Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre a «Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões "Construir uma União Europeia da Saúde — Reforçar a resiliência da UE face a ameaças sanitárias transfronteiriças"»

[COM(2020) 724 final]

sobre a «Proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo ao reforço do papel da Agência Europeia de Medicamentos em matéria de preparação e gestão de crises no que diz respeito aos medicamentos e dispositivos médicos»

[COM(2020) 725 final — 2020/321(COD)]

sobre a «Proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho que altera o Regulamento (CE) n.º 851/2004 que cria um Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças»

[COM(2020) 726 final — 2020/320 (COD)]

e sobre a «Proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo às ameaças transfronteiriças graves para a saúde e que revoga a Decisão n.º 1082/2013/UE»

[COM(2020) 727 final — 2020/322 (COD)]

(2021/C 286/20)

Relator: **Ioannis VARDAKASTANIS (EL-III)**

Consulta	Conselho, 14.12.2020
	Parlamento Europeu, 14.12.2020
	Comissão, 12.11.2020
Base jurídica	Artigo 168.º, n.º 5, e artigo 304.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia
Competência	Secção do Emprego, Assuntos Sociais e Cidadania
Adoção em secção	16.4.2021
Adoção em plenária	27.4.2021
Reunião plenária n.º	560
Resultado da votação	
(votos a favor/votos contra/abstenções)	232/3/7

1. **Conclusões e recomendações**

1.1. Com base no pacote legislativo para uma União Europeia da Saúde, a União Europeia (UE) e os Estados-Membros devem responder ao anseio dos residentes na UE de que a União desempenhe um papel mais ativo na proteção da sua saúde e na promoção do direito à saúde. De acordo com um inquérito recente da UE, 66 % dos seus cidadãos desejam que a UE tenha maior voz em questões relacionadas com a saúde. Além disso, 54 % dos participantes afirmaram que a saúde pública deve ser um domínio de despesa prioritário no orçamento da UE ([1]). É necessário melhorar, em particular, a capacidade da UE para prevenir, detetar, antever e gerir eficazmente as ameaças sanitárias transfronteiriças. Por conseguinte, assim que for possível avaliar plenamente esta pandemia e a resposta a nível nacional e da UE, deve proceder-se a um debate e, eventualmente, a uma análise da subsidiariedade e da repartição de competências, bem como das referências às ameaças sanitárias transfronteiriças e à preparação para as mesmas nos Tratados da UE. Por enquanto, devem prosseguir-se ações ambiciosas no âmbito do atual quadro dos Tratados.

([1]) Terceiro inquérito sobre a opinião pública na UE durante a crise da COVID-19 (europa.eu)

1.2. Ao longo da pandemia, os cidadãos residentes na UE viram e sentiram a falta de preparação global da UE para manter as pessoas em segurança, devido à fragmentação da sua arquitetura e da sua estratégia em matéria de cuidados de saúde, bem como a décadas de austeridade e de subinvestimento nos serviços de saúde e de assistência social. Esta situação acentuou a perda de vidas e aumentou os níveis de desigualdade e pobreza. Por outro lado, revelou que muitas pessoas ainda não estão protegidas contra a discriminação na UE ou não têm acesso a informações sobre saúde pública ou a cuidados de saúde. O Comité Económico e Social Europeu (CESE) reitera o seu apelo para uma convergência ascendente dos sistemas de saúde e de segurança social, bem como dos princípios gerais comuns da UE ([2]). As medidas de proteção da saúde devem sempre ser consentâneas com todos os direitos fundamentais e basear-se em sistemas de saúde solidários. O processo do Semestre Europeu deve avaliar o desempenho e as condições em matéria de gestão de crises e dos sistemas de saúde dos Estados-Membros.

1.3. A pandemia de COVID-19 demonstrou o caráter essencial dos serviços de saúde e de prestação de cuidados e provou que a saúde é um bem público. Nesse sentido, a UE e os Estados-Membros devem assegurar a todos a igualdade de acesso a serviços de saúde e de assistência social de qualidade, dotados de recursos humanos e materiais adequados.

1.4. Durante a pandemia, os profissionais da saúde, os assistentes sociais, os mediadores de saúde, os intervenientes da sociedade civil e os prestadores de serviços essenciais (alimentação, transportes) estiveram na linha da frente e demonstraram um elevado grau de solidariedade nos períodos mais difíceis. Deve conceder-se especial atenção aos trabalhadores do setor da saúde e à necessidade de melhorar as suas condições de trabalho, incluindo a remuneração, o recrutamento e a retenção destes trabalhadores, bem como a sua saúde e segurança. A pressão da pandemia levou muitos a ponderar abandonar a profissão. O pacote legislativo em apreço deve ter em conta estes elementos e o potencial contributo que todos os intervenientes mencionados podem dar no domínio da saúde. De igual modo, os órgãos de poder local, os prestadores de serviços e os trabalhadores do setor da saúde devem ser consultados de forma mais exaustiva. A melhoria da coordenação entre a UE, os Estados-Membros e o poder regional e local aumentará a eficiência, em benefício dos cidadãos na UE.

1.5. Embora enalteça a solidariedade demonstrada pela UE no âmbito da estratégia de vacinação, o CESE assinala que há atrasos consideráveis na inoculação dos cidadãos. O CESE exorta a Comissão Europeia a assegurar que, conforme anunciou inicialmente, as vacinas continuem a ser um bem público e gratuito para todos. A disponibilidade de vacinas no futuro não deve ser prejudicada pelos direitos de propriedade intelectual nem pela legislação da UE relativa aos dados e à exclusividade de mercado. Além disso, os beneficiários de fundos da UE devem estar sujeitos a uma obrigação legal de partilhar os conhecimentos sobre tecnologias de saúde relacionados com a COVID-19.

1.6. A pandemia expôs a relação tóxica entre doenças transmissíveis e não transmissíveis. A grande maioria das mortes por COVID-19 esteve associada a patologias subjacentes e preexistentes. Outro efeito observado foi o impacto nos doentes com doenças crónicas, cujo acesso a tratamento foi negativamente afetado pela pandemia. Por conseguinte, o mecanismo de resposta a situações de crise e a União Europeia da Saúde devem também centrar-se nas doenças não transmissíveis, nomeadamente na crise de saúde mental que já existia antes da pandemia, mas que está a atingir proporções alarmantes devido à pressão a que muitas pessoas têm sido sujeitas.

1.7. No que diz respeito ao regulamento da UE relativo às ameaças transfronteiriças graves para a saúde, o CESE salienta a necessidade de desenvolver medicamentos utilizáveis e a preços comportáveis para toda a população e constituir reservas dos mesmos; lançar imediatamente medidas de preparação para a proteção de grupos de alto risco, em especial das pessoas que se encontram em estruturas residenciais fechadas; desagregar melhor os dados recolhidos, a fim de proporcionar uma identificação clara das pessoas de maior risco; assegurar que as inovações e respostas da medicina estejam acessíveis a todos, independentemente dos seus rendimentos ou do Estado-Membro ou região onde residem.

1.8. No que diz respeito ao mandato renovado do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), o CESE salienta a importância de fazer da redução das desigualdades de saúde na UE um elemento fundamental do trabalho deste organismo e de inscrever no seu mandato as doenças não transmissíveis, bem como de lhe proporcionar todas as condições para recolher dados totalmente desagregados e anonimizados e para elaborar recomendações sobre os fatores sociais e comerciais da saúde ([3]), conferindo-lhe igualmente um mandato para supervisionar os investimentos e elaborar recomendações sobre o financiamento dos mecanismos de vigilância, a avaliação de riscos, a preparação e a resposta no domínio da saúde, a nível nacional e da UE.

([2]) JO C 13 de 15.1.2016, p. 40; JO C 14 de 15.1.2020, p. 1.
([3]) Policy & practice: Commercial determinants of health and sport

1.9. No que se refere ao reforço do papel da Agência Europeia de Medicamentos (EMA), o CESE preconiza que o Grupo Diretor dos Medicamentos e o Grupo Diretor dos Dispositivos Médicos integrem e consultem de forma significativa a sociedade civil e os parceiros sociais e que a EMA, além de assegurar um fornecimento coerente e suficiente de medicamentos e dispositivos médicos em toda a UE, colabore com todas as partes interessadas do setor da saúde para estabelecer um modelo europeu conducente a uma fixação dos preços dos medicamentos de forma justa, responsável e transparente.

1.10. O novo pacote legislativo da UE em matéria de saúde deve conjugar-se com a aplicação do Pilar Europeu dos Direitos Sociais, em especial com os princípios 12, 16, 17 e 18, e com o Plano de Ação para a Aplicação do Pilar Europeu dos Direitos Sociais, que propõe, nomeadamente, a criação de um espaço de dados de saúde na UE. Deve igualmente contribuir para a consecução do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável n.º 3.

1.11. É necessário abordar a sobreposição de objetivos dos diferentes regulamentos e clarificar os mandatos das diferentes agências, a fim de aumentar a eficiência e evitar equívocos sobre a responsabilidade por cada ação. Além disso, cabe dar seguimento às observações formais recentemente formuladas pela Autoridade Europeia para a Proteção de Dados (AEPD) sobre o pacote relativo à União Europeia da Saúde.

1.12. O CESE considera que alguns elementos do pacote de regulamentos em apreço talvez sejam demasiado precoces, uma vez que ainda estamos em pleno período de pandemia de COVID-19 e a tomar conhecimento dos seus impactos. Ao mesmo tempo, estamos conscientes de que é necessária uma ação urgente em determinados domínios da coordenação da UE em matéria de saúde. O CESE convida a Comissão Europeia a apresentar, até junho de 2021, um relatório sobre os ensinamentos entretanto retirados da pandemia.

2. **Observações gerais**

2.1. O CESE congratula-se com o pacote legislativo proposto pela Comissão Europeia com vista à construção de uma União Europeia da Saúde sólida. O pacote proposto inclui: a) a Comunicação — Construir uma União Europeia da Saúde, que visa reforçar a resiliência da UE face a ameaças sanitárias transfronteiriças; b) um novo regulamento relativo às ameaças transfronteiriças graves para a saúde, destinado a aumentar a preparação, reforçar a vigilância e melhorar a comunicação de dados; c) o reforço das capacidades do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) para melhorar a proteção das pessoas residentes na UE e a resposta às ameaças sanitárias transfronteiriças; d) a criação de uma Autoridade de Resposta a Emergências Sanitárias da UE (HERA), a fim de apoiar eficazmente a resposta a nível da UE às ameaças sanitárias transfronteiriças; e e) a criação de uma nova Agência de Execução Europeia da Saúde e do Digital (HaDEA), encarregada de executar e gerir os programas de trabalho anuais do Programa UE pela Saúde.

2.2. O CESE insta a UE e os Estados-Membros a cumprirem a vontade manifestada pelos cidadãos europeus de transformar a saúde numa prioridade. Como salienta a Comissão Europeia na sua comunicação, os cidadãos europeus «esperam que a UE assuma um papel mais ativo na proteção da sua saúde e, em especial, contra as ameaças para a saúde que transcendem as fronteiras nacionais».

2.3. O pacote legislativo proposto pela Comissão Europeia é o ponto de partida para a concretização do direito a cuidados de saúde de qualidade e para o reforço de sistemas de saúde e de cuidados de saúde inclusivos para todos os cidadãos na UE, nos países vizinhos e nos países em fase de adesão à UE. Reforça igualmente a base do contributo da UE para a saúde pública mundial. Além disso, as parcerias internacionais da Comissão Europeia devem dar prioridade à proteção social na saúde.

2.4. Embora o pacote relativo à União Europeia da Saúde constitua um passo na direção certa, é necessário ir além das medidas de coordenação. As novas medidas devem ser combinadas com uma eventual revisão dos Tratados da UE, nomeadamente do artigo 168.º, n.º 1, segundo parágrafo, do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE), a fim de alargar as competências da UE no domínio das emergências sanitárias e das ameaças transfronteiriças para a saúde e consagrar a proteção da saúde enquanto bem público. O artigo 35.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia estipula o seguinte: «Todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. Na definição e execução de todas as políticas e ações da União é assegurado um elevado nível de proteção da saúde humana». Para o efeito, cabe assegurar que os Estados-Membros investem adequadamente na saúde pública e na assistência social. É igualmente necessário ponderar o equilíbrio adequado entre os sistemas nacionais de saúde e de prestação de cuidados democraticamente aprovados e as necessidades comuns da Europa. Todas as fontes científicas relevantes devem contribuir para a adoção de decisões políticas responsáveis, devendo todas as iniciativas políticas da UE ser obrigatoriamente submetidas a uma avaliação do seu impacto na saúde. Por último,

as medidas de proteção da saúde devem ser consentâneas com todos os direitos fundamentais. Quaisquer limitações desses direitos devem ser proporcionadas, passíveis de controlo pelos tribunais e conformes com os princípios da democracia e do Estado de direito.

2.5. O CESE adotou previamente pareceres no domínio da saúde ([4]). Em junho de 2020, em reunião plenária, adotou igualmente a Resolução «Propostas do CESE para a reconstrução e a recuperação na sequência da crise da COVID-19» ([5]).

2.6. A melhoria da capacidade da UE para prevenir, antever e gerir eficazmente as ameaças sanitárias transfronteiriças de forma holística deve ser combinada com a aplicação do Pilar Europeu dos Direitos Sociais, em especial dos princípios 12, 16, 17 e 18, e do Plano de Ação para a Aplicação do Pilar Europeu dos Direitos Sociais, que propõe, nomeadamente, a criação de um espaço de dados de saúde na UE. Tal espaço deve ser regulamentado como um bem público. Essa iniciativa deve também contribuir para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e ser associada a reformas financiadas pelo Mecanismo de Recuperação e Resiliência, que poderão permitir progressos no domínio da saúde em linha e da telemedicina acessíveis. O CESE aguarda com expectativa o painel de avaliação do Mecanismo de Recuperação e Resiliência, que destacará os investimentos realizados através deste mecanismo no setor da saúde.

2.7. Apesar dos programas de cooperação europeia entre regiões transfronteiriças e de mais de 20 anos de investimento de fundos da UE para promover a mobilidade dos doentes nestas zonas, ainda não se alcançou um modelo mais integrado de cuidados de saúde transfronteiriços. São necessários um novo ímpeto e uma visão de longo prazo para transformar os territórios transfronteiriços em catalisadores da solidariedade e da cooperação na saúde. No caso dos Estados-Membros que partilham uma fronteira terrestre, a estratégia de «prevenção, preparação e planeamento da resposta» deve incluir o conhecimento das estruturas de saúde pública e dos recursos humanos do Estado vizinho e prever a realização de exercícios transfronteiriços conjuntos.

2.8. A pandemia aumentou drasticamente os níveis de pobreza e agravou as desigualdades já existentes, principalmente nos Estados-Membros fortemente atingidos por crises económicas na década anterior. A crise sanitária afetou gravemente a economia, o mercado de trabalho e a coesão social. Os impactos visíveis no mercado de trabalho são o aumento do desemprego, o congelamento da contratação, a escassez de novos postos de trabalho e a redução das horas de trabalho. Os dados do Eurostat revelam um claro impacto da pandemia nas taxas de desemprego na UE, sendo provável que a situação continue a agravar-se nos próximos anos. A taxa de desemprego na UE situava-se em 7,6 % em outubro de 2020, acima dos 6,6 % de novembro de 2019. A situação dos jovens é ainda mais grave, já que a taxa de desemprego disparou de 14,9 % para 17,7 % entre novembro de 2019 e novembro de 2020 ([6]). Importa salientar que o artigo 31.º, n.º 1, da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia estabelece que «[t]odos os trabalhadores têm direito a condições de trabalho saudáveis, seguras e dignas». O artigo 3.º, n.º 3, do Tratado da União Europeia também estabelece como meta o pleno emprego.

2.9. Os sistemas de cuidados de saúde existentes em toda a UE — incluindo em Estados-Membros que foram afetados por políticas baseadas na austeridade, por um subinvestimento persistente e por cortes radicais na despesa pública na década anterior — não conseguiram responder eficazmente à enorme pressão provocada pela pandemia de COVID-19, que pôs em evidência as lacunas dos sistemas de saúde em toda a Europa e a necessidade de mudar a forma como concebemos os cuidados de saúde. Os cuidados de saúde não podem ser tratados como um bem de consumo. A igualdade de acesso ao tratamento, o reforço dos recursos humanos no setor da saúde e a melhoria das condições para os profissionais de saúde devem tornar-se uma prioridade.

2.10. A estratégia coordenada da UE para a vacinação e a aquisição conjunta de vacinas revelou-se insuficiente. A UE continua a debater-se com dificuldades em matéria de capacidade de produção, o que resulta numa perda de vidas evitável. O CESE apela para uma revisão aprofundada do sistema central da UE para a aquisição de vacinas contra a COVID-19. Depois de vencida a pandemia, seria útil analisar como decorreu esta aquisição centralizada, o que funcionou e o que poderia ter sido melhor. É fundamental retirar todos os ensinamentos possíveis da situação atual e integrar esses ensinamentos no nosso planeamento futuro.

2.11. Ao longo da pandemia, a sociedade civil e os parceiros sociais têm desempenhado um papel fundamental na proteção e na promoção dos direitos. As organizações da sociedade civil e os parceiros sociais devem estar no centro da conceção e execução de todas as ações futuras destinadas a melhorar a saúde dos europeus mais afetados pela COVID-19 — os idosos, em particular os que estão institucionalizados, os sem-abrigo, as pessoas em situação de pobreza, as pessoas com deficiência, os doentes crónicos, os migrantes, os refugiados, as minorias étnicas e as pessoas LGBTI+.

([4]) JO C 429 de 11.12.2020, p. 251; JO C 440 de 6.12.2018, p. 150; JO C 242 de 23.7.2015, p. 48; JO C 181 de 21.6.2012, p. 160; JO C 14 de 15.1.2020, p. 1; JO C 13 de 15.1.2016, p. 40.

([5]) Resolução do CESE (JO C 311 de 18.9.2020, p. 1).

([6]) https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-euro-indicators/-/3-08012021-ap

2.12. A pandemia revelou que muitas pessoas ainda não estão protegidas contra a discriminação na UE ou não têm acesso a informações sobre saúde pública ou a cuidados de saúde essenciais. Além disso, observou-se o crescimento dos chamados «desertos médicos» ([7]). Segundo os Tratados da UE, as pessoas devem também poder viver sem discriminação. Atualmente, a proteção contra a discriminação a nível da UE no domínio dos cuidados de saúde não é abrangente. O facto de o Conselho não ter adotado a Diretiva Igualdade de Tratamento, publicada em 2008, significa, por exemplo, que a proteção contra a discriminação em razão da idade, da deficiência, do sexo ou da orientação sexual nos cuidados de saúde ainda não está garantida. Esta situação tornou-se evidente durante a pandemia. É necessário corrigir as lacunas nos serviços, no acesso e na proteção contra a discriminação na UE.

2.13. O CESE está disponível para ser o ponto de contacto central para a participação das organizações da sociedade civil nos processos de criação de uma União Europeia da Saúde, reunindo os representantes das instituições da UE, dos Estados-Membros e das organizações da sociedade civil a nível nacional e da UE.

2.14. A União Europeia da Saúde é uma novidade importante. Deve contribuir para melhorar o acesso à saúde, bem como a segurança e o bem-estar dos residentes na UE, reforçando o reconhecimento do empenho da União em servir os cidadãos e, consequentemente, protegendo também os Estados-Membros contra as ameaças crescentes do nacionalismo e do populismo. Por conseguinte, deverá ser um dos temas da Conferência sobre o Futuro da Europa. Nesse sentido, chama a atenção para as recomendações da OMS constantes do relatório da Comissão de Alto Nível sobre Emprego e Crescimento Económico no Setor da Saúde, intitulado «Working for health and growth: investing in the health workforce» [Trabalhar para a saúde e o crescimento: investir nos trabalhadores da saúde], bem como para o Plano de ação quinquenal para o emprego e o crescimento económico inclusivo no setor da saúde (2017-2021), que cabe aplicar no âmbito da melhoria da capacidade de resposta da UE a futuras emergências sanitárias.

2.15. As medidas propostas não são suficientes para alcançar uma União Europeia da Saúde genuína e inclusiva. Esta iniciativa deve ir além da mera gestão de crises e visar, em última análise, uma Europa em que todos usufruam de um nível de saúde tão elevado quanto possível, com igualdade de acesso a tratamentos de qualidade elevada. Deve iniciar uma mudança sistémica no sentido de reforçar a capacidade de preparação, não só para pandemias futuras, mas também para outros desafios transfronteiriços em matéria de saúde, como a resistência antimicrobiana, a obesidade e as epidemias de doenças não transmissíveis que afetam todos os países europeus. Deve igualmente adotar a abordagem de «uma só saúde», explorando a relação entre o bem-estar humano, animal e ambiental, com vista a preservar a nossa saúde.

2.16. Uma vez que, em muitos Estados-Membros, o poder local ou regional é responsável pela prevenção e pela prestação de serviços de saúde, é primordial que o pacote da UE em matéria de saúde preveja uma governação a vários níveis que integre plenamente os órgãos de poder local e regional, os organismos de resposta a emergências e os prestadores de serviços. Deve ficar claro que, em caso de ameaça grave para a saúde, os órgãos de poder local terão um papel fundamental a desempenhar na transmissão de informações e dados e na comunicação da disponibilidade de camas hospitalares, de enfermeiros e de dispositivos e medicamentos essenciais no seu território. Essas informações devem ser recolhidas centralmente a nível da UE e, no caso das regiões fronteiriças, deve existir solidariedade entre os Estados-Membros no apoio às regiões vizinhas e aos países em fase de adesão à UE que excederam a sua capacidade na prestação de cuidados de saúde de emergência. Em alguns Estados-Membros, os serviços de saúde são prestados por empresas da economia social sem fins lucrativos, tais como as mutualidades de seguros de saúde. Em todos os Estados-Membros, devem existir quadros jurídicos e financeiros adequados para estes serviços, a fim de assegurar a participação direta nas medidas da UE, a concorrência leal e a convergência ascendente em matéria de qualidade e acessibilidade, assegurando simultaneamente a observância do princípio de que a saúde é um bem público. Além disso, na mesma linha do seu Parecer «Rumo a um quadro jurídico europeu adequado às empresas da economia social», o CESE propõe a criação, na legislação da UE, de um quadro jurídico que integre melhor as empresas da economia social. Todas as partes interessadas pertinentes nos Estados-Membros devem ser integradas de forma direta, digital e célere pela equipa central de recolha de dados, a fim de maximizar a exatidão dos dados recolhidos e a qualidade de uma resposta coordenada da UE.

2.17. A UE deve também prestar mais atenção ao recrutamento, à retenção e às condições de trabalho dos trabalhadores no setor dos cuidados de saúde e da assistência social. A segurança destes trabalhadores deve igualmente tornar-se uma prioridade, tendo em conta o número de vítimas mortais registadas neste grupo profissional durante a pandemia. Além disso, a UE deve recolher dados pertinentes e transparentes sobre o impacto da COVID-19 nos profissionais dos setores da saúde e da assistência social. Tal permitirá à UE e aos Estados-Membros avaliar com maior precisão as consequências a longo prazo da COVID-19 e elaborar medidas para assegurar que os sistemas de saúde estão mais bem preparados para situações de emergência sanitária futuras.

([7]) https://www.aim-mutual.org/mediaroom/tackling-medical-deserts-across-the-eu/

2.18. Parece existir uma sobreposição dos objetivos dos diferentes regulamentos. Não é claro como funcionará na prática a repartição de responsabilidades. Falta clareza sobre qual a agência ou o organismo que assumirá a liderança em ações que se sobrepõem, o que poderá gerar equívocos e ineficiências nos esforços de coordenação da UE. Esta questão deve ser esclarecida. Nos casos em que persistam tais sobreposições, deverá assegurar-se um conjunto comum de definições para todos os termos utilizados, nomeadamente especificando o que constitui uma «crise de saúde pública».

2.19. A crise da COVID-19 chamou a atenção para a fragmentação da arquitetura da UE em matéria de saúde e para a necessidade de reforçar o papel de todas as agências europeias competentes. Apesar do financiamento da UE, o investimento continua a ser insuficiente perante a escala dos desafios, incluindo em matéria de prevenção. O CESE lamenta também que o investimento do Mecanismo de Recuperação e Resiliência na saúde tenha diminuído em comparação com a proposta da Comissão Europeia, considerando que se trata de um erro grave.

2.20. O CESE recomenda prudência em relação a certas propostas do pacote. Embora apoie, de modo geral, o pacote legislativo em apreço, considera necessário avaliar a situação e a adequação dos regulamentos depois de vencida a pandemia e quando for possível ter uma imagem mais clara do seu impacto.

3. **Regulamento da UE relativo às ameaças transfronteiriças graves para a saúde**

3.1. O CESE acolhe favoravelmente este regulamento, que conduzirá à criação de um quadro jurídico mais sólido e abrangente que permita à União preparar-se melhor e reagir rapidamente a ameaças transfronteiriças para a saúde.

3.2. O CESE entende que os mecanismos de coordenação em vigor foram manifestamente insuficientes para conter a pandemia de COVID-19 e proteger as pessoas que vivem na UE, pelas seguintes razões:

3.2.1. As disposições em vigor em matéria de segurança da saúde, baseadas no Sistema de Alerta Rápido e de Resposta e no intercâmbio de informações e na cooperação ao nível do Comité de Segurança da Saúde, não estão adequadas para desencadear atempadamente uma resposta comum a nível da UE, coordenar os aspetos cruciais da comunicação dos riscos ou assegurar a solidariedade entre os Estados-Membros.

3.2.2. A contenção do vírus baseou-se numa abordagem fragmentada, que comprometeu a capacidade da Europa para evitar a sua propagação. Em demasiados Estados-Membros, as medidas introduzidas não seguiram o aconselhamento científico. Tal refletiu-se nas taxas de infeção em países que tardaram em adotar medidas preventivas, não impuseram confinamentos ou optaram por uma abordagem de «imunidade de grupo». Não foram suficientemente consideradas as circunstâncias geográficas específicas de alguns Estados-Membros, designadamente as fronteiras com outros países com taxas de infeção elevadas ou um fluxo significativo de migrantes e refugiados.

3.2.3. As pessoas institucionalizadas estavam mais expostas à infeção e representaram uma percentagem desproporcionada das vítimas mortais. Por exemplo, os dados disponíveis indicam que as pessoas nesta situação apresentavam, e continuam a apresentar, as taxas mais elevadas de infeção e de mortalidade associadas à COVID-19. Na Eslovénia, por exemplo, 81 % das vítimas mortais de COVID-19 residiam em lares ([8]). O vírus teve um impacto devastador nestas estruturas, pelo que a ação futura da UE em matéria de segurança da saúde deve colmatar plenamente esta lacuna.

3.2.4. Quando as unidades de cuidados primários e cuidados de emergência atingiram o ponto de saturação, as pessoas mais vulneráveis à infeção e a complicações de saúde graves foram as primeiras a ser privadas de tratamento devido aos sistemas de triagem. Os idosos e as pessoas com deficiência corriam um risco particularmente elevado de lhes ser recusado tratamento urgente.

3.2.5. No início da pandemia, verificaram-se situações graves de escassez de equipamento de proteção individual e equipamento médico. A pandemia expôs falhas na solidariedade na UE, tendo alguns Estados-Membros impedido a exportação de equipamento de proteção individual ou de ventiladores para outros Estados-Membros que deles precisavam urgentemente. A ausência de uma avaliação centralizada da UE sobre tecnologias da saúde no domínio dos medicamentos e dos dispositivos médicos também se revelou um problema significativo. Importa que a UE previna a ocorrência de tais problemas no futuro.

([8]) A. Comas-Herrera et al., «*Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence*» [Mortalidade associada a surtos de COVID-19 em lares: dados internacionais preliminares], maio de 2020.

3.2.6. Verificou-se uma falta de dados desagregados sobre os grupos mais afetados pela COVID-19, o que comprometeu os esforços para identificar e proteger os grupos de maior risco.

3.2.7. A comunicação incoerente com os cidadãos e as partes interessadas, como os profissionais dos cuidados de saúde, ao nível da UE ou entre Estados-Membros, teve um impacto negativo na eficácia da resposta numa perspetiva de saúde pública. Faltou também uma aplicação eficaz das ferramentas de saúde em linha da UE e das novas tecnologias da inteligência artificial.

3.3. O CESE considera que o regulamento da UE relativo às ameaças transfronteiriças graves para a saúde poderá contribuir para atenuar estes problemas durante futuras crises sanitárias à escala da UE, através das seguintes medidas:

3.3.1. Criar um procedimento de contratação pública conjunta da UE e prever a constituição de reservas estratégicas ao abrigo do instrumento rescEU para ajudar a atenuar situações de escassez semelhantes durante futuras crises sanitárias à escala da UE. Será particularmente importante disponibilizar medicamentos que sejam utilizáveis por toda a população e, nos casos em que determinados grupos necessitem de formas de tratamento adaptadas ou alternativas devido a fatores como a idade, o sexo e o género, o estado de saúde ou a deficiência, este aspeto deve ser plenamente tido em conta.

3.3.2. Criar um quadro legislativo abrangente para reger e aplicar eficazmente as ações a nível da União em matéria de preparação, vigilância, avaliação dos riscos, alerta precoce e resposta rápida. O desenvolvimento de capacidades para proteger grupos de alto risco deve começar imediatamente, sobretudo as pessoas que coabitam em espaços exíguos ou vivem em instituições, contextos em que se revelou muito difícil proteger adequadamente os residentes e respeitar os seus direitos, e também com vista a assegurar a saúde e a proteção dos trabalhadores no setor da saúde e da prestação de cuidados através de condições de trabalho e de um número de efetivos adequados. O regulamento em apreço deve igualmente prever um melhor seguimento da escassez de profissionais de saúde e prestadores de cuidados, a fim de ajudar os Estados-Membros, a Comissão Europeia e os parceiros sociais nacionais e europeus na procura de soluções para tornar o trabalho no setor mais atrativo e, assim, melhorar o recrutamento e a retenção de pessoal.

3.3.3. Mobilizar os conhecimentos científicos especializados e o diálogo interdisciplinar de forma coordenada. O CESE entende que esta medida deve ser complementada pelos conhecimentos especializados da sociedade civil, em especial das organizações que representam grupos de risco elevado num contexto de pandemia, como os idosos, os sem-abrigo, as pessoas de minorias étnicas e as pessoas com deficiência. Deve igualmente incluir o setor dos cuidados de saúde, os investigadores e outros intervenientes pertinentes, incluindo as empresas da economia social.

3.3.4. Permitir que o Comité de Segurança da Saúde da UE (CSS) forneça orientações na adoção de medidas comuns a nível da UE para enfrentar uma futura ameaça sanitária transfronteiriça. Os parceiros sociais europeus do setor da saúde (como os presentes no Comité Europeu do Diálogo Social no Setor da Saúde) devem ser consultados e incluídos na governação do CSS.

3.3.5. Facilitar a comunicação de dados dos sistemas de saúde e outros dados pertinentes para a gestão de ameaças transfronteiriças. Esta recolha de dados deve ser desagregada, de forma a proporcionar uma compreensão mais clara, à escala da União, dos grupos de maior risco e mais afetados pelas ameaças para a saúde. Os dados devem ter em conta o género, a idade, a origem étnica, o contexto migratório, a deficiência e as doenças crónicas. Devem também abranger informações sobre a disponibilidade de profissionais de saúde e de assistência social, as reservas de medicamentos, dispositivos médicos e equipamento de proteção individual, o número de camas disponíveis e ocupadas nos cuidados intensivos e nos cuidados agudos, o número de ventiladores disponíveis e em utilização, a capacidade de realização de exames clínicos e o número de exames realizados, bem como dados sobre os recursos dos serviços de saúde públicos, com vista a assegurar um número adequado de trabalhadores, consoante as necessidades, em especial o número de profissionais médicos *per capita*. É igualmente importante recolher informações sobre a inclusividade dos sistemas nacionais de saúde, a fim de assegurar maior igualdade de acesso. Tais dados devem ser utilizados para adotar recomendações, nomeadamente, sobre rácios de recursos por unidade populacional, incluindo o número de profissionais no setor da saúde e da assistência social, a elaborar com base em boas práticas e avaliações de políticas.

3.3.6. Estabelecer novas redes de laboratórios na UE. Importa analisar formas de assegurar que as inovações e as respostas da medicina estejam acessíveis a todos, independentemente do Estado-Membro ou da região de residência, e de as disponibilizar a preços comportáveis para todos.

3.3.7. Criar programas de formação para especialistas, que devem também ter em conta as necessidades específicas dos diferentes perfis de doentes e de profissionais no domínio da saúde e da prestação de cuidados, bem como a transição para a saúde em linha e a telemedicina. A pandemia de COVID-19 demonstrou que a idade e a presença prévia de diversos problemas de saúde e de deficiências tiveram um enorme impacto no risco de desenvolver sintomas graves e no risco de

morte. No que diz respeito, em particular, às pessoas com deficiência ou com doenças crónicas, é crucial que os especialistas saibam como atender adequadamente os doentes, respeitem o livre arbítrio de todos e assegurem que ninguém é coagido a receber tratamento. A formação deve ser coerente com a abordagem de «uma só saúde». Além disso, nas regiões fronteiriças, devem promover-se exercícios transfronteiriços conjuntos e o conhecimento mútuo dos sistemas de saúde pública.

4. **Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças**

4.1. O CESE congratula-se com o reforço do mandato do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (o «Centro») em matéria de vigilância, preparação, alerta precoce e resposta rápida no âmbito de um quadro reforçado de segurança da saúde da UE.

4.2. O prolongamento e a expansão do mandato do Centro surgem num momento oportuno e, em caso de sucesso, transformarão o Centro numa das pedras angulares da resposta da União à pandemia de COVID-19. Este passo poderá também ajudar a colmatar as insuficiências, realçadas pela pandemia, na saúde pública e na resposta a crises sanitárias a nível nacional e da UE.

4.3. Na opinião do CESE, o Centro não dispunha do mandato, dos mecanismos ou dos recursos necessários para dar resposta à pandemia de COVID-19 de forma coerente e eficaz.

4.4. O princípio da subsidiariedade aplica-se às questões de saúde pública nacionais. Contudo, na União Europeia, em que a circulação transfronteiriça de pessoas e de mercadorias é considerável, todas as doenças transmissíveis são potenciais ameaças sanitárias transfronteiriças que exigem vigilância, preparação, avaliação dos riscos, alerta precoce e resposta rápida a nível da UE.

4.5. A pandemia expôs a relação tóxica entre doenças transmissíveis e não transmissíveis. A grande maioria das mortes por COVID-19 esteve associada a patologias subjacentes e preexistentes, tendo o acesso dos doentes crónicos a tratamento sido negativamente afetado pela pandemia. Por conseguinte, o mecanismo de resposta a situações de crise e a União Europeia da Saúde devem também centrar-se nas doenças não transmissíveis.

4.6. A avaliação externa do Centro publicada em setembro de 2019 salientou possíveis formas importantes de o reforçar. Realçou a necessidade de reforçar a sua pertinência para os Estados-Membros e de centrar esforços no combate às lacunas e insuficiências estruturais dos sistemas de saúde pública dos Estados-Membros, que prejudicam a capacidade destes últimos de contribuir eficazmente para as atividades do Centro e de retirar o melhor proveito dessas atividades. A avaliação sublinhou a necessidade de rever e alargar o mandato do Centro e de alterar o regulamento em vigor.

4.7. O CESE salienta que a proteção da saúde é fundamental para a proteção dos direitos humanos. A ausência de vigilância, preparação, alertas e respostas adequadas para as ameaças sanitárias, que continua a verificar-se durante a pandemia, compromete os direitos humanos, nomeadamente o direito à saúde, e agrava as desigualdades.

4.8. A proposta em apreço inclui melhorias importantes nas capacidades do Centro, a saber:

— reforço da capacidade de monitorização da situação sanitária com base em sistemas de vigilância digitalizados;

— melhoria da preparação nos Estados-Membros, mediante o desenvolvimento de planos nacionais de prevenção e resposta, e o reforço das capacidades de resposta rápida e integrada no domínio da saúde;

— reforço das medidas de controlo das epidemias e dos surtos através de recomendações vinculativas para a gestão dos riscos;

— reforço da capacidade de mobilização e destacamento do Grupo de Trabalho da UE para a Saúde;

— monitorização e avaliação da capacidade dos sistemas de saúde no que se refere ao diagnóstico, à prevenção e ao tratamento de doenças transmissíveis e não transmissíveis específicas;

— reforço da capacidade de identificar as categorias da população de maior risco e que necessitam de medidas de resposta seletivas;

— ligações reforçadas entre a investigação, a preparação e a resposta, e contactos estratégicos entre as comunidades de saúde pública e os investigadores;

— desenvolvimento de competências para a proteção da saúde através da coordenação de uma nova rede de laboratórios de referência da União e de uma nova rede de serviços nacionais de apoio à transfusão, aos transplantes e à reprodução medicamente assistida;

— ampliação das atividades relativas às doenças transmissíveis;

— contributo para o empenho e a preparação da UE no que respeita à segurança sanitária a nível mundial.

4.9. O CESE apelou diversas vezes para o reforço do investimento em saúde pública na UE. Neste sentido, através do reforço do mandato do Centro, será importante ter em conta os seguintes aspetos:

4.9.1. O Centro deve dispor de um mandato e de recursos suficientes para combater as desigualdades de saúde e assegurar que as respostas sanitárias da UE visam as pessoas consideradas de maior risco por grupos multidisciplinares de peritos científicos. A identificação das pessoas de maior risco deve basear-se em dados de qualidade desagregados que incluam estas populações. Tal implica integrar de forma significativa a sociedade civil, os parceiros sociais, os prestadores de serviços e os membros das comunidades mais afetadas. A coordenação entre os sistemas de saúde públicos, os profissionais médicos e a sociedade civil, incluindo as empresas da economia social ativas no domínio da saúde, é fundamental para a partilha de informações.

4.9.2. A saúde não é uma questão isolada. Está estreitamente associada a um nível de vida digno, ao trabalho digno, a uma habitação e alimentação adequadas e a um conjunto de serviços e formas de apoio. A UE já se comprometeu a promover uma Europa social através do Pilar Europeu dos Direitos Sociais. O Centro deve também ter condições para conceber e elaborar recomendações às estruturas pertinentes da UE, nomeadamente às que supervisionam o processo do Semestre Europeu e o novo painel de indicadores sociais do Pilar Europeu dos Direitos Sociais. Em coordenação com estas estruturas, deve poder orientar os Estados-Membros quanto aos fatores sociais da saúde e à forma de melhorar a saúde através da resposta a estes fatores.

4.9.3. O Centro deve dispor de um mandato para monitorizar os investimentos e elaborar recomendações sobre o financiamento da vigilância, a avaliação dos riscos e a preparação de respostas no domínio da saúde, a nível nacional e da UE.

4.9.4. O Centro e os centros nacionais de controlo de doenças devem colaborar no âmbito de uma monitorização sistemática. Em conjunto, devem monitorizar as pessoas mais afetadas pelas ameaças para a saúde, detetar casos e pontos críticos, identificar tendências e formular recomendações.

5. **Regulamento da UE relativo ao reforço do papel da Agência Europeia de Medicamentos**

5.1. O CESE congratula-se com a renovação do papel da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e o reforço da sua capacidade para atenuar as situações de escassez de medicamentos e dispositivos médicos em toda a UE.

5.2. O CESE considera que o papel atual da EMA foi insuficiente para dar resposta aos desafios criados pela pandemia de COVID-19, nomeadamente porque, sobretudo no início da pandemia, a UE enfrentou situações graves de escassez de equipamentos médicos capazes de salvar vidas, como os ventiladores. A escassez foi particularmente visível em alguns Estados-Membros, verificando-se uma coordenação insuficiente na distribuição justa de dispositivos e de equipamento de proteção individual em toda a União.

5.3. O papel renovado e a capacidade reforçada da EMA, que serão ativados numa eventual nova crise sanitária a nível da UE, ajudarão a atenuar os problemas observados durante a pandemia de COVID-19, através das seguintes medidas:

5.3.1. Criar um Grupo Diretor dos Medicamentos e um Grupo Diretor dos Dispositivos Médicos, que comunicariam à Comissão Europeia e aos Estados-Membros situações de escassez ou riscos futuros de escassez. Os grupos diretores, constituídos por peritos de toda a UE para permitir uma abordagem coordenada, deverão incluir profissionais especializados em tratamento médico adaptado às pessoas com maior risco de complicações de saúde numa situação de

pandemia como a atual. Tal dependerá, naturalmente, do tipo de crise sanitária que a UE tiver de enfrentar, mas exigirá, em princípio, conhecimentos sobre tratamentos adaptados, em função do sexo e do género, aos idosos, às pessoas com deficiência e às pessoas com problemas de saúde graves. As organizações da sociedade civil deverão também ser integradas e consultadas de forma significativa.

5.3.2. Reagir antes da escassez de medicamentos e detetar uma potencial escassez. Esta medida é necessária não apenas para os medicamentos mais utilizados no mercado na UE, mas também para assegurar a disponibilidade permanente de medicamentos e dispositivos médicos para doenças mais raras, a fim de garantir que estejam disponíveis em todos os Estados-Membros e em todas as localidades sempre que necessário.

5.3.3. Coordenar estudos juntamente com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) para monitorizar a eficácia e a segurança das vacinas, e promover uma «revisão constante» através da qual um grupo de trabalho analisará os dados e os resultados de ensaios clínicos em tempo real, a fim de acelerar o processo. Esse grupo de trabalho também emitirá pareceres científicos sobre a conceção de ensaios clínicos para medicamentos e vacinas. No exercício dessa competência, o grupo de trabalho deve incentivar a fixação dos objetivos de desempenho clinicamente mais relevantes para os produtos médicos a avaliar em ensaios clínicos. A agência já emite pareceres científicos, mas passará a fazê-lo num procedimento acelerado, no prazo de 20 dias, e gratuitamente.

5.4. A EMA enfrentará vários desafios nas suas atividades futuras. A agência deve assegurar, por um lado, que o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos em toda UE seja coerente e suficiente e, por outro, que estes são disponibilizados a preços comportáveis para os cidadãos.

5.5. Neste momento, o maior desafio é a campanha de vacinação contra a COVID-19. É lamentável que a estratégia da UE para as vacinas não considere elegíveis para uma vacinação acelerada certos grupos de alto risco, como as pessoas com deficiência e as pessoas com doenças crónicas. A prioridade de tratamento deve ser definida através de uma análise científica multidisciplinar que tenha em conta a discriminação e a exposição de grupos de pessoas ao vírus. A vacina deve ser tratada como um bem público, pelo que é essencial evitar que a vacinação atempada da população seja ameaçada por restrições associadas a questões como os direitos de propriedade intelectual. Salvar vidas deve ser sempre a prioridade absoluta da UE. Por conseguinte, é fundamental que a Comissão assegure que a Europa continua a estar na vanguarda em matéria de desenvolvimento de vacinas.

5.6. Durante a pandemia de COVID-19, a EMA partilhou proativamente dados sobre vacinas e medicamentos aprovados, bem como informações sobre a condução das atividades da Agência. A EMA também explicou aos cidadãos os processos regulamentares. Este nível de transparência é considerado altamente benéfico e deve também ser assegurado no futuro. Para o efeito, o regulamento deve incluir uma disposição segundo a qual todos os dados dos ensaios clínicos com base nos quais a Agência autoriza medicamentos ou vacinas devem ser publicados, bem como os protocolos de ensaios clínicos sobre os quais a EMA presta aconselhamento, em conformidade com o Regulamento Ensaios Clínicos.

5.7. O CESE incentiva a EMA a colaborar com todas as partes interessadas do setor da saúde no sentido de criar um modelo europeu que permita fixar os preços dos medicamentos de forma justa, responsável e transparente e de assegurar inovações farmacêuticas acessíveis.

6. **Autoridade de Resposta a Emergências Sanitárias**

6.1. A UE prevê criar uma Autoridade de Resposta a Emergências Sanitárias (HERA). A proposta legislativa relativa à criação do organismo deverá ser publicada no quarto trimestre de 2021, mas os contornos da HERA já foram definidos na recém-publicada Estratégia Farmacêutica para a Europa.

6.2. Pretende-se que a HERA colmate uma lacuna importante na infraestrutura da UE em matéria de preparação e resposta em situações de crise, reforçando a coordenação entre os Estados-Membros através da conceção de investimentos estratégicos para a investigação, o desenvolvimento, o fabrico, a implantação, a distribuição e a utilização de contramedidas médicas. Para o efeito, a HERA ajudará a UE a responder melhor às necessidades de saúde emergentes:

— antevendo ameaças específicas e desenvolvendo tecnologias através da exploração de horizontes e da análise prospetiva. Tal exigirá uma cooperação estreita com os grupos da sociedade civil que representam as pessoas geralmente consideradas de maior risco durante emergências sanitárias, a fim de avaliar situações em que as potenciais ameaças tenham efeitos desproporcionados nessas pessoas;

— identificando e colmatando as lacunas de investimento em contramedidas essenciais, como o desenvolvimento de agentes antimicrobianos inovadores;

— monitorizando e agrupando a capacidade de produção, bem como os requisitos e a disponibilidade de matérias-primas, dando assim resposta às vulnerabilidades da cadeia de abastecimento;

— apoiando o desenvolvimento de soluções tecnológicas transversais, como as tecnologias de plataformas de vacinas, que permitam o planeamento da preparação e da resposta para futuras ameaças à saúde pública;

— desenvolvendo contramedidas específicas, nomeadamente através da investigação, de ensaios clínicos e de infraestruturas de dados.

6.3. O CESE questiona a sobreposição entre os objetivos previstos para a HERA e os objetivos previstos nos regulamentos relativos ao ECDC e à EMA e no regulamento relativo às ameaças transfronteiriças graves para a saúde. As questões da preparação para situações de crise, da investigação, dos dados e da distribuição coordenada de medicamentos e dispositivos médicos parecem ser abrangidas pelos referidos regulamentos. Por conseguinte, o valor acrescentado da HERA afigura-se pouco claro, e poderá mesmo não se perceber que órgão é responsável por cada domínio no âmbito da coordenação dos cuidados de saúde. Por exemplo, não se percebe com clareza se as recomendações da HERA terão prioridade sobre as recomendações da EMA em caso de declaração de uma epidemia na UE.

6.4. A HERA deve ser um organismo exclusivamente público, dotado de uma missão clara de saúde pública, a não confundir com domínios referentes à política industrial, e deve estar disposta a decidir de forma independente em relação à indústria farmacêutica, concebendo soluções orientadas pelas necessidades de saúde pública (por exemplo, no domínio da luta contra a resistência antimicrobiana). Deve dispor de um orçamento considerável, que permita um planeamento independente a longo prazo. Deve ponderar-se igualmente a inclusão de uma cláusula de fixação de preços razoáveis nos textos jurídicos que regem o funcionamento do HERA.

6.5. No entanto, o valor acrescentado da HERA diz respeito ao papel de coordenação do fabrico de equipamento médico e de proteção, bem como de medicamentos. A monitorização e o agrupamento da capacidade de produção, bem como dos requisitos e da disponibilidade de matérias-primas, constituem outro domínio em que a HERA se destacará em comparação com o trabalho da EMA e do ECDC. Para ser bem-sucedida, a HERA tem de ser uma agência pública forte, independente e transparente. O interesse público deve estar no centro das suas prioridades e refletir-se na sua governação e nas suas ações. A garantia de melhores dados desagregados sobre os grupos vulneráveis é uma condição prévia para combater as desigualdades no domínio da saúde.

6.6. O CESE considera que existem problemas não resolvidos que, logicamente, poderiam ser confiados à HERA e que não foram mencionados em nenhuma das comunicações anteriores. A HERA proporciona uma excelente oportunidade para tirar partido da excelência da ciência europeia, retirar ensinamentos da crise atual e assegurar que o setor público age como um investidor prudente que orienta uma inovação significativa e alinhada com as necessidades de saúde pública. Tendo em conta as sobreposições com o trabalho de outras autoridades, poderá ser preferível ajustar o âmbito e as responsabilidades da HERA de forma a incluir:

6.6.1. A coordenação de um grupo de trabalho da UE centrado especificamente no impacto das emergências sanitárias nos grupos sociais de alto risco e nos trabalhadores do setor da saúde e da prestação de cuidados. Este grupo de trabalho poderá focar-se, embora não exclusivamente, nos idosos, nas pessoas com problemas de saúde e nas pessoas com deficiência.

6.6.2. Uma ação específica em matéria de não discriminação na resposta da UE a pandemias futuras, assegurando que as medidas preventivas, os cuidados médicos de emergência e os tratamentos estejam disponíveis para todos, incluindo os sem-abrigo, as comunidades itinerantes e as pessoas indocumentadas residentes na UE, já que todos estes grupos podem ficar esquecidos na resposta pública a crises sanitárias;

6.6.3. Campanhas de comunicação durante emergências sanitárias para assegurar que as pessoas compreendam melhor como se devem proteger, que adaptações devem introduzir nas suas atividades quotidianas para permanecerem seguras e, quando e caso existam tratamentos, como ter acesso aos mesmos. Esta comunicação deve visar diretamente os cidadãos e estar-lhes prontamente acessível, tendo em conta as necessidades específicas de grupos de alto risco, como os idosos, as pessoas com problemas de saúde e as pessoas com deficiência. Durante a atual pandemia de COVID-19, esta comunicação dependeu, em grande medida, do trabalho das organizações da sociedade civil, que devem, portanto, ser consultadas nesta atividade.

6.6.4. A estrutura de governação da HERA deve ser transparente e equilibrada, incluindo organizações de doentes e de saúde pública, a sociedade civil, os parceiros sociais e representantes da comunidade de investigação. Embora as indústrias sejam parceiros importantes, não devem fazer parte de qualquer estrutura de governação deste novo organismo público. A definição de necessidades globais não satisfeitas será uma prerrogativa exclusiva do setor da saúde pública e o objetivo será participar no desenvolvimento de novos produtos para os colocar no mercado.

Bruxelas, 27 de abril de 2021.

A Presidente
do Comité Económico e Social Europeu
Christa SCHWENG