā spēkā esošos kopējos noteikumus." Komisija un ECDC saskaņo savas darbības ar PVO politiskā² un tehniskā līmenī, tostarp notiek informācijas apmaiņa saistībā ar riska paziņošanu un ir dota lasīšanas piekļuve noteiktām brīdināšanas sistēmām (tādām kā PVO gadījumu informācijas sistēma un ES agrinās brīdināšanas un reaģēšanas sistēma). Lēmums Nr. 1082/2013/ES piešķir Komisijai jaunas tiesības izziņot ārkārtas situāciju sabiedrības veselības jomā, taču šī izziņošana būtiski atšķiras no PVO ģenerāldirektora izziņotās situācijas (sk. **A izcēlumu**).

1 Starptautiskie veselības aizsardzības noteikumi (2005. g.), otrais izdevums, Pasaules Veselības organizācija, 2008. g.

2 Sk., piemēram, 2010. gada Kopīgo deklarāciju (Maskavas deklarāciju), kurā izklāstīti PVO un Komisijas sadarbības pamatprincipi, kā arī attiecīgos atjauninājumus Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD publiski pieejamajā tīmekļa vietnē. Starp ECDC un PVO ir noslēgta arī administratīva vienošanās.

A izcēlums. Ārkārtas situācijas izziņošana Eiropas Savienībā

Kā izklāstīts iepriekš, starptautiskas nozīmes ārkārtas situācija sabiedrības veselības jomā SVAN ir definēta kā "ārkārtējs gadījums, par ko saskaņā ar šiem noteikumiem ir konstatēts: i) ka tas izraisa sabiedrības veselības apdraudējumu citām valstīm, slimībai starptautiski izplatoties, un ii) ka šajā gadījumā, iespējams, vajadzīga koordinēta starptautiska reaģēšana". To, vai attiecīgais gadījums atbilst šai kategorijai, nosaka PVO ģenerāldirektors, un tam nepieciešams sasaukt ekspertu komiteju – SVAN Ārkārtējo situāciju komiteju.

Viens no Lēmuma Nr. 1082/2013/ES ieviestajiem jauninājumiem paredz, ka tagad arī Komisija var izziņot Eiropas Savienībā ārkārtas situāciju sabiedrības veselības jomā. Saskaņā ar 12. pantu Komisija var atzīt sabiedrības veselības ārkārtas situāciju attiecībā uz: a) cilvēku gripas epidēmiju, kas var kļūt par pandēmiju, ja ir informēts PVO ģenerāldirektors un viņš vēl nav pieņēmis lēmumu par gripas pandēmijas izziņošanu saskaņā ar PVO piemērojamajiem noteikumiem; vai b) gadījumiem, kas nav a) apakšpunktā minētie, ja ir informēts PVO ģenerāldirektors un viņš vēl nav pieņēmis lēmumu par starptautiska mēroga ārkārtas situācijas izziņošanu sabiedrības veselības jomā saskaņā ar SVAN un ja:

- i) attiecīgais nopietnais pārrobežu veselības apdraudējums apdraud sabiedrības veselību Savienības līmeni;
- ii) nav nodrošinātas ar šo apdraudējumu saistītās medicīniskās vajadzības, kas nozīmē, ka Savienības līmenī nav atzīta atbilstīga diagnostikas, profilakses vai ārstēšanas metode vai, pat ja šāda metode pastāv, zāļu atzīšanai tomēr varētu būt būtiskas terapeitiskas priekšrocības skartajām personām.

Lēmuma 13. pantā ir papildināts, ka ārkārtas situācijas atzīšanai saskaņā ar 12. punktu ir tikai vienas juridiskās sekas – tā rada iespēju piemērot Regulas (EK) Nr. 507/2006³ 2. panta 2. punktu vai, ja atzīšana attiecas konkrēti uz cilvēku gripas epidēmiju, kas var kļūt par pandēmiju, tā rada iespēju piemērot Regulas (EK) Nr. 1234/2008⁴ 21. pantu. Tas nozīmē, ka ārkārtas situācijas izziņošana saskaņā ar Lēmuma Nr. 1082/2013/ES 12. pantu iespējama vienīgi kā medicīnisku pretpasākumu paātrināta apstiprināšanas procedūra pandēmijas gadījumā un farmācijas jomas tiesību aktu praktiska īstenošana. Tās piemērošana ir daudz ierobežotāka nekā PVO izziņotā starptautiskas nozīmes ārkārtas situācija sabiedrības veselības jomā, lai gan var būt tādas situācijas, kad jebkādas izcelsmes nopietns pārrobežu apdraudējums veselībai īpaši skar ES, nevis plašāku pasaules sabiedrību, par kuru ir atbildīga PVO. Tas nozīmē arī to, ka ES nav brīdinājuma līmeņu skalas (kas būtu saistīta, piemēram, ar Veselības drošības komitejas reglamentu), ar kuras palīdzību varētu noteikt, kādi Lēmumā paredzētie reaģēšanas pasākumi jāīsteno un kādas spējas jāmobilizē, vai ar kuru saskaņā sāktu darboties papildu jaudas vai finansējuma mehānisms.

3 Komisijas 2006. gada 29. marta Regula (EK) Nr. 507/2006 par cilvēkiem paredzēto zāļu tirdzniecības atļauju ar nosacījumiem, uz ko attiecas Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (EK) Nr. 726/2004 (OV L 92, 30.3.2006., 6. lpp.).

4 Komisijas 2008. gada 24. novembra Regula (EK) Nr. 1234/2008 par izmaiņu izskatīšanu cilvēkiem paredzētu zāļu un veterināro zāļu tirdzniecības atļauju nosacījumos (OV L 334, 12.12.2008., 7. lpp.).

Starptautiskās iniciatīvas sagatavotības plānošanā un pārredzamībā

5. Ir arī vairākas citas starptautiskas iniciatīvas, kas paredzētas, lai pastiprinātu sagatavotības plānošanu un palielinātu pārredzamību. Tās galvenokārt attiecas uz Globālās veselības drošības programmas⁵ iniciatīvu veikt profesionālapskates⁶, G7 un Globālās veselības drošības iniciatīvu⁷ atbalstīt šos pasākumus⁸, kā arī ECDC veiktajiem valstu apmeklējumiem, ko Centrs veic brīvprātīgi un kuru laikā pievēršas arī sagatavotības jautājumiem⁹. Ziņojumā par konferenci¹⁰ "Gūtā pieredze attiecībā uz sabiedrības veselību saistībā ar Ebolas vīrusa epidēmiju Rietumāfrikā – kā uzlabot sagatavotību un reaģēšanu Eiropas Savienībā turpmāku uzliesmojumu gadījumā", kas tika izmantots Padomes 2015. gada decembra secinājumos, ir iekļauts šāds ieteikums: "Profesionālapskates varētu palīdzēt dalībvalstīm uzlabot to sagatavotības plānus, ņemot vērā bijušās un pašreizējās iniciatīvas attiecībā uz neatkarīgiem valstu novērtējumiem pasaules un reģionālā līmenī."

- 5 Globālās veselības drošības programmu sāka 2014. gada februārī, tā ir gandrīz 50 valstu, starptautisku organizāciju un nevalstisku dalībnieku partnerība, kura arvien paplašinās un kuras mērķis ir palīdzēt valstīm veidot spējas nolūkā pasargāt pasauli no infekcijas slimību draudiem un veselības drošību pasaulē padarīt par valsts un pasaules līmeņa prioritāti. Programmai izmanto daudznazaru pieeju, lai veidotu gan pasaules, gan valsts spējas "novērst un noteikt cilvēku un dzīvnieku infekcijas slimību draudus un reaģēt uz tiem neatkarīgi no tā, vai šīs slimības uzliesmo dabiski, nejauši vai tiek izplatītas apzināti". <https://ghsagenda.org>
- 6 "Pašnovērtējums un ārējs novērtējums, ko veikusi ekspertu grupa no citām valstīm, kuras piedalās Globālās veselības drošības programmā. Šis vienādranga modelis nodrošina objektīvu pieeju un atvieglo pārrobežu mācības. Globālās veselības drošības programmas ietvaros veiktos novērtējumus jāveic vismaz divas reizes katrā valstī: pirmajā reizē nosaka sākotnējos atskaites punktus, bet pēc tam – panākto progresu." No ES dalībvalstīm profesionālapskatē jau ir piedalījušās Portugāle un Apvienotā Karaliste, un par to ir publicēts ziņojums.
- 7 "Globālās veselības drošības iniciatīva ir neformāla starptautiska partnerība, kurā apvienojušās vienādi domājošas valstis, lai visā pasaulē pastiprinātu veselības aizsardzības sistēmas sagatavotību un reaģēšanas spēju bioloģiskā, ķīmiskā, radioloģiskā un kodolterorisma, kā arī gripas pandēmijas draudu gadījumos. Šo iniciatīvu 2001. gada novembrī ierosināja Kanāda, Eiropas Savienība, Francija, Vācija, Itālija, Japāna, Meksika, Apvienotā Karaliste un Amerikas Savienotās valstis. PVO darbojas kā Globālās veselības drošības programmas eksperts padomdevējs." (<http://www.ghsi.ca/english/index.asp>)
- 8 "Lai turpmākie slimību uzliesmojumi nekļūtu par plaša mēroga ārkārtas situācijām sabiedrības veselības jomā, G7 valstu vadītāji vienojās nākamo piecu gadu laikā piedāvāt palīdzību vismaz 60 valstīm, tostarp Rietumāfrikas valstīm, SVAN ieviešanā, arī ar Globālās veselības drošības programmas starpniecību un izmantojot tās kopējos mērķlielumus, kā arī citas daudzpusējas iniciatīvas." G7 valstu veselības ministru deklarācija, 2015. gada 8.–9. oktobris, Berlīne.
- 9 ECDC tehniskais ziņojums "Ebola emergency preparedness in EU Member States: conclusions from peer-review visits to Belgium, Portugal and Romania" [ES dalībvalstu sagatavotība ārkārtas situācijām saistībā ar Ebolas vīrusu: secinājumi pēc profesionālapskates apmeklējumiem Beļģijā, Portugālē un Rumānijā], 2015. gada jūnijs.
- 10 Augsta līmeņa konference, ko Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD organizēja 2015. gada 12.–14. oktobrī Mondorflebenā, Luksemburgā.

Galveno atbildīgo iestāžu un pienākumu sadalījums ES satvarā iedzīvotāju aizsardzībai no nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai

Dalībvalstu sabiedrības veselības aizsardzības iestādes

1. Dalībvalstu sabiedrības veselības aizsardzības iestādes ir atbildīgas par sabiedrības veselības aizsardzības politiku valsts līmenī un par sabiedrības veselības apdraudējumu novēršanu. Ir iespējamās atšķirības pienākumu sadalījumā dalībvalstīs attiecībā uz dažiem aspektiem sagatavotības un reaģēšanas plānošanā, kā arī agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmās, par ko atbild dažādas valsts iestādes atkarībā no valsts pārvaldības iestāžu struktūras, riskiem, kam valsts ir pakļauta, vai konkrētās situācijas. Dažās dalībvalstīs atbildība par sabiedrības veselības aizsardzību ir daļēji vai lielākoties decentralizēta, un tas attiecas arī uz sagatavotības un reaģēšanas plānošanu. ES dalībvalstis ir iekļautas arī PVO Eiropas Reģionālajā birojā¹ un to pienākums ir ieviest starptautiskos veselības aizsardzības noteikumus, kā paskaidrots **I pielikumā**.
2. Kopš ir pieņemts Lēmums Nr. 1082/2013/ES, dalībvalstīm ir pienākums paziņot noteiktu informāciju par savu sagatavotības un reaģēšanas plānošanu arī Komisijai. Lēmumā Nr. 1082/2013/ES ir noteikts, ka dalībvalstīm un Komisijai ir jāapspriežas Veselības drošības komitejā, lai saskaņotu centienus izveidot, nostiprināt un saglabāt spēju pārraudzīt nopietnus pārrobežu veselības apdraudējumus, laikus brīdināt par tiem, tos novērtēt un uz tiem reaģēt. Šīs apspriešanās mērķis ir dalīties ar paraugpraksi un pieredzi sagatavotības un reaģēšanas plānošanā, veicināt valsts sagatavotības plānošanas savstarpējo izmantojamību, pievērsties šīs plānošanas starpnozaru dimensijai Savienības līmenī un atbalstīt pamatspējas prasību īstenošanu attiecībā uz uzraudzību un reaģēšanu saskaņā ar Starptautiskajiem veselības aizsardzības noteikumiem. Dalībvalstis arī ieceļ valsts kompetentās iestādes, kas atbild par epidemioloģisko uzraudzību un par datu nosūtīšanu Eiropas Uzraudzības sistēmai saskaņā ar ES noteikumiem un vadlīnijām, un norīko valsts agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmas kontaktpunktus, kuru pārziņā ir šīs sistēmas uzraudzība un kuru pienākums ir izziņot brīdinājumu saskaņā ar Lēmuma noteikumiem.

Eiropas Komisijas Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts

3. Komisija nodrošina Veselības drošības komitejas sekretariātu un priekšsēdētāja biroju un koordinē Ārkārtējo darbību mehānismu veselības jomā un nodrošina tā darbību. Tā pārvalda arī attiecīgās IT sistēmas un koordinē šīs politikas jomas transversālos jautājumus ar citiem Komisijas dienestiem un aģentūrām, kā arī starptautiskām organizācijām, piemēram, PVO. Lēmums Nr. 1082/2013/ES par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem konkrēti nosaka, ka Komisija (t.i., Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD) saziņā ar dalībvalstīm nodrošina informācijas koordinēšanu un apmaiņu saistībā ar mehānismiem, struktūrām un darbībām, kas attiecas uz sagatavotības un reaģēšanas plānošanu, uzraudzību, kā arī nopietnu pārrobežu veselības apdraudējumu apkarošanu un agrīno brīdināšanu par tiem. Komisija ir atbildīga arī par to, lai nebūtu nekādas darbību dublēšanās vai pretrunīgu darbību un lai tai būtu pieejami pienācīgi resursi tai uzticēto un kritiski svarīgo uzdevumu un funkciju izpildei.

¹ Tajā ietilpst 55 valstis, kas ziņo PVO Eiropas Reģionālajam birojam Kopenhāgenā.

Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs (ECDC)

4. ECDC koordinē un uztur infekcijas slimību epidemioloģiskās uzraudzības tīklu, kā arī uzrauga mikrobu rezistenci un ar veselības aprūpi saistītas infekcijas, kas attiecas uz infekcijas slimībām. Centrs ir ES aģentūra, kuras uzdevums ir identificēt un novērtēt pašreizējos un jaunus infekcijas slimību radītus draudus cilvēka veselībai, kā arī informēt par tiem. ECDC arī izmitina agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmu. Tā ir tīmeklī balstīta sistēma, kas savieno Komisiju, ECDC un dalībvalstu sabiedrības veselības aizsardzības iestādes, kuras ir atbildīgas par pasākumiem infekcijas slimību kontrolei. EEZ valstis (Islande, Lihtenšteina un Norvēģija) arī ir iesaistītas šajā sistēmā, un PVO ir dota lasīšanas piekļuve.
5. Saskaņā ar Lēmumu par nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai ECDC uzdevums ir sniegt zinātniskus atzinumus un novērtēt risku saistībā ar draudiem, par kuriem agrīnās brīdināšanas sistēmā ir iesniegts paziņojums, īpaši, ja tiem ir bioloģiska vai nezināma izcelsme. Citām ES aģentūrām vai struktūrām (piemēram, zinātniskajām komitejām) Komisija var lūgt sākotnēju riska novērtējumu, ja tām ir vairāk zināšanu par konkrēto apdraudējumu. Pēc to lūguma ECDC var sniegt plašāku palīdzību Komisijai un dalībvalstīm Lēmumā Nr. 1082/2013/ES noteikto sagatavotības plānošanas prasību īstenošanai. ECDC gada budžetā ir ietvertas arī slimību programmas; tās ir vertikālas ar konkrētām slimībām saistītas programmas, kurās ir tādi komponenti kā spēju veidošana un riska paziņošana. Centrs var sniegt reaģēšanas atbalstu valstīm un starptautiskām organizācijām slimību uzliesmojuma gadījumā, kā tas notika Ebolas vīrusa uzliesmojuma laikā. Tas darbojas kā Ārkārtas pasākumu centrs, pamatojoties uz Rokasgrāmatu ārkārtas situācijas gadījumiem veselības jomā. ECDC pašreizējā pieeja ir virzīta uz visu veidu apdraudējumiem (proti, ne tikai uz veselības apdraudējumiem, ko izraisa infekcijas slimības, bet arī citi cēloņi), un tā ir saskaņota ar SVAN un Lēmuma Nr. 1082/2013/ES mērķiem. Šīs pilnvaras ir plašākas nekā iepriekšējās, kas tradicionāli attiecās uz infekcijas slimībām un sagatavotību pandēmijām.

Revidēto līdzfinansēto darbību apskats

Šajā tabulā ir uzskaitīti galvenie fakti par revidētajām darbībām, ko līdzfinansēja saskaņā ar 2. Veselības programmas (2008.–2013. g.) mērķi novērst veselības apdraudējumus un ko pārvaldīja *Chafea* vai Veselības un pārtikas nekaitīguma ĢD (attiecībā uz trim iepirkumiem).

Nr. p. k.	Vispārīgs apraksts	Finansēšanas instruments	ES līdzfinansējums dotācijas nolīgumam (EUR)
1.	Vispārēja satvara izstrādāšana ārkārtas vakcīnu ātrai izgatavošanai un novērtēšanai	Projekts	2 116 023
2.	Optimizēt testus un sasaisti ar <i>HIV</i> inficēto cilvēku aprūpi visā ES	Projekts	1 429 984
3.	Sabiedrības veselības apdraudējumu un bioloģiskās drošības riska kontroles tīkls Vidusjūras reģionā un Balkānos	Projekts	900 000
4.	Eiropas Savienībā ieceļojošo migrantu B un C hepatīta skrīnings	Projekts	800 000
5.	Aptauja par sindromu uzraudzību; novērtējums attiecībā pret vadlīnijām Eiropai	Projekts	798 814
6.	Stratēģija sabiedrības veselības aizsardzības pielāgošanai ekstrēmu laikapstākļu gadījumā	Projekts	750 000
7.	Nodrošināt iespēju pilsoniskajai sabiedrībai un sabiedrības veselības aizsardzības sistēmai apkarot tuberkulozes epidēmiju neaizsargātās iedzīvotāju grupās	Projekts	750 000
8.	ES brīdināšanas un reaģēšanas izmaksu efektivitātes novērtējums cilvēku gripas pandēmijas gadījumā	Projekts	700 000
9.	Eiropas tīkls dzemdes kakla vēža uzraudzībai un kontrolei jaunajās Eiropas Savienības dalībvalstīs	Projekts	615 023
10.	Veselības aprūpes speciālistu vakcinācijas veicināšana Eiropā	Projekts	604 000
11.	Koordinēta rīcība aviācijas nozarē sabiedrības veselības apdraudējumu kontrolei	Projekts	598 566
12.	Popularizēt vakcināciju migrantu grupās Eiropā	Projekts	548 680
13.	Ķīmiskas izcelsmes apdraudējumu brīdināšanas, uzraudzības un ziņošanas sistēma, III posms	Projekts	497 760
14.	Eiropas tīkls reakcijai ķīmiskās avārijas situācijā	Projekts	447 600
15.	Praktiskas nodarbības kvalitātes nodrošināšanai un sadarbības tīkla veidošana īpaši infekciozu patogēnu noteikšanā	Kopīga darbība	3 316 326
16.	Štāba mācības nopietnu veselības pārrobežu apdraudējumu gadījumā, kas attiecas uz ķīmisko un vides jomu	Iepirkums/pakalpojuma līgums	458 989
17.	Divu reģionālu mācībsemināru rīkošana ar dalībvalstu sabiedrības veselības aizsardzības iestāžu piedalīšanos saistībā ar jaunā lēmuma par nopietniem pārrobežu apdraudējumiem veselībai ieviešanu.	Iepirkums/pakalpojuma līgums	249 599
18.	Agrinās brīdināšanas un ziņošanas sistēma, <i>Hedis</i> (informācijas sistēma par ārkārtas situācijām veselības aizsardzībā un slimībām), <i>Nemo</i> (krīzes pārvaldības informācijas apmaiņas mehānismu uzraudzība)	Iepirkums/pakalpojuma līgums	1 588 500
19.	ES references laboratoriju sistēma cilvēka patogēnu jomā	Iepirkums/pakalpojuma līgums	500 000
20.	Darbinieku mācību rīkošana un praktisko nodarbību vadīšana Eiropas līmenī kā sagatavotības pamatelements	Iepirkums/pakalpojuma līgums	333 646
Kopā:			18 003 510

Šajā tabulā ir uzskaitīti galvenie fakti par revidētajām darbībām, ko līdzfinansēja saskaņā ar Septīto pētniecības pamatprogrammu (7. PP) (2008.–2013. g.).

Nr. p. k.	Atlasītās darbības vispārējais mērķis	Finansējums saskaņā ar 7. PP programmu	Atbildīgais Komisijas dienests	ES līdzfinansējums (EUR)
1.	Epidēmijas attīstības gaitas paredzēšana un pandēmijas simulēšana	EPP ¹	ERCEA	684 000
2.	Jaunu un atkārtoti parādījušos infekcijas slimību platforma	“Veselība”	Pētniecības un inovācijas ĢD	11 909 560
3.	Infekciju kontrole aviācijā, sākot ar efektīvu karantīnu līdz lidmašīnas salona dezinfekcijas/dekontaminācijas protokolam	“Cilvēki”	Pētniecības izpildaģentūra	100 000
4.	Izstrādāt uz pierādījumiem balstītu ieteikumu kopumu izturēšanās un paziņošanas jomā, kas adresēts veselības aizsardzības darbiniekiem un aģentūrām visā Eiropā nopietnu slimības uzliesmojumu gadījumā	“Veselība”	Pētniecības un inovācijas ĢD	1 999 607
5.	Farmācijas uzņēmumu loma veselības drošības politikas definēšanā un īstenošanā	EPP	ERCEA	1 197 694
6.	Pārveidot Eiropas spēju reaģēt uz smagām epidēmijām vai pandēmijām, nodrošinot infrastruktūru, koordināciju un pašreizējo klīnisko pētījumu tīkla integrāciju	“Veselība”	Pētniecības un inovācijas ĢD	23 992 375
7.	Izveidot integrētu pasākumu kopumu, lai palīdzētu pārvadātājiem un attiecīgajiem dalībniekiem galvenajos transporta mezglos izstrādāt sagatavotības un reaģēšanas plānus pandēmiju un bīstamu patogēnu gadījumā	SEC ²	Migrācijas un iekšlietu ĢD	3 142 004
8.	Eiropas veselības aprūpes dienestu savstarpēja izmantojamība un sagatavotība tādu dzīvībai bīstamu apdraudējumu gadījumā kā pandēmijas un plaši terora akti	SEC	Pētniecības izpildaģentūra	2 789 940
9.	Pastiprināt Eiropas sabiedrības un kopienu sagatavotību plaša mēroga pārrobežu katastrofām	SEC	Pētniecības izpildaģentūra	999 084
10.	Efektīvi risināt problēmas, ar ko saskaras zinātne un sabiedrība pandēmiju gadījumā, un ar to saistītā krīzes pārvarēšana. Izstrādāt integrētu un starpdisciplināru stratēģiju	SIS ³	Pētniecības un inovācijas ĢD	3 939 880
Kopā:				50 754 144

- 1 Eiropas Pētniecības padome.
- 2 Drošības programma.
- 3 Zinātne sabiedrībā.

Kopsavilkums

III

Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ir pamatots ar Līguma 168. pantu par sabiedrības veselību.

V

Komisija un dalībvalstis strādā, lai izveidotu infrastruktūru, kas nepieciešama, lai pilnīgi un efektīvi ieviestu Lēmumu par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem. Šis ir sarežģīts uzdevums. Lai arī kavējumi, piemēram, atsevišķu īstenošanas aktu pieņemšanā, ir atzīti, tie tiek novērsti un nav būtiski vājinājuši to, cik efektīvi ES reaģē uz pārrobežu veselības apdraudējumiem. Dalībvalstu un Komisijas pienākumi ir skaidri noteikti Lēmumā Nr. 1082/13

VI

Kavējumi, īstenojot Lēmumu par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem, parāda veselības apdraudējumu situācijas sarežģītību vai "konkrētā jautājuma sarežģītību". Kā norādīts izsmeļošajos komentāros tālāk, ir panākts nozīmīgs progress atlikušo īstenošanas aktu sagatavošanā un darba pie medicīniskajiem pretlīdzekļiem veicināšanā. Tagad ir pilnībā ieviests kopīga iepirkuma mehānisms. Veselības drošības komiteja ir pilnībā darboties spējīga; Komisija komitejā ar dalībvalstīm apspriedīs Palātas apsvērumu.

VII

Komisija uzskata, ka, kaut arī laika gaitā veikti sistēmas tehniski uzlabojumi, būtu vēlama tās modernizācija. Komisija pašlaik strādā ar Eiropas Slimību profilakses un kontroles centru (ECDC), lai modernizētu agrinās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmu (EWRS).

IX

Komisija uzskata, ka Komisijas dienestu koordinācija dažādu ar veselības drošību saistīto aspektu risināšanā ir laba, un Palātas minētie konkrētie jautājumi tiek risināti. Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts 2016. gadā ir veicis nozīmīgus pasākumus, lai uzlabotu ārkārtējo darbību mehānisma veselības jomā (HEOF) funkcionēšanu.

X i)

Komisija pieņem 1. ieteikumu un piekrīt, ciktāl tas attiecas uz tās lomu Veselības drošības komitejā un kopīgā iepirkuma mehānismā. Tā apspriedīs šos jautājumus Veselības drošības komitejā.

ii)

Komisija pieņem 2. ieteikumu. Komisija pašlaik strādā ar ECDC, lai modernizētu EWRS sistēmu, un apspriedīsies ar dalībvalstīm, kā lietotāju atsauksmes var uzlabot sistēmas darbību.

Komisijas atbilde

iii)

Komisija pieņem 3. ieteikuma a) un c) punktu un daļēji pieņem 3. ieteikuma b) punktu.

Komisija atzīst, ka ilgtspēja ir aktuāls jautājums, kaut arī pēdējo gadu laikā daudz kas ir paveikts. Tiek veikti pastāvīgi uzlabojumi, jo sevišķi Komisijas izstrādātā rīcības plāna satvarā pēc 2. Veselības programmas *ex post* novērtējuma.

iv)

Komisija daļēji pieņem 4. ieteikuma a) punktu un pieņem 4. ieteikuma b) un c) punktu. Attiecīgo Komisijas dienestu sadarbība ir laba, un notiek dienestu apspriedes, lai uzlabotu koordinēšanu vēl vairāk.

Komisija uzskata, ka ārkārtējo darbību mehānisma veselības jomā (*HEOF*) struktūra ir stabila un nosaka funkcijas un brīdināšanas līmeņus. Sākot ar 2016. gada jūniju, Komisija izstrādāja pastāvīgu mācību programmu, lai nodrošinātu *HEOF* pilnīgu darbības spēju jebkurā brīdī.

Revīzijas apsvērumi

21

Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ir būtisks solis pretim dalībvalstu sadarbības pilnveidošanai, lai uzlabotu reaģēšanu uz apdraudējumiem veselībai un ES pilsoņu aizsardzību.

Komisija apzinās, ka notika atsevišķi kavējumi, tomēr tā uzskata, ka tie neliek apšaubīt dalībvalstu sadarbības efektivitāti darbā ar nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem.

24

Tā kā veselības drošības sagatavotība skar jutīgas jomas, ziņošanas veidni pamatīgi apsprieda ar dalībvalstīm, un vienošanās panākšanai bija nepieciešama otra komitoloģijas sanāksme.

25

Veselības drošības komitejai iesniegtajā ziņojumā nebija iekļauta atsevišķā dalībvalstu informācija, jo veselības drošības sagatavotība skar jutīgas jomas. Šis ziņojums pamatojas vienīgi dalībvalstu ieguldījumā, jo likumdošana nedod Komisijai tiesības pārbaudīt dalībvalstu sniegtās informācijas esamību un pareizumu.

Ziņojuma rezultātus tālāk apsprieda Veselības drošības komitejas Sagatavotības un reaģēšanas plānošanas darba grupā (2015. gada 12. novembrī). Veselības drošības komitejas plenārsēdē (2016. gada 7.–8. jūnijā) dalībvalstīm paziņoja par atjaunināto ziņojumu, kurā ir plaši atspoguļotas katras dalībvalsts galvenās problēmas.

26

Komisija uzskata, ka progresā ziņojums sniedz visaptverošu pārskatu par valstu sagatavotības līmeni Eiropas Savienībā un piedāvā skaidras norādes, kā novērst trūkumus un nepilnības, izmantojot rīcības plānu, par ko dalībvalstis vienojās pēc Veselības drošības komitejas apstiprinājuma. Veselības drošības komitejas sagatavotības apakšgrupa turpinās apspriesties par to, kā tiek reaģēts uz ziņojuma konstatējumiem, ņemot vērā mācības, kas gūtas pēc Ebolas vīruslimības uzliesmojuma. Pirmā šīs grupas audiosanāksme notika pirms Veselības drošības komitejas sapulces 2015. gada novembrī.

Apspriedes un darbs ar ECDC un PVO Eiropas Reģionālo biroju notiek, lai pārskatītu ziņošanas veidni saskaņā ar 4. pantu, ņemot vērā PVO pieeju SVAN īstenošanai un jauno pārraudzības un novērtējuma satvaru.

3. izcēlums. Starptautiskās norises saistībā ar sagatavotību: trūkumi pašnovērtējumā par starptautisko veselības aizsardzības noteikumu ieviešanu

Šis izcēlums attiecas uz norisēm PVO ārpus ES tiesiskā regulējuma.

27

Kā jau ir paskaidrots, dalībvalstis aktīvi iesaistījās jautājumu sagatavošanā, un komitoloģijas procedūra sasniedza vajadzīgo kvalificēto balsu vairākumu.

28

Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem nenodrošina Komisijai nekādas pilnvaras noteikt dalībvalstīm konkrētu vispārēju sagatavotības struktūru. Palātas minētā Vispārējās sagatavotības plānošanas stratēģija ir tehnisks dokuments, kas ir daļa no notiekošā darba ar dalībvalstīm pie sagatavotības konteksta. Dalībvalstis Veselības drošības komitejas dalībniekiem ir īpašs uzdevums izplatīt esošās vadlīnijas.

29

Procedūras ir sarežģītas gan no juridiskā viedokļa attiecībā uz ES kompetenci veselības jomā, kas paredz atbalstīt, koordinēt vai papildināt dalībvalstu darbības sabiedrības veselības jomā, gan arī lielā dalībnieku skaita un valstu sarežģīto struktūrvienību dēļ, kā arī saistībā ar starptautiskajām struktūrvienībām, kas nodarbojas ar šīm tēmām.

Komisija uzskata, ka saskaņā ar Lēmuma 4. panta ziņojumu apkopotā informācija par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem sniedz visaptverošu pārskatu par valstu sagatavotības līmeni Eiropas Savienībā un piedāvā skaidras norādes, kā novērst trūkumus un nepilnības. Veselības drošības komitejas sagatavotības apakšgrupa turpinās ar to strādāt.

30

Komisija cieši sadarbojas ar dalībvalstīm Veselības drošības komitejā un tās sagatavotības darba grupu, lai izstrādātu struktūras un pasākumus sadarbībai attiecībā uz sagatavotību, arī rīcības plānu izstrādāšanu, sadarbību saistībā ar medicīniskajiem pretlīdzekļiem un ziņošanu atbilstīgi Lēmuma par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem 4. pantam. Tas ietver arī apspriedes par ziņošanu par progresu.

31

Tā kā Lēmumā par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem nav ietverts mērķis un rādītājs, Komisija izstrādāja citus ziņošanas veidus sadarbībā ar ECDC, kā izklāstīts 33. punktā.

33

ECDC novērtējuma pamatā ir reakcijas uz Lēmuma par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem 4. panta ziņojumu. Šis tehniskais novērtējums pilnībā ir ECDC kompetencē.

Komisija ar ECDC apspriež piemērotu rādītāju izstrādi, lai varētu pārlicināši noteikt sagatavotības progresa pakāpi.

Jauno rādītāju izstrāde ir daļa no plašākas pieejas valstu veselības profilu izveidei ECDC, PVO Eiropas Reģionālā biroja un dalībvalstu apspriedēs sagatavotības darba grupā.

34

Kā daļu no darba pie sagatavotības Veselības drošības komitejā Komisija ar dalībvalstīm apspriedīs rādītāju piemērotību. ECDC ziņojums ir tehnisks pārskats par dalībvalstu situāciju, trūkumiem un vajadzībām attiecībā uz sagatavotību un reaģēšanas plānošanu.

37

Komisija uzskata, ka ikdienas sadarbība nopietnu veselības apdraudējumu, piemēram, Zikas vīrusa uzliesmojuma gadījumos, parāda, ka uzdevumu sadale ir saprasta un ka ECDC spēj pilnā mērā pildīt savas funkcijas, sniedzot riska novērtējuma informāciju Veselības drošības komitejai. Tiesību akti nosaka atšķirību starp riska novērtējumu (ECDC atbildība) un riska pārvaldības koordinēšanu (Komisijas atbildība). Tomēr Komisijai un ECDC bieži jāapspriež konkrēti gadījumi un jauni uzdevumi un jāvienojas par tiem, izskatot katru gadījumu atsevišķi. Šajā nolūkā ECDC un Komisijas ikmēneša koordinēšanas sapulces nodrošina ciešu sadarbību un ļauj ECDC efektīvi reaģēt uz palīdzības pieprasījumiem.

39

Darbs pie vadlīniju izstrādes sākās jau pirms lēmuma pieņemšanas.

Pēc lēmuma pieņemšanas Komisija ierosināja ECDC apspriest vadlīnijas un tās ieteikumu kopā ar Veselības drošības komiteju. Pēc tālākā darba pie dokumenta ir iepļānota apspriede Veselības drošības komitejas sagatavotības darba grupā 2016. gada rudenī.

40

Tālākie pasākumi kopīga iepirkuma nolīguma izstrādei Lēmuma par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem sakarībā tika veikti bez liekas kavēšanās; ir uzskatāms, ka dažām dalībvalstīm bija jāievēro valstu ratificēšanas procedūras, lai parakstītu nolīgumu, kam neizbēgami bija vajadzīgs konkrēts laikposms.

41

Gripas pandēmijas vakcīnas iepirkums ir ārkārtīgi sarežģīts. Turklāt izrādījās, ka dalībvalstu īpašo prasību noteikšana un apkopošana ir laikietilpīgs uzdevums. Vienlaicīgi 2016. gadā ir gūti ievērojami panākumi kopīga iepirkuma procedūras sagatavošanā pandēmijas vakcīnām. Papildus pandēmijas vakcīnu procedūrai 2016. gada septembrī sākās četru citu iepirkuma procedūru izstrāde.

42

Komisija vēlas norādīt, ka kopīgam iepirkumam un rūpīgāk izstrādātai medicīnisko pretlīdzekļu apmaiņas procedūrai ir sava vieta sagatavotībā nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem. Savā būtībā visiem iepirkumiem ir nepieciešams laiks, un tiem jāievēro ES tiesību aktos noteiktās procedūras.

Ar Veselības drošības komitejas atļauju pašlaik tiek izstrādātas standarta operāciju procedūras, lai nodrošinātu strauju un saskanīgu reaģēšanu uz ārkārtas situācijām nākotnē. Veselības drošības komiteju iepazīstinās ar apspriežu iznākumu 2016. gada novembrī.

Jebkurā gadījumā civilās aizsardzības mehānisms jau paredz satvaru pretlīdzekļu apmaiņai.

43

Lai arī gripas vakcīnu kopīgā iepirkuma progress patiešām bija lēns tā sarežģītības dēļ, Komisija vēlas norādīt, ka pašlaik 24 dalībvalstis ir piekritušas piedalīties kopīgā iepirkuma nolīgumā un ka šobrīd notiek vairāki kopīga iepirkuma procesi. Steidzamu medicīnisko pretlīdzekļu apmaiņu vienmēr var risināt ar EWRS palīdzību (kā, piemēram, gadījumā ar difterijas antitoksīnu 2016. gadā) vai vispārīgi, izmantojot civilās aizsardzības mehānismu.

46

Pagaidām Veselības drošības komiteja ir izlēmusi neveidot darba grupu attiecībā uz migrantiem. Vajadzību izveidot šādu darba grupu vēlreiz apspriedīs Veselības drošības komitejas darbseminārā.

Kad pēc 2015. gada februāra darbības tēmas atgriezās Veselības drošības komitejas darba kārtībā, Veselības drošības komitejas sanāksmes organizēja pa tēmām, un šobrīd tiek sagatavots plaši izstrādāts ceļvedis Veselības drošības komitejai. Rīcības plāns sagatavotībai turpmāk nodrošinās sagatavotības darba grupas darba plāna satvaru. Turklāt norit apspriedes ar ECDC, lai labāk koordinētu ECDC Sagatavotības koordinēšanas komitejas un Veselības drošības komitejas sagatavotības darba grupas darbu. Darba plānu izveides darbs sākās ar koordinatoru tīklu un sagatavotības darba grupu.

47

Kopš 2016. gada septembra sagatavotības darba grupā piedalās 11 dalībvalstis, PVO un ECDC. Darba grupai ir liela nozīme tādu dokumentu sagatavošanā Veselības drošības komitejai kā pastāvīgās operāciju procedūras medicīniskajiem pretlīdzekļiem, rīcības plāns sagatavotībai utt. Pilnīga līdzdalība šajā gadījumā ir mazāk svarīga, jo darba grupā ir apvienoti tehniskie eksperti, kas sagatavo piedāvājumus, lai Veselības drošības komiteja pilnā sastāvā tos apstiprinātu/atzītu.

48

Veselības drošības komitejas uzdevumi ir nosaukti Lēmumā par pārrobežu veselības apdraudējumiem (17. panta 2. punkts). Veselības drošības komitejas sanāksmes organizēja pēc tēmām, un šobrīd tiek sagatavots plaši izstrādāts ceļvedis Veselības drošības komitejai (sk. 46. punktu). Reakciju koordinēšanas nolūkiem tādos tehniskos dokumentus kā ECDC izveidotos riska novērtējumus un attiecīgos ceļotāju ieteikumus apspriež Veselības drošības komitejas *ad hoc* sanāksmēs. Tomēr tehnisko apspriežu gadījumā attiecīgās *ad hoc* darba grupas var sasaukt pēc Veselības drošības komitejas lēmuma, un tās sastāv no dalībvalstu tehniskajiem ekspertiem. Pašreizējais Zikas vīrusa uzliesmojums bija šāds gadījums, un Zikas vīrusa uzliesmojuma *ad hoc* darba grupu izveidoja un sasauca divas reizes.

51

Komisija piekrīt, ka tad, kad Lēmuma par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem stāšanās spēkā sakrita ar Ebolas vīrusslimības krīzi, aizkavējās darbs pie strukturētākas pieejas izstrādāšanas, jo īpaši sagatavotībai. Tomēr tagad šā darba process ir krietni pavirzījies uz priekšu.

52

Komisija uzskata, ka informācija, ko tā sniedz Veselības drošības komitejai par attiecīgo Komisijas dienestu darbībām, ir atbilstoša. Dienestu savstarpējie sadarbības pasākumi tiek īstenoti. Citi dienesti bieži piedalās Veselības drošības komitejas sanāksmēs. Turklāt arī Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts piedalījās, piemēram, Ebolas vīrusslimības darba grupas ikdienas audiokonferencēs un daudzās citās starpdienestu grupās.

60

ECDC ārēja novērtētāja sagatavotajā ziņojumā ir aplūkots laikposms no 2008. gada līdz 2012. gadam, pirms stājās spēkā Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem un pirms attiecīgajām (ierobežotām) izmaiņām EWRS.

63

Komisija piekrīt, ka EWRS pārskatīšanā lietotāju atsauksmes ir būtiskas.

64

Komisija strādā ar ECDC, lai pārveidotu šo sistēmu.

65

Komisija izceļ, ka šajā punktā minētais saraksts ir izveidots ietekmes novērtējumā, kas sagatavots pirms faktiskā lēmuma.

67

Komisija ir sākusi darbu kopā ar ECDC, lai pārveidotu EWRS sistēmu.

70

Noteikumi un procedūras ķīmiskā un vides apdraudējuma novēršanai Lēmuma par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem izpratnē ir tie paši, kas citiem apdraudējumiem, ko izraisījuši bioloģiski notikumi vai infekcijas slimības. Paziņošanas kritēriji ir tie paši, un neatšķiras arī šim nolūkam izveidoto IT rīku lietošana. Jau trīs gadus saskaņā ar Veselības programmu tiek līdzfinansēts īpašs tīkls ķīmisku un vides apdraudējumu izraisītu notikumu pārraudzībai un novērtēšanai. Ir izveidota saite ar Eiropas Komisijas Zinātnisko komiteju, lai nodrošinātu pietiekamas specializētās zināšanas riska novērtējumiem ārpus ECDC pilnvarām.

Sistēmas darbību pārbaudīs nākamajā praktiskajā nodarbībā.

72

Komisija uztur un nodrošina sistēmas darbību, bet ir nodomāts integrēt *RASCHEM* (agrīnās brīdināšanas sistēmu ķīmisku apdraudējumu gadījumā) *EWRS* sistēmā. 2016. gada septembrī 18 valstis bija reģistrējušās *RASCHEM*.

74

Komisija ir informēta un strādā ar *ECDC*, lai uzlabotu ziņojošo dalībvalstu datu kvalitāti un pilnīgumu.

77

Komisija ir informēta un strādā kopā ar *ECDC*, lai uzlabotu ziņojošo dalībvalstu datu kvalitāti un pilnīgumu.

78

Komisija norāda, ka Palāta ir pārbaudījusi 2. un 3. Veselības programmas darbības. Programmas pārvaldība ir ievērojami mainījies laikposmā starp abām programmām. Veselības programmas finansētie uzaicinājumi uz piedāvājumu iesniegšanu ir aktīvi devuši savu ieguldījumu pārrobežu sagatavošanās darba uzlabošanai pret apdraudējumiem veselībai, un vairākums projektu uzrādīja plānotos rezultātus.

Veselības programmas finansētās starpvalstu praktiskās nodarbības ir aktīvi devušas savu ieguldījumu pārrobežu sagatavošanās darba uzlabošanai pret apdraudējumiem veselībai.

81

Komisija labi apzinās, ka rezultātu ilgtspēja ne vienmēr ir bijusi apmierinoša dažiem saskaņā ar 2. Veselības programmu līdzfinansētajiem projektiem pirms Lēmuma Nr. 1082 ieviešanas. Minimālo ilgtspējas apjomu vienmēr nodrošina ar projektu rezultātu izplatīšanu un to pastāvīgu pieejamību *Chafea* (Patērētāju, veselības, lauksaimniecības un pārtikas izpildaģentūras) tīmekļa vietnē. Nesen ir panākti uzlabojumi: jaunās datubāzes ieviešana *Chafea* tīmekļa vietnē 2016. gada novembra vidū; tiek izstrādāta jauna IT platforma (nodrošinās iespēju uzturēt projektu/kopīgu darbību tīmekļa vietnes dotāciju laikā un pēc to beigām); *Chafea* ir sagatavojusi izplatīšanas stratēģijas modeli iesniegšanai projektu koordinātoriem.

5. izcēlums. Revidēto projektu un konstatēto problēmu piemēri

Komisija apzinās, ka ne visi projekti sniedz vienādus rezultātus augstākajā iespējamajā kvalitātē. Lai nodrošinātu, ka katra projekta rezultāti ir visaugstākajā iespējamā līmenī, *Chafea* vairākus gadus ir īstenojusi tādus pasākumus, kā projektu ar ārējām specializētajām zināšanām un apmācību.

Komisija uzskata, ka Komisijas un *Chafea* izveidotais rīcības plāns pēc 2. Veselības programmas *ex post* novērtējuma nodrošinās, ka tikai darbības ar augstu iespējamību sniegt ieguldījumu svarīgās ES politikas iniciatīvās un augstā ES pievienotajā vērtībā saņems līdzfinansējumu nepietiekama darbības līmeņa riska samazināšanai un rezultātu uzlabošanai.

82

Papildus rakstiskajiem dokumentiem *Chafea* ziņo Komisijai par būtiskiem projektu rezultātiem arī divpusējās sanāksmēs. Turklāt kopš 2016. gada vidus Komisijas darbiniekiem ir piekļuve jaunajai IT sistēmai, ko *Chafea* lieto projektu pārvaldībai. Revidētajiem projektiem šī sistēma nedarbojās.

Kā jau norādīts (81. punktā), *Chafea* sagatavoja izplatīšanas stratēģijas modeli, kas palīdzēs projektu koordinatoriem strādāt šajā jomā. *Chafea* nesēn iesaistīja pilna laika īpašo izplatītāju, lai tas cita starpā atbalstītu veselības projektu koordinatorus to izplatīšanas uzdevumos.

83

Pēc 2. Veselības programmas *ex post* novērtējuma Komisija sadarbībā ar *Chafea* izstrādāja rīcības plānu visu ārējo novērtētāju sniegto ieteikumu īstenošanai. Progresu nodrošina, piemēram, uzlabojot publisko datubāzi, nosakot pārraudzības rādītājus, izveidojot pārraudzības sistēmu un izstrādājot izplatīšanas stratēģiju.

6. izcēlums. Kopīgās darbības saskaņā ar Veselības programmu

Komisija uzskata kopīgās darbības par svarīgu instrumentu dalībvalstu iestāžu sadarbības veicināšanai konkrētām tehniskām problēmām, un veselības apdraudējumu jomā tās ir izrādījušās efektīvas. Kopīgās darbības jo īpaši papildina ar iepirkumiem finansētas darbības (piemēram, praktiskās nodarbības).

84

Praktisko nodarbību un mācību rezultāti regulāri uzlabo sagatavotības darbu; pavisam nesēn Veselības drošības komiteja saņēma ziņas par mācībām, kas gūtas tās 2016. gada jūnija sanāksmes praktisko nodarbību laikā.

85

Atsevišķi *JRC* (Kopīgā pētniecības centra) izstrādātie modelēšanas rīki pastāv joprojām, un tos izmanto cita starpā arī *ECDC*. Notiek apspriedes *ECDC* un *JRC* sadarbības stiprināšanai, pamatojoties uz šiem rīkiem.

86

Komisija uzskata, ka veiktās darbības varētu būt labāk strukturētas, tomēr ir veiktas tādas darbības kā projektu koordinātoru uzaicināšana uz ekspertu grupu sanāksmēm (piemēram, *EWRS*, *FLU*, *GPP*, ķīmiskie apdraudējumi) un/vai Veselības drošības komitejas sanāksmi vai darbsemināru 2014. gada decembrī "Kā gūt labumu no Eiropas projektiem", kas ir ES dalībvalsts iniciatīva izplatīt Eiropas Savienības 2. Veselības programmas (2008.–2013. g.) rezultātus veselības drošības jomā (<http://ec.europa.eu/chafea/news/news349.html>).

87

Komisija, kad izmanto iepirkuma līgumus, iegādājas pakalpojumus, kam tās turpmākās darbības ir atkarīgas no sniegtā pakalpojuma veida. Vēl jo vairāk, iepirkto pakalpojumu rezultāti, kas vairākumā gadījumu pieejami ziņojuma veidā, ir publicēti un pieejami pietiekami ilgu laiku.

Komisija veic vairākas darbības, lai palielinātu līgumslēdzēju daudzveidību, piemēram, noslēdz vispārīgas vienošanās, izsludinot konkursu atkārtoti.

88

Komisija atzīst, ka ilgtspēja ir aktuāls jautājums, kaut arī pēdējo gadu laikā daudz kas ir paveikts, piemēram, Vispārējās sagatavotības plānošanas (GPP) stratēģijas brošūras izveide (2011. g.)¹, kopu sanāksme par vakcināciju (2012. g.), Augsta līmeņa veselības programmas konference (2012. g.)² un Reģionālā veselības drošības konference (2014. g.)³. Minimālo ilgtspējas apjomu vienmēr nodrošina ar *Chafea* tīmekļa vietni. Notiek pastāvīga uzlabojumu ieviešana, skatīt komentāru 81. punktā.

89

Komisijas izstrādātajā rīcības plānā pēc 2. Veselības programmas *ex post* novērtējuma ir ietverta arī jaunu pārraudzības rādītāju izstrāde. Tos lietos jaunajā pārraudzības sistēmā, ko saņēmeji tagad iekļauj savos periodiskajos ziņojumos kopš 2016. gada. Šī pārraudzība palīdzēs arī noteikt līdzfinansēto darbību ieguldījumu vispārējos 3. Veselības programmas mērķos.

91

Komisija izceļ, ka šāda daudzgadu plānošana ir neformāls un iekšējs process. Saskaņā ar 3. Veselības programmu tā nav obligāta juridiskā ziņā.

92

Budžeta īstenošanas prognozēm ir tikai indikatīvs raksturs. Riska novērtējuma prioritāte ir, piemēram, tikai attiecībā uz ārkārtas situācijām. Ja ārkārtas situācijas nenotiek, šīs prioritātes darba programmu var īstenot bez izdevumiem. Vēl jo vairāk, tas nenozīmē, ka budžeta sadalījums nav līdzsvarots.

93

2. Veselības programmas *ex post* novērtējums un Komisijas 2016. gada marta rīcības plāns norāda uz jaunas pārraudzības sistēmas izstrādi un rādītājiem, kas jāpiemēro, sākot ar 2016. gadu.

94

Pārraudzības sistēmu un rādītājus pašlaik uzlabo ar dažiem jauniem rādītājiem, kas piemērojami jau kopš 2016. gada.

Komisijai prognozējot budžeta īstenošanu, līdzsvara panākšana starp programmas mērķiem nav mērķis.

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

Komisija uzskata, ka tā ir izveidojusi strukturētu starpdienestu sadarbību.

101

Komisija uzskata, ka jau notiek laba un strukturēta sadarbība starp dienestiem. To vienmēr var uzlabot, tādēļ var būt nepieciešams noteikt tālākās darbības. Tomēr tas pats par sevi neatrisinās pētniecības rezultātu uzlabošanas problēmas.

102

Komisija apņemas turpināt attīstīt labo sadarbību starp dienestiem un uzskata, ka ir iespējami turpmāki uzlabojumi. Sadarbība ir atbilstīga, pateicoties esošajiem daudzveidīgajiem līdzekļiem, piemēram, saprašanās memorands ar vairākiem ģenerāldirektorātiem, regulārajām sanāksmēm un citiem efektīviem un prasmīgiem informācijas apmaiņas paņēmieniem.

Komisijas kopējā atbilde uz 103.–106. punktu

Komisija uzskata, ka pēdējo neseno krīžu laikā ERCC ir parādījis, ka tam ir efektīva nozīme kā centrālajai sasaukšanas platformai un IPRC ievades punktam, kā arī reaģēšanas uz katastrofām koordinēšanā ārpus Eiropas Savienības.

107

H1N1 uzliesmojuma laikā 2009./2010. gadā gūtā pieredze tiešām lika būtiski vienkāršot ārkārtējo darbību mehānisma veselības jomā (HEOF) struktūru, kas ir bijusi stabila kopš tā laika. Vēl jo vairāk, lielākās praktiskās nodarbības un mācības liek atjaunot rokasgrāmatu, ja tas uzskatāms par nepieciešamu.

108

Komisija atzīst, ka pastāvīga programma mācībām un praktiskajām nodarbībām ir labs līdzeklis, kā uzturēt un stiprināt zināšanas, ko viegli atsaukt, aktivizējot HEOF.

HEOF mācības visiem iesaistītajiem darbiniekiem ir izstrādātas un uzsāktas pēc ĢD SANTE (Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāts) reorganizācijas 2016. gada sākumā. Mācību sesijas organizē ar regulāriem laika intervāliem.

Iepriekš noteiktām HEOF darbībām ir nozīmēti darbinieki. Tas ļauj labāk iepazīt attiecīgās darbības koncentrētākās mācībās.

109

Komisijai ir viedoklis, ka HEOF ir parādījis sevi kā spējīgu darboties pagājušajās krīzes situācijās, ņemot vērā HEOF strādājošo darbinieku nelielo skaitu. Esošo HEOF struktūru noteica atbilstoši secinājumiem, kas izdarīti pēc H1N1 uzliesmojuma 2009./2010. gadā. Komisija uzskata, ka šī struktūra ir stabila un nosaka funkcijas un brīdināšanas līmeņus. Ebolas vīrus slimības uzliesmojuma laikā ĢD SANTE iesaistītie darbinieki labi pārzināja procedūras. Vēlāk HEOF darbības tika pārskatītas un iesaistītajiem darbiniekiem nodrošināja mācības.

111

Komisija atminas, ka, ņemot vērā pagātnes notikumu gaitu, procedūras reaģēšanai uz ārkārtas situācijām Komisijā ir visai daudzveidīgas un izveidotas dažādi un ar atšķirīgām darbinieku shēmām, lai atrisinātu noteiktus uzdevumus. Tas attiecas arī uz ECDC, kas, piemēram, uztur pat miera laikos visu diennakti pieejamu personu sarakstu.

Secinājumi un ieteikumi

115

Lēmums par nopietniem pārobežu veselības apdraudējumiem ir būtisks solis pretim dalībvalstu sadarbības pilnveidošanai, lai uzlabotu reaģēšanu uz apdraudējumiem veselībai un ES pilsoņu aizsardzību.

Komisija apzinās, ka bija daži kavējumi, tomēr tie neliek apšaubīt dalībvalstu sadarbības efektivitāti darbā ar nopietniem pārobežu veselības apdraudējumiem.

116

Komisija atzīst konkrētus kavējumu gadījumus efektīvas dalībvalstu sadarbības izveidē darbam ar nopietniem pārobežu veselības apdraudējumiem.

Valstu sagatavotības līmeni Eiropas Savienībā uzlabos un trūkumus un nepilnības novērsīs, izmantojot rīcības plānu, par ko dalībvalstis vienojās pēc Veselības drošības komitejas apstiprinājuma.

Apspriedes un darbs ar ECDC un PVO Eiropas Reģionālo biroju notiek, lai pārskatītu ziņošanas sistēmu, ņemot vērā PVO pieeju SVAN īstenošanai un jauno pārraudzības un novērtējuma satvaru.

117

Komisija uzskata, ka ECDC loma ir noteikta tā dibināšanas regulā un pārobežu lēmumā.

Sagatavošanās darbi kopīgai iepirkuma procedūrai pandēmiskajām vakcīnām 2016. gadā ir ievērojami progresējuši. Tālākās kopīga iepirkuma iniciatīvas tiek izstrādātas.

Civilās aizsardzības mehānisms jau paredz pretlīdzekļu apmaiņu, un norit konkrētu standarta darbību procedūru medicīniskajiem pretlīdzekļiem izstrāde.

Veselības drošības komiteja ir parādījusi sevi kā efektīvu koordinēšanas mehānismu dalībvalstīm.

118

JPA (kopīga iepirkuma nolīgumu) vadības komiteja ir JPA pārvaldības institūcija.

1. ieteikums

a)

Komisija pieņem šo ieteikumu; tā apspriedīs ar Veselības drošības komiteju šo ieteikumu un ceļveža iespējamo tvērumu un saturu. Atkarībā no apspriedes iznākuma Komisija sagatavos dokumentu Veselības drošības komitejai.

b)

Komisija pieņem šo ieteikumu.

c)

Komisija pieņem šo ieteikumu.

Darba grupas ir svarīgi Veselības drošības komitejas instrumenti. Tās izstrādā konkrētu uzdevumu rezultātus kā ieguldījumu Veselības drošības komitejā. Komisija nepieņem, ka 2017. gads būtu tās darbību beigas, bet drīzāk uzlūko sagatavotību un saziņu kā pastāvīgus uzdevumus, kur īpašu darba struktūru uzturēšana ir pamatota.

d)

Komisija pieņem, ciktāl tas attiecas uz tās lomu un pienākumiem kopīgā iepirkuma mehānismā.

119

Komisija piekrīt, ka, kaut arī laika gaitā veikti sistēmas tehniskie uzlabojumi, būtu vēlams to modernizēt. Pašlaik norit apspriešanās ar ECDC.

2. ieteikums

a)

Komisija pieņem šo ieteikumu. Komisija pašlaik strādā ar Eiropas Slimību profilakses un kontroles centru (ECDC), lai modernizētu agrīnās brīdināšanas un reaģēšanas sistēmu (EWRS).

b)

Komisija pieņem šo ieteikumu un apspriedīsies ar dalībvalstīm, kā lietotāju atsauksmes var uzlabot sistēmas darbību.

120

Komisija atzina, ka ilgtspēja ir aktuāls jautājums, kaut arī pēdējo gadu laikā daudz kas ir paveikts, piemēram, Vispārējās sagatavotības plānošanas (GPP) stratēģijas brošūras izveide (2011. g.), kopu sanāksme par vakcināciju (2012. g.) un Reģionālā veselības drošības konference (2014. g.). Tiek īstenoti pastāvīgi uzlabojumi, un pavisam nesen ir pārveidota publiskā datubāze, t. i., HELI platforma, un īstenota jauna izplatīšanas stratēģija.

Rezultātu pārraudzības sistēmu pašlaik uzlabo ar dažiem jauniem rādītājiem, kas piemērojami jau kopš 2015. gada.

3. ieteikums

a)

Komisija pieņem šo ieteikumu. Visi aspekti jau ir atrunāti rīcības plānā, ko Komisija 2016. gadā izstrādāja pēc 2. Veselības programmas *ex post* novērtējuma. ĢD SANTE turpinās sadarboties ar *Chafea* jautājumā par saistību ar politiku notiekošajās un nesen pabeigtajās darbībās.

b)

Komisija daļēji pieņem šo ieteikumu un Veselības drošības komitejā apspriedīs ar dalībvalstīm ziņošanu. Efektīva šā ieteikuma īstenošana ir atkarīga no dalībvalstīm.

c)

Komisija pieņem šo ieteikumu un jau izskata to savā daudzgadu plānošanas praktiskajā nodarbībā laikposmam no 2018. līdz 2020. gadam, kas jāpabeidz 2016. gada rudenī, lai plānotu 3. Veselības programmas prioritātes šiem gadiem.

4. ieteikums

a)

Komisija daļēji pieņem šo ieteikumu.

Komisija uzskata, ka jau notiek laba un strukturēta sadarbība starp dienestiem. To var uzlabot, un tam var būt nepieciešams noteikt tālākās darbības. Tomēr tas pats par sevi neatrisinās pētniecības rezultātu uzlabošanas problēmas.

b)

Komisija apņemas turpināt attīstīt labo sadarbību starp dienestiem.

c)

Komisija pieņem šo ieteikumu. Pēc *H1N1* uzliesmojuma 2009./2010. gadā gūtās pieredzes ārkārtējo darbību mehānismu veselības jomā (*HEOF*) būtiski vienkāršoja un pārveidoja. Komisija uzskata, ka šī struktūra tāda, kāda tā ir šodien, ir stabila un nosaka funkcijas un brīdināšanas līmeņus. Sākot ar 2016. gada jūniju, ir izstrādātas pastāvīgas mācību programmas un mācību sesijas organizē ar regulāriem laika intervāliem. Joprojām norit apspriešanās par ilgtspējīgu ilgtermiņa risinājumu atlīdzībām darbiniekiem, kas piedalās ārkārtas situāciju sabiedrības veselības jomā pārvaldībā.

Pēc Ebolas vīruslimības un saistībā ar nepieciešamību risināt vides un ķīmiskos apdraudējumus ir rīkotas vairākas praktiskās nodarbības, nosakot tālākās vajadzības pēc uzlabojumiem. Notiek darbs ar *ECDC*.

KĀ PASŪTĪT ES IZDEVUMUS

Bezmaksas izdevumi

- Viens eksemplārs:
ar *EU Bookshop* starpniecību (<http://bookshop.europa.eu>).
- Vairāk nekā viens eksemplārs vai plakāti/kartes:
Eiropas Savienības pārstāvniecībās
(http://ec.europa.eu/represent_lv.htm),
Eiropas Savienības delegācijās valstīs, kas nav ES dalībvalstis
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_lv.htm),
ar *Europe Direct* dienesta starpniecību
(http://europa.eu/contact/index_lv.htm)
vai piezvanot uz tālruņa numuru 00 800 6 7 8 9 10 11 (zvanišana bez maksas no jebkuras vietas Eiropas Savienībā) (*).

(*) Informāciju sniedz bez maksas, tāpat arī lielākā daļa zvanu ir bezmaksas (izņemot dažus operatorus, viesnīcas vai taksofonus).

Maksas izdevumi

- Ar *EU Bookshop* starpniecību (<http://bookshop.europa.eu>).

Notikums	Datums
Revīzijas plāna pieņemšana / revīzijas sākums	15.7.2015.
Ziņojuma projekta oficiāla nosūtīšana Komisijai (vai citai revidējamai vienībai)	22.7.2016.
Galīgā ziņojuma pieņemšana pēc pretrunu procedūras	5.10.2016.
Komisijas (vai citas revidējamās vienības) oficiālās atbildes saņemtas visās valodās	14.11.2016.

Būtisks pavērsiens spēcīgākas ES veselības drošības sistēmas izveidē bija 2013. gadā pieņemtais Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem. Arī ES veselības un pētniecības pamatprogrammas tiek izmantotas, lai atbalstītu šīs sistēmas ietvaros veiktos pasākumus. Revidenti konstatēja, ka Lēmums par nopietniem pārrobežu veselības apdraudējumiem ir svarīgs solis šādu apdraudējumu labākai novēršanai Eiropas Savienībā, taču veselības drošības sistēmas īstenošanu ietekmē nozīmīgi trūkumi. Ir jādara vairāk minēto trūkumu novēršanai, lai Savienība varētu pilnībā izmantot esošo mehānismu sniegtās iespējas. Tāpēc Palāta formulē vairākus ieteikumus, un to mērķis ir galvenokārt paātrināt un nostiprināt šīs sistēmas ieviešanu.



EIROPAS
REVĪZIJAS
PALĀTA



Publikāciju birojs