

BARTŁOMIEJ ŻYŁKA

# Kryzys epidemiologiczny COVID-19 i jego wpływ na transformację unijnego systemu zarządzania transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi. Działania Unii Europejskiej w kontekście pandemii

The COVID-19 Epidemiological Crisis and Its Impact on the Transformation of the EU System for Managing Cross-Border Health Threats: Actions of the European Union in the Context of the Pandemic

## Abstract

This paper aims to provide a synthetic analysis of the impact of the epidemiological crisis caused by the COVID-19 pandemic on the transformation of the EU system for managing cross-border health threats. It discusses the role of the European Union in coordinating Member States' actions in response to the pandemic and the changes in health policy in the context of this crisis. The paper provides an overview of the actions taken by the European Union to protect public health, including initiatives related to the introduction of vaccines, crisis management and international cooperation. It examines the actions taken by the European Union in the light of its limited powers in the field of public health, while highlighting the importance of EU coordination efforts in crisis situations, particularly with regard to the prevention of epidemic threats. It also puts forward proposals to strengthen the EU's role in public health through institutional reform and closer cooperation between Member States.

BARTŁOMIEJ ŻYŁKA – magister prawa, Uniwersytet Śląski w Katowicach,  
ORCID – 0000-0001-7663-9239, e-mail: zykabartek@gmail.com

**KEYWORDS:** COVID-19 pandemic, European Union, health policy, crisis management, cross-border health threats, European Medicines Agency, ECDC, international cooperation, WHO, pandemic treaty, public health, EU competency reform

**SŁOWA KLUCZOWE:** pandemia COVID-19, Unia Europejska, polityka zdrowotna, zarządzanie kryzysowe, transgraniczne zagrożenia zdrowotne, Europejska Agencja Leków, ECDC, współpraca międzynarodowa, WHO, traktat pandemiczny, zdrowie publiczne, reforma kompetencji UE

## 1 | Kompetencje Unii Europejskiej w zakresie polityki zdrowotnej w okresie poprzedzającym wybuch pandemii Covid-19

Od czasu Traktatu z Maastricht z 7 lutego 1992 r. kompetencje Unii Europejskiej w zakresie polityki zdrowotnej pozostawały ograniczone do wspierania współpracy między państwami członkowskimi oraz promowania działań na rzecz ochrony zdrowia, zaś uprawnienia harmonizacyjne przepisów ustawowych i wykonawczych dotyczące zdrowia publicznego państw członkowskich zostały całkowicie wyłączone. Jednocześnie Unia zobowiązana została do przyczynia się do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia, poprzez zachęcanie do współpracy między państwami członkowskimi i, jeśli to konieczne, wspierania ich działania poprzez stosowanie środków zachęcających po uprzednich jednak konsultacjach z Komitetem Ekonomiczno-Społecznym i Komitetem Regionów<sup>[1]</sup>.

Pomimo tych ograniczeń koordynacyjna rola Unii Europejskiej w zakresie transgranicznej ochrony zdrowia była stopniowo rozwijana. W momencie wybuchu pandemii Covid-19 kompetencje Unii Europejskiej w tej dziedzinie opierały się na ogólnych kompetencjach przewidzianych zarówno w Traktacie o Unii Europejskiej, jak również, w większej mierze, Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE), który zobowiązał Unię Europejską do dbania o wysoki poziom ochrony zdrowia publicznego przy

<sup>1</sup> Traktat o Unii Europejskiej (2016/C 202/01), art. 129 ust. 4.

realizacji swoich polityk<sup>[2]</sup>, a także pozwolił jej na podejmować działań związanych z zapobieganiem chorobom, ochroną przed zagrożeniami transgranicznymi oraz koordynacją współpracy międzynarodowej<sup>[3]</sup>; konsekwentnie utrzymany został zakaz podejmowania przez Unię harmonizacji przepisów krajowych w zakresie opieki zdrowotnej, potwierdzając tym samym autonomię państw członkowskich w prowadzeniu własnych polityk zdrowotnych<sup>[4]</sup>.

Należy podkreślić, że Unia chętnie podejmowała inicjatywy mające na celu zwiększenie kompatybilności i koordynacji systemów opieki zdrowotnej wśród państw członkowskich, a także wykorzystała doświadczenia z wcześniejszych kryzysów zdrowotnych, czego przykładem było utworzenie m.in. Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności po kryzysie BSE (choroby szalonych krów), czy też Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) po epidemii SARS w 2003 roku<sup>[5]</sup>.

Działaniami Unii Europejskiej o szczególnym znaczeniu dla monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz koordynacji działań o charakterze transgranicznej ochrony zdrowia było powołanie Europejskiej Agencji Leków (EMA)<sup>[6]</sup>, której zadaniem stało się monitorowanie i ocena leków pod kątem bezpieczeństwa i skuteczności. Unia skupiła się również na budowie zrębów ram nadzoru epidemiologicznego, wczesnego ostrzegania i reagowania<sup>[7]</sup>, które miały być realizowane przez nowo utworzone ECDC i Komitet Bezpieczeństwa Zdrowia (HSC), który koordynuje działania państw członkowskich. Decyzja wprowadziła także zasady wspólnych

---

<sup>2</sup> Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, art. 168 ust. 1, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 202/01, 7 czerwca 2016 r.

<sup>3</sup> Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, art. 168 ust. 2, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 202/01, 7 czerwca 2016 r.

<sup>4</sup> Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, art. 168 ust. 5, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 202/01, 7 czerwca 2016 r.

<sup>5</sup> Tamara Hervey, Jean V. McHale, *European Union Health Law: Themes and Implications* (Cambridge: Cambridge University Press, 2015), n 18; Scott L. Greer, "The European Centre for Disease Prevention and Control: Hub or Hollow Core?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37 (2012): 1001.

<sup>6</sup> Parlament Europejski i Rada, Rozporządzenie (WE) nr 726/2004 z dnia 31 marca 2004 r., Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 136/1, 30 kwietnia 2004 r.

<sup>7</sup> Parlament Europejski i Rada, Decyzja nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylecia decyzji nr 2119/98/WE, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 293, 5 listopada 2013 r.

zamówień na środki medyczne, takie jak sprzęt ochrony osobistej, testy czy leki, wspierając państwa członkowskie w kryzysowych sytuacjach.

Wymienione instytucje odegrały kluczową rolę podczas pandemii Covid-19, zwłaszcza EMA, która przeprowadzała przyspieszone oceny szczepionek przeciw Covid-19 w ramach procedury *rolling review*, dzięki czemu możliwa była ocena danych w czasie rzeczywistym, jeszcze przed formalnym wnioskiem o dopuszczenie do obrotu.

## 2 | Próby koordynacji działań przez Unię Europejską w pierwszych miesiącach pandemii Covid-19

Skala i dynamika kryzysu pandemicznego wpłynęła natychmiastowo na gospodarkę niemal wszystkich krajów UE, które odnotowały wyraźny spadek eksportu. Samo porównanie statystyk ze stycznia 2020 roku z odpowiadającymi danymi za styczeń 2019 roku wskazuje jednoznacznie na ogólny trend negatywny<sup>[8]</sup>. Obniżeniu uległ również import we wszystkich krajach UE bez wyjątku, co można wyjaśnić nie tylko ogólnym spadkiem zakupów spowodowanym przez kwarantannę, ale także rosnącymi obawami i wątpliwościami co do przyszłych perspektyw gospodarczych<sup>[9]</sup>.

Pierwsze zdecydowane działania w odpowiedzi na pandemię podjęte zostały przez rządy krajowe, które pragmatycznie skupiały się na doraźnym zarządzaniu kryzysem i logistce, zamiast angażowania się w szerszą, skoordynowaną reakcję<sup>[10]</sup>. Państwa członkowskie oddolnie wprowadzały tymczasowe kontrole eksportu, zawierały umowy na dostawy leków i sprzętu medycznego, jednak nie uruchomiono unijnego mechanizmu ochrony ludności, który umożliwiłby dzielenie się zapasami<sup>[11]</sup>. Równolegle

<sup>8</sup> Eurostat, *Euro Indicators*, komunikat prasowy, 2020.

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup> Didier Bigo, Elspeth Guild, Elif M. Kuskonmaz, „Obedience in Times of COVID-19 Pandemics: A Renewed Governmentality of Unease?” *Global Discourse: An Interdisciplinary Journal of Current Affairs*, nr 1-2 (2021): 1-2.

<sup>11</sup> Elenor Brooks, E., Anniek de Ruijter, Scott L. Greer, Sarah Rozenblum, „EU Health Policy in the Aftermath of COVID-19: Neofunctionalism and Crisis-Driven Integration” *Journal of European Public Policy*, nr 4 (2023): 721-739. <https://doi.org/10.1080/13501763.2022.2141301>.

jednak Unia Europejska na bieżąco opracowywała ramy, w ramach których państwa członkowskie mogły wspólnie i efektywnie reagować na kryzys<sup>[12]</sup>. Należy podkreślić, że w pierwszych miesiącach pandemii państwa członkowskie musiały stawić czoła narastającemu przeciążeniu krajowych systemów opieki zdrowotnej i pogarszającej się gwałtownie sytuacji epidemiologicznej, która bezpośrednio wpływała na ich sferę społeczno-ekonomiczną i polityczną<sup>[13]</sup>, do tego stopnia, że sama pandemia zaczęła być traktowana jako siła wyższa, o asymetrycznych skutkach, w różnych krajach Unii<sup>[14]</sup>. W takim stanie sytuacji Unia Europejska nie ustawała w wysiłkach zmierzających do opanowania kryzysu, w szczególności w kontekście konieczności zapewnienia sprawnego funkcjonowania transgranicznej ochrony zdrowia oraz wymiany informacji pomiędzy krajami członkowskimi a Unią Europejską. Konieczność była szczególnie nagła z uwagi na niezwykle poważne konsekwencje wprowadzanych przez państwa członkowskie ograniczeń przepływu osób i towarów, godzących bezpośrednio w prawa obywateli Unii Europejskiej do swobodnego przemieszczania się i przebywania na terytorium państw członkowskich. Zamknięcie granic wewnątrz UE nie sprowadzało się jednak wyłącznie do przeszkód w transgranicznej mobilności pracowników, wywołała również uzasadnione pytania co do koordynacji systemów opieki społecznej i zdrowotnej między krajami członkowskimi<sup>[15]</sup>.

W dniu 13 lutego 2020 r. Rada Unii Europejskiej przyjęła konkluzje w sprawie Covid-19, w których wezwała państwa członkowskie do wspólnego działania we współpracy z Komisją, w sposób proporcjonalny i odpowiedni, w celu rozwijania ścisłej i wzmożonej koordynacji pomiędzy państwami członkowskimi służącej zapewnieniu skuteczności wszystkich środków, w tym, w stosownych przypadkach, środków dotyczących podróży, przy jednoczesnym zagwarantowaniu swobodnego przepływu

---

<sup>12</sup> Lucia Quaglia, Amy Verdun, „The COVID-19 Pandemic and the European Union: Politics, Policies and Institutions” *Journal of European Public Policy*, nr 4 (2023): 599-600.

<sup>13</sup> Ibidem, 600.

<sup>14</sup> Marco Buti, *The Man Inside: A European Journey Through Two Crises* (Egea, 2021). André Sapir, „Why Has COVID-19 Hit Different European Union Economies So Differently?” *Policy Contribution*, nr 18 (2020). <https://www.bruegel.org/policy-brief/why-has-covid-19-hit-different-european-union-economies-so-differently>.

<sup>15</sup> Michael Blauburger, Christina Grabbe, Ariadna Ripoll-Servent, „EU Free Movement of People: Fully Recovered from or Suffering from Long COVID?” *Journal of European Public Policy*, nr 4 (2023): 696-720. <https://doi.org/10.1080/13501763.2022.2140818>.

w obrębie Unii Europejskiej, by zapewnić optymalną ochronę zdrowia publicznego<sup>[16]</sup>.

W dniu 10 marca 2020 r. szefowie państw lub rządów Unii Europejskiej podkreślili potrzebę wspólnego europejskiego podejścia do pandemii Covid-19, zaś sześć dni później Komisja przyjęła wytyczne<sup>[17]</sup>, w których zalecała wprowadzenie „zielonych korytarzy” dla transportu towarów, w szczególności środków medycznych i żywności, eliminując przeszkody administracyjne i kontrolne na granicach<sup>[18]</sup>. Obejmowały one także wprowadzenie kontroli zdrowotnych, takich jak testy na Covid-19 i kwarantanna, pod warunkiem zachowania zasady proporcjonalności<sup>[19]</sup>. Komisja podkreślała konieczność ochrony pracowników transportu i służb granicznych, zapewniając im dostęp do środków ochrony osobistej<sup>[20]</sup>, a także zaleciła ścisłą współpracę państw członkowskich i wymianę informacji, aby uniknąć sprzecznych działań<sup>[21]</sup>, a wprowadzone ograniczenia swobody przepływu miały być proporcjonalne, by nie zakłócały funkcjonowania rynku wewnętrznego UE<sup>[22]</sup>.

W celu stworzenia skoordynowanego podejścia do stopniowego zniesienia restrykcji wprowadzonych w odpowiedzi na pandemię w dniu 17 kwietnia 2020 r. Komisja Europejska opublikowała Wspólny europejski plan działania prowadzący do zniesienia środków powstrzymujących rozprzestrzenianie się Covid-19<sup>[23]</sup>, w którym przedstawiono ramy działania, które miały pomóc państwom członkowskim w łagodzeniu środków izolacji i powrocie do normalnego funkcjonowania, jednocześnie minimalizując ryzyko wzrostu liczby zakażeń.

Plan opierał się na trzech kluczowych kryteriach: epidemiologicznym, zdolności systemów opieki zdrowotnej oraz zdolności do monitorowania

---

<sup>16</sup> Rada Unii Europejskiej. Konkluzje Rady w sprawie COVID-19. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 2020/57/4 (13 lutego 2020 r.).

<sup>17</sup> Komisja Europejska. Wytyczne Komisji Europejskiej dotyczące środków zarządzania granicami w celu ochrony zdrowia i zapewnienia dostępności towarów i usług podstawowych z dnia 16 marca 2020 r. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 861 (2020): 12.

<sup>18</sup> Ibidem, art. 1–2.

<sup>19</sup> Ibidem, art. 3.

<sup>20</sup> Ibidem, art. 4.

<sup>21</sup> Ibidem, art. 5.

<sup>22</sup> Ibidem, art. 6.

<sup>23</sup> Komisja Europejska. Europejski plan działania prowadzący do zniesienia środków powstrzymujących rozprzestrzenianie się COVID-19. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 126/01 (2020).

i kontrolowania zakażeń<sup>[24]</sup>. Podkreślono, że znoszenie środków powinno być stopniowe i skoordynowane z zapewnieniem wystarczającego czasu między poszczególnymi etapami, by uniknąć ponownego wzrostu przypadków, oraz zalecano, aby pierwsze kroki w znoszeniu ograniczeń dotyczyły poziomu lokalnego, z późniejszym rozszerzaniem na większe obszary<sup>[25]</sup>. Otwarcie granic wewnętrznych UE oraz powrót do działalności gospodarczej miały odbywać się z nowymi wymogami bezpieczeństwa, w tym poprzez promowanie telepracy, a także wprowadzenie rygorystycznych zasad higieny publicznej i ograniczeń w organizowaniu zgromadzeń<sup>[26]</sup>. Zakładano także działania na poziomie UE, takie jak wzmocnienie systemów testowania i śledzenia kontaktów, unijna sieć laboratoriów, a także zwiększenie zdolności systemów ochrony zdrowia. Kluczowe było również przyspieszenie procesu dopuszczania szczepionek i terapii, a także usprawnienie procedur związanych z produkcją i dystrybucją sprzętu medycznego, w tym środków ochrony osobistej<sup>[27]</sup>.

Komisja w okresie od maja do lipca 2020 r. przyjęła szereg dalszych wytycznych i komunikatów mających na celu wsparcie wysiłków koordynacyjnych podejmowanych przez państwa członkowskie oraz zagwarantowanie swobodnego przepływu w obrębie Unii w czasie pandemii Covid-19. W wytycznych z dnia 7 maja 2020 r., które dotyczyły kształcenia personelu medycznego w odpowiedzi na kryzys zdrowotny wywołany pandemią Covid-19<sup>[28]</sup>, Komisja podkreśliła znaczenie szybkiego dostosowania programów edukacyjnych i szkoleń w celu zwiększenia liczby wykwalifikowanych pracowników medycznych, którzy mogli szybko odpowiedzieć na potrzeby związane z walką z pandemią. Wytyczne zwracały uwagę na konieczność elastyczności w programach kształcenia, aby umożliwić szybkie wprowadzenie nowych specjalistów do systemów opieki zdrowotnej, w tym pracowników z innych dziedzin medycyny, którzy mogliby zostać przekwalifikowani do roli w walce z Covid-19<sup>[29]</sup>. Zalecano także, aby państwa członkowskie inwestowały w szkolenia zdalne, oferując kursy online, które pozwalały na szybsze i bezpieczniejsze przygotowanie personelu

<sup>24</sup> Ibidem, rozdz. 3, „Kryteria”.

<sup>25</sup> Ibidem, rozdz. 4, „Zasady”.

<sup>26</sup> Ibidem, rozdz. 5, „Środki towarzyszące”.

<sup>27</sup> Ibidem, rozdz. 6, „Zalecenia”.

<sup>28</sup> Komisja Europejska. Wytyczne Komisji Europejskiej w sprawie kształcenia personelu medycznego w odpowiedzi na pandemię COVID-19. *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej* C 169 (7 maja 2020 r.).

<sup>29</sup> Ibidem, „Elastyczność programów edukacyjnych”.

medycznego<sup>[30]</sup>. Jednocześnie, dokument akcentował potrzebę współpracy między państwami UE, aby zapewnić wymianę najlepszych praktyk i zasobów, szczególnie w obliczu zagrożeń związanych z przyszłymi kryzysami zdrowotnymi<sup>[31]</sup>.

Zalecenia dotyczące stopniowego znoszenia ograniczeń podróży do Unii Europejskiej, które zostały wprowadzone w odpowiedzi na pandemię Covid-19 zawarte zostały w Komunikacie Komisji Europejskiej z dnia 5 czerwca 2020 r. dotyczącym „trzeciej oceny stosowania tymczasowego ograniczenia dotyczącego innych niż niezbędne podróży do Unii Europejskiej”<sup>[32]</sup>. W dokumencie tym Komisja oceniła sytuację epidemiologiczną w Unii Europejskiej i na całym świecie, podkreślając, że sytuacja zdrowotna poprawia się, a tymczasowe ograniczenia mogą być stopniowo łagodzone<sup>[33]</sup>. W szczególności decyzje o znoszeniu ograniczeń miały być podejmowane na podstawie wspólnej oceny sytuacji epidemiologicznej, z uwzględnieniem stopnia zagrożenia w różnych państwach trzecich. Jednocześnie Komisja zwróciła uwagę na konieczność skoordynowanego podejścia między państwami członkowskimi, aby uniknąć jednostronnych decyzji, które mogłyby utrudnić funkcjonowanie jednolitego rynku<sup>[34]</sup>. Zalecono także rozszerzenie kategorii osób, które mogą podróżować, na przykład pracowników wysokiej klasy, którzy nie mogą wykonywać swoich obowiązków zdalnie<sup>[35]</sup>.

Zalecenie Rady (UE) 2020/1475 z dnia 13 października 2020 r. w sprawie skoordynowanego podejścia do ograniczania swobodnego przepływu w odpowiedzi na pandemię Covid-19 miało na celu zapewnienie koordynacji działań państw członkowskich w zakresie wprowadzania ograniczeń dotyczących swobodnego przepływu osób w odpowiedzi na pandemię<sup>[36]</sup>. Dokument podkreślał konieczność stosowania wspólnych

<sup>30</sup> Ibidem, „Szybkie wprowadzenie specjalistów”.

<sup>31</sup> Ibidem, „Współpraca między państwami członkowskimi”.

<sup>32</sup> Komisja Europejska. Komunikat Komisji z dnia 5 czerwca 2020 r. dotyczący trzeciej oceny stosowania tymczasowego ograniczenia dotyczącego innych niż niezbędne podróży do Unii Europejskiej COM(2020) 299 final. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 169 (15 maja 2020 r.): 30.

<sup>33</sup> Ibidem, art. 2.

<sup>34</sup> Ibidem, art. 1.

<sup>35</sup> Ibidem, art. 4.

<sup>36</sup> Rada Unii Europejskiej. Zalecenie Rady (UE) 2020/1475 z dnia 13 października 2020 r. w sprawie skoordynowanego podejścia do ograniczania swobodnego przepływu w odpowiedzi na pandemię COVID-19. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 337 (14 października 2020 r.): 3.



kryteriów i progów przy podejmowaniu decyzji o wprowadzeniu takich ograniczeń, aby uniknąć jednostronnych działań, które mogłyby zakłócić rynek wewnętrzny UE<sup>[37]</sup>. Dokument koncentrował się na zasadach proporcjonalności i niedyskryminacji, zgodnie z którymi jakiegokolwiek środki ograniczające swobodny przepływ powinny być ściśle niezbędne do ochrony zdrowia publicznego<sup>[38]</sup>. Państwa członkowskie powinny także przyjąć elastyczne podejście, które pozwalałoby na zmianę restrykcji w zależności od sytuacji epidemiologicznej, co oznacza, że w przypadku poprawy sytuacji, ograniczenia mogłyby zostać zniesione<sup>[39]</sup>.

Jednym z najważniejszych elementów umożliwiających zapewnienie sprawnego funkcjonowania strefy Schengen w zakresie przepływu osób było wprowadzenie Certyfikatu Covid UE, który umożliwił obywatelom państw członkowskich łatwiejsze podróżowanie w obrębie Unii. Certyfikat ten, wprowadzony przez Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r., miał na celu ułatwienie swobodnego przemieszczania się w ramach Unii, przy jednoczesnym zapewnieniu posiadania przez osoby podróżujące odpowiedniej dokumentacji dotyczącej szczepienia, negatywnego wyniku testu lub potwierdzenia przebycia choroby Covid-19. Pomimo znaczącej krytyki, głównie ze strony europejskiej opinii publicznej, dzięki ważnemu certyfikatowi możliwe stało się uniknięcie konieczności kwarantanny lub poddania się testom przy wjeździe do innych państw członkowskich. Wprowadzenie tego rozwiązania nastąpiło w drodze Rozporządzenia (UE) 2021/954 dotyczącego zasad, które pozwalają na zharmonizowane zarządzanie danymi i ochroną prywatności związanych z jego wydawaniem.

---

<sup>37</sup> Ibidem, art. 3.

<sup>38</sup> Ibidem, art. 1.

<sup>39</sup> Ibidem, art. 2.

### 3 | Reforma kompetencji unijnych agencji jako odpowiedź na pandemię Covid-19 i optymalizacja procesu koordynacji działań

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/123 z dnia 25 stycznia 2022 r. wzmocnione zostały uprawnienia Europejskiej Agencji Leków w zakresie monitorowania i reakcji, szczególnie w warunkach zaistnienia stanu zagrożenia zdrowia publicznego oznaczającego sytuację nadzwyczajną w dziedzinie zdrowia publicznego, uznaną przez Komisję zgodnie z art. 12 ust. 1 decyzji nr 1082/2013/UE<sup>[40]</sup>. Na podstawie przedmiotowego rozporządzenia Agencja przejęła rolę w monitorowaniu i łagodzeniu niedoborów produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz zarządzaniu dostępnością leków.

Na podstawie Decyzji Komisji z dnia 16 września 2021 r. ustanowiono Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA) jako specjalną strukturę centralną będącej służbą Komisji, której celem stało się m.in. uzupełnienie istniejących już unijnych struktury i mechanizmów. HERA swoimi kompetencjami objęło unijny system gotowości na wypadek sytuacji kryzysowej i zarządzania takimi sytuacjami, odpowiadając m.in. za ocenę zagrożeń dla zdrowia i gromadzenie informacji mających znaczenie dla medycznych środków przeciwdziałania, wspieranie zaawansowanych badań i rozwoju w dziedzinie medycznych środków przeciwdziałania oraz powiązanych technologii, reagowanie na wyzwania rynkowe i zwiększanie otwartej strategicznej autonomii Unii w zakresie produkcji medycznych środków przeciwdziałania, szybkie zamawianie i dystrybucję medycznych środków przeciwdziałania i zwiększanie zdolności gromadzenia ich zapasów, poszerzanie wiedzy i umiejętności w zakresie gotowości i reagowania w związku z medycznymi środkami przeciwdziałania. W realizacji powierzonych zadań HERA zobowiązane zostało jednak do ścisłej współpracy z państwami członkowskimi<sup>[41]</sup>.

<sup>40</sup> Parlament Europejski i Rada. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/123 z dnia 25 stycznia 2022 r. w sprawie wzmocnienia roli Europejskiej Agencji Leków w zakresie gotowości na wypadek sytuacji kryzysowej i zarządzania kryzysowego w odniesieniu do produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Tekst mający znaczenie dla EOG), art. 2 lit. a.

<sup>41</sup> Komisja Europejska. Decyzja Komisji z dnia 16 września 2021 r. ustanawiająca Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (2021/C 393 I/02), art. 2 ust. 2.

Za jedno z najważniejszych osiągnięć Unii Europejskiej w zakresie przyjętych środków walki z pandemią Covid-19 należy uznać Rozporządzenie (UE) 2022/2371 z dnia 23 listopada 2022 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylenia decyzji nr 1082/2013/UE. Na jego podstawie ugruntowano pozycję Unii Europejskiej w zakresie przygotowań do zagrożeń zdrowotnych i reakcji na nie. Państwa członkowskie zobowiązane zostały do opracowywania krajowych planów gotowości i reagowania<sup>[42]</sup>, natomiast Komisja miała koordynować ich ocenę<sup>[43]</sup>. Uwagę poświęcono również optymalizacji procesu wymiany informacji i nadzoru, w tym celu wprowadzono system nadzoru oparty na nowoczesnych technologiach i danych obejmujących informacje o zagrożeniach zdrowotnych, ich rozprzestrzenianiu się oraz skutkach. w czasie rzeczywistym<sup>[44]</sup>. Tak skonstruowany system umożliwiać ma lepsze monitorowanie sytuacji na poziomie Unii, wspierając szybką reakcję i podejmowanie decyzji. Państwa członkowskie zobowiązane zostały do natychmiastowego zgłaszania wszelkich poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowotnych za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania i reagowania (EWRS); z kolei przekazywane informacje muszą być szczegółowe i obejmować charakter zagrożenia, potencjalne skutki oraz środki zaradcze<sup>[45]</sup>.

Pewnej harmonizacji uległ również proces wymiany danych. Komisja Europejska, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz inne agencje unijne (np. EMA) zobowiązane zostały do ułatwiania wymianę danych między państwami członkowskimi m.in. poprzez stosowanie mechanizmów ujednoczenia formatów danych, aby zapewnić ich kompatybilność i efektywność wymiany<sup>[46]</sup>. Rozporządzenie promowało również rozwój narzędzi cyfrowych poprzez wykorzystanie sztucznej inteligencji, modelowania matematycznego i innych zaawansowanych technologii do przewidywania zagrożeń zdrowotnych i analizy ryzyka<sup>[47]</sup>.

---

<sup>42</sup> Parlament Europejski i Rada. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2371 z dnia 23 listopada 2022 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylenia decyzji nr 1082/2013/UE, art. 6.

<sup>43</sup> Ibidem, art. 7.

<sup>44</sup> Ibidem, art. 8.

<sup>45</sup> Ibidem, art. 9.

<sup>46</sup> Ibidem, art. 9 ust. 1–3.

<sup>47</sup> Ibidem, art. 8 ust. 3.

## 4 | Priorytet szczepionek w strategii UE

Już na wczesnym etapie pandemii Covid-19 UE wskazała szczepionki jako priorytet w działaniach i skoncentrowała się na opracowaniu bezpiecznej i efektywnej szczepionki, która pozwoliłaby zakończyć trwający kryzys sanitarny. Podjęła działania, aby skrócić czas potrzebny do opracowania szczepionki z 10–15 lat do 12–24 miesięcy<sup>[48]</sup>. W dniu 14 kwietnia 2020 r. Rada Unii Europejskiej przyjęła rozporządzenie (UE) 2020/521 w sprawie uruchomienia wsparcia w sytuacjach nadzwyczajnych na mocy rozporządzenia (UE) 2016/369 oraz zmiany jego przepisów w związku z rozprzestrzenianiem się COVID-19 (Dz.U. 2020, L 117, s. 3). W drodze tego rozporządzenia Rada uruchomiła wsparcie w sytuacjach nadzwyczajnych ustanowione rozporządzeniem Rady (UE) 2016/369 z dnia 15 marca 2016 r. w sprawie udzielania wsparcia w sytuacjach nadzwyczajnych na terenie Unii (Dz.U. 2016, L 70, s. 1) jako jeden ze środków umożliwiających Unii Europejskiej jako całość rozwiązanie kryzysu związanego z pandemią Covid-19 w duchu solidarności w kontekście ograniczeń spowodowanych szybkim rozprzestrzenianiem się wirusa oraz ponieważ wielkoskalowy i transnarodowy charakter tego rozprzestrzeniania się i jego skutków wymagają kompleksowej reakcji.

W dniu 17 czerwca 2020 r. Komisja opublikowała komunikat zatytułowany „Strategia UE dotycząca szczepionek przeciwko COVID-19” [COM(2020) 245 final]. Strategia ta, mająca na celu przyspieszenie opracowywania, produkcji i wprowadzania szczepionek przeciwko COVID-19, była oparta na dwóch filarach. Pierwszym z nich było zabezpieczenie wystarczającej produkcji szczepionek w Unii, a tym samym wystarczających dostaw dla jej państw członkowskich, za pomocą umów zakupu z wyprzedzeniem zawieranych z producentami szczepionek za pośrednictwem instrumentu wsparcia w sytuacjach nadzwyczajnych, takiego jak uruchomiony rozporządzeniem 2020/521. Drugim było dostosowanie ram prawnych Unii do ówczesnej pilnej sytuacji oraz wykorzystanie istniejącej wówczas elastyczności regulacyjnej, aby przyspieszyć opracowanie, dopuszczenie do obrotu i dostępność szczepionek, zachowując jednocześnie normy jakości, bezpieczeństwa i skuteczności szczepionek.

Do końca 2021 r. Komisja podpisała umowy o łącznej wartości 71 mld euro, które pozwoliły jej zabezpieczyć dostawy w liczbie do 4,6 mld dawek

<sup>48</sup> Komisja Europejska. Strategia UE dotycząca szczepionek przeciwko COVID-19. COM(2020) 245 final.

szczepionki. W tym miejscu należy podkreślić, że kwestia zawierania przez Komisję Europejską z firmami farmaceutycznymi (m.in. AstraZeneca, Pfizer-BioNTech) umów na zakup szczepionek z wyprzedzeniem i umów zakupu za rodziła wątpliwości szczególnie w przedmiocie zapewnienia odpowiedniego dostępu opinii publicznej do informacji, co miało szczególne znaczenie w kontekście m.in. unijnej zasady transparentności. W części wątpliwości te zostały potwierdzone orzeczeniami Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 17 lipca 2024 tj. ECLI:EU:T:2024:476<sup>[49]</sup> oraz ECLI:EU:T:2024:477<sup>[50]</sup>.

W sprawozdaniu specjalnym 19/2022 dotyczącym unijnych zamówień szczepionek przeciwko Covid19 opublikowanym w dniu 19.09.2022 r. Europejski Trybunał Obrachunkowy stwierdził, że choć sam proces sam proces zamawiania zaczął się później niż w przypadku Zjednoczonego Królestwa i USA, to Unia Europejska stworzyła scentralizowany system zamówień obejmujący różne przedsiębiorstwa i technologie, zaś pomimo zapewnienia odpowiedniej ilości dawek szczepionki sam proces zamówień nie został odpowiednio przeanalizowany<sup>[51]</sup>. Należy podkreślić, że pomimo wyżej przedstawionych wątpliwości istotnie sam proces zamówień i dystrybucji zamówień, który był realizowany i koordynowany przez Unię Europejską doprowadził do dostarczenia niemal 952 mln dawek do końca roku 2021 (w większości były to szczepionki wyprodukowane przez Pfizer/BioNTech) oraz do podania blisko 739 mln dawek<sup>[52]</sup>.

---

<sup>49</sup> Auken and Others v. Commission, Case T-689/21, ECLI:EU:T:2024:476, European Union General Court, July 17, 2024. <https://eur-lex.europa.eu>.

<sup>50</sup> Courtois and Others v. Commission, Case T-761/21, ECLI:EU:T:2024:422, European Union General Court, July 17, 2024. <https://eur-lex.europa.eu>.

<sup>51</sup> Europejski Trybunał Obrachunkowy. Special Report 19/2022: EU COVID-19 Vaccine Procurement, dostęp 19 listopada 2024 r. <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html>.

<sup>52</sup> Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. „COVID-19 Vaccine Tracker”. [dostęp: 14.11.2024]. <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html>

## 5 | Prace nad traktatem pandemicznym WHO (WHO CA+) oraz rola Unii Europejskiej w procesie powstawania – możliwość przystąpienia Unii Europejskiej do traktatu

Pandemia Covid-19 przyczyniła się do rozwoju i wdrażania koncepcji skoordynowanych działań prewencyjnych, gotowości oraz odpowiedzi na zagrożenia pandemiczne nie tylko na poziomie regionalnym, ale również w skali globalnej.

W celu zapewnienia lepszego przygotowania i ochrony społeczności, rządów oraz wszystkich sektorów społeczeństwa zarówno na poziomie krajowym, jak i globalnym, a także w celu zapobiegania przyszłym pandemiom i reagowania na nie, państwa członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia zgodziły się na globalny proces opracowania i negocjacji konwencji, porozumienia lub innego instrumentu międzynarodowego na podstawie Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia w celu wzmocnienia zapobiegania pandemiom oraz przygotowania się i reagowania na nie. Przyjęcie traktatu pandemicznego oznaczałoby znaczące rozszerzenie istniejących dotychczas instrumentów międzynarodowych w zakresie ochrony zdrowia istniejących obecnie na podstawie Konstytucji WHO, w szczególności Międzynarodowego Regulaminu Zdrowotnego (2005), który został ustanowiony w celu „zapobiegania międzynarodowemu rozprzestrzenianiu się chorób, ochrony przed nimi, ich zwalczania oraz zapewnienia reakcji zdrowotnej w sposób proporcjonalny do zagrożeń zdrowotnych i ograniczony do tych zagrożeń, unikając jednocześnie niepotrzebnych zakłóceń w międzynarodowym ruchu i handlu”<sup>[53]</sup>.

Prace nad tzw. traktatem pandemicznym WHO rozpoczęte zostały w lutym 2022 i są realizowane przez Międzyrządowe Ciało Negocjacyjne (Intergovernmental Negotiating Body – INB). Poza członkami Światowej Organizacji Zdrowia w pracach, w ograniczonym zakresie, uczestniczyć mogą akredytowane przy WHO organizacje pozapaństwowe. Przyjęcie traktatu popierane jest szczególnie mocno przez samą Unię Europejską, która nie tylko była inicjatorem, ale również pozostaje jednym z głównych

---

<sup>53</sup> World Health Organization, „Pandemic Prevention, Preparedness and Response Accord” *World Health Organization*. [dostęp: 13.12.2024]. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/pandemic-prevention--preparedness-and-response-accord>.

uczestników procesu negocjacyjnego. Aktywność Unii Europejskiej w procesie negocjacyjnym ma charakter wieloaspektowy. Choć traktat negocjowany jest przez państwa członkowskie WHO indywidualnie, to Unia Europejska czynnie koordynuje stanowiska swoich członków, reprezentując na forum globalnym wspólne interesy w zakresie ochrony zdrowia publicznego i pośrednio wzmocnienia krajowych systemów ochrony zdrowia, takie jak równość w dostępie do leków, szczepionek i technologii medycznych. Kluczową rolę dla pozycji negocjacyjnej Unii Europejskiej ma również jej wkład finansowy w działalność WHO, który w latach 2022-2023 wyniósł 468 milionów dolarów, czyniąc z Unii piątego co do wielkości wsparcia kontrybutora Światowej Organizacji zdrowia<sup>[54]</sup>.

Aktualna agenda projekt traktatu pandemicznego WHO z dnia 22 października 2024 r. obejmuje promowanie podejścia One Health uwzględniającego wzajemne powiązania zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska i ukierunkowanego na bardziej efektywne przygotowanie na pandemię, które mogą wynikać z trzech powyższych obszarów. Celem traktatu jest m.in. stworzenie systemów wczesnego wykrywania zagrożeń pandemicznych, aby umożliwić jak najszybszą reakcję na nowe patogeny. Rola WHO w tworzonym systemie miałyby polegać na koordynacji działań międzynarodowych oraz zapewnianiu wsparcia merytorycznego i technicznego w odpowiedzi na pandemię<sup>[55]</sup>.

## 6 | Próba oceny i wnioski *de lege ferenda*

Covid-19 ujawnił bardzo wyraźnie napięcie między ścisłą integracją społeczną, gospodarczą i polityczną a słabymi kompetencjami Unii Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia. Dzięki pandemii stało się jasnym, że Unii Europejskiej potrzebuje lepszych zdolności do monitorowania i testowania na wszystkich poziomach, zaś nadzór systemów opieki zdrowotnej w całej Unii Europejskiej, a nawet w obrębie państw członkowskich, jest mimo

<sup>54</sup> World Health Organization, „European Union” *World Health Organization*. [dostęp: 13.12.2024]. <https://www.who.int/about/funding/contributors/european-union>.

<sup>55</sup> World Health Organization, *Intergovernmental Negotiating Body (INB) 12th Session: Draft of the Pandemic Accord*, document A/INB/12/1, World Health Organization. [dostęp: 13.12.2024]. [https://apps.who.int/gb/inb/pdf\\_files/inb12/A\\_inb12\\_1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb12/A_inb12_1-en.pdf).

wszystko w nadal powolny, niespójny i fragmentaryczny<sup>[56]</sup>. Kryzys uwy-puklił znaczenie koordynacji działań między państwami członkowskimi. W początkowej fazie pandemii brak skoordynowanego podejścia w kwestii zamykania granic i wprowadzania restrykcji utrudniał skuteczną reakcję, zaś działania Unii Europejskiej na początku pandemii miały charakter wtórny wobec działań podejmowanych przez państwa członkowskie i ukierunkowany na złagodzenie narastającego chaosu, który godził w fundamenty gospodarcze wspólnoty<sup>[57]</sup>.

Fakt, że kwestie związane ze zdrowiem publicznym pozostają domeną państw członkowskich po części tłumaczy szybkość i skuteczność reakcji na poziomie krajowym, jednak równie istotna okazała się legitymacja społeczna dla podejmowanych działań<sup>[58]</sup> oraz zarządzania przez nie odrębnymi krajowymi systemami opieki zdrowotnej<sup>[59]</sup>. Unia Europejska, chcąc podejmować działania nawet o charakterze koordynacyjnym, często napotykała na ograniczenia kompetencyjne w kwestiach takich jak wprowadzenie unijnego Certyfikatu COVID czy zakup szczepionek. W tym kontekście za konieczne należy uznać dążenie do poszerzenia jej kompetencji w obszarze zdrowia publicznego, zwłaszcza w zakresie zarządzania kryzysami zdrowotnymi. Pandemia dowiodła, że globalne problemy wymagają globalnych rozwiązań i koordynacji, zaś ich efektywne wdrożenie możliwe jest wyłącznie na poziomie Unijnym, czego dowodzi m.in. pozytywna rola, którą odegrały Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Europejska Agencja Leków (EMA) w zarządzaniu kryzysem zdrowotnym, zwłaszcza w zakresie monitorowania sytuacji epidemiologicznej i zatwierdzania szczepionek.

W kontekście ograniczonych kompetencji Unii Europejskiej w sferze ochrony zdrowia publicznego przyszłościowym podejściem wydaje się

---

<sup>56</sup> Scott L. Greer, „Constituting Public Health Surveillance in Twenty-First Century Europe”, [w:] *Regulating Risks in the European Union: The Co-Production of Expert and Executive Power*, red. Maria Weimer, Anniek de Ruijter (London: Bloomsbury, 2017), 121-141.

<sup>57</sup> Art. 21(1), 36, 52, 62, i 45(3) TFUE. W odniesieniu do swobodnego przepływu osób, zob. także Dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium państw członkowskich [2004] OJ L 158/77, art. 27 i 29.

<sup>58</sup> Vincent Delhomme, Tamara Hervej, „The European Union’s Response to the Covid-19 Crisis and (the Legitimacy of) the Union’s Legal Order” *Yearbook of European Law*, 41 (2022): 48.

<sup>59</sup> Alessio M. Paccas, Maria Weimer, „From Diversity to Coordination: A European Approach to COVID-19” *European Journal of Risk Regulation*, 11 (2020): 283, 286.



być wzmocnienie budżetowej zdolności Unii, zapewnione m.in. przez programy EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union, może zwiększyć jej zdolność do skutecznego działania na rzecz obywateli i państw członkowskich w obliczu kryzysu oraz wzmocnienia swojej legitymacji w oczach opinii publicznej i sił politycznych państw członkowskich<sup>[60]</sup>. Działania Unii w trakcie pandemii Covid-19 muszą być analizowane również przez pryzmat zasady pomocniczości, która wskazuje, że Unia Europejska powinna podejmować działania tylko w tych obszarach, w których cele mogą zostać osiągnięte bardziej skutecznie na poziomie europejskim niż na poziomie krajowym czy też lokalnym. W wielu przypadkach jedynie reakcja na poziomie europejskim mogła doprowadzić do przyjęcia możliwie najbardziej efektywnych środków zarządzania kryzysem pandemiczno-gospodarczym jakim była pandemia Covid-19. Działania unijne były w wielu kwestiach wręcz koniecznością, nie zaś tylko opcjonalnym działaniem optymalizacyjnym, zaś koordynacja zakupów szczepionek, finansowanie odbudowy gospodarczej raczej nie mogłyby zostać zrealizowane w pełnym wymiarze przez same państwa członkowskie. W świetle omawianej zasady pomocniczości pozytywnie należy ocenić ograniczenie się przez Unię Europejską do roli *stricte* koordynacyjnej i wspierającej nawet w kwestiach tak istotnych dla funkcjonowania wspólnoty jak zamknięcia granic, czy też wprowadzanie środków ochrony zdrowia.

Pandemia Covid-19 stanowiła silny impuls dla rozmów w przedmiocie utworzenia Europejskiej Unii Zdrowotnej<sup>[61]</sup>. Chociaż na etapie pandemii koncepcja ta pozostawała niejasna, to przyczyniła się do ujawnienia się opinii o konieczności odnowienia mandatu Unii w zakresie zdrowia publicznego, niezależnie od tego, czy wymaga to zmian traktowych<sup>[62]</sup>. Podjęto wymierne działania w celu rozwiązania niektórych problemów

---

<sup>60</sup> Federico Fabbrini, „The Legal Architecture of the Economic Responses to COVID-19: EMU beyond the Pandemic” *Journal of Common Market Studies*, 60 (2022): 186; Stella Ladi, Dimitris Tsarouhas, „EU Economic Governance and COVID-19: Policy Learning and Windows of Opportunity” *Journal of European Integration*, 42 (2020): 1041.

<sup>61</sup> Civil Society Manifesto. <https://europeanhealthunion.eu/>. [dostęp: 11.10.2024].

<sup>62</sup> Timo Clemens, Helmut Brand, „Will COVID-19 Lead to a Major Change of the EU Public Health Mandate? A Renewed Approach to EU’s Role Is Needed” *European Journal of Public Health*, 30 (2020): 624; Scott Greer i Anniek de Ruijter, „EU Health Law and Policy in and after the COVID-19 Crisis” *European Journal of Public Health*, 30 (2020): 623; Andrea Renda, Rosa Castro, „Towards Stronger EU Governance of Health Threats after the COVID-19 Pandemic” *European Journal of Risk Regulation*, 11 (2020): 273. Zob. także Eleanor Brooks, Robert Geyer, „The Development of EU

zidentyfikowanych w prawnym i instytucjonalnym aparacie Unii skoncentrowanym na zdrowiu i transgranicznej opiece zdrowotnej<sup>[63]</sup>. W dniu 5 grudnia 2023 r. Komisja Europejska przyjęła program EU4Health na rok 2024 ukierunkowanego na: gotowość na kryzysy, promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, systemy zdrowotne i kadra medyczna, cyfryzacja, rak<sup>[64]</sup>. Dostrzeżono również możliwości związane z wynikającym z artykułu 168 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) uprawnieniem UE do przyjmowania „środków zachęcających” w zakresie koordynacji transgranicznych zagrożeń zdrowotnych, które mogą stanowić podstawę dla dostarczania przez UE zasobów na potrzeby testowania i monitorowania. Za szczególnie istotne w kontekście obecnych uprawnień Unii Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia publicznego są instrumenty finansowe jakie posiada Unia. Wspieranie lokalnych zdolności opieki zdrowotnej i tym samym ich wzmacnianie przyczyni się do ugruntowania legitymacji Unii w omawianym zakresie oraz wpłynie dodatnio na proces budowania sprawnego modelu prewencji chorób zakaźnych, redukując tym samym prawdopodobieństwo przyszłych możliwych pandemii na obszarach państw członkowskich<sup>[65]</sup>.

Szczególnie ważną rolę w kontekście unijnych wysiłków podejmowanych w zakresie tworzenia sprawnego systemu prewencyjnego i monitorującego w zakresie transgranicznej ochrony zdrowia publicznego bez wątplenia należy uznać wciąż negocjowany traktat pandemiczny WHO. Rola Unii może okazać się szczególnie istotna i pozytywna w procesie wdrażania jego postanowień poprzez zapewnienie sprawnej koordynacji pomiędzy swoimi państwami członkowskimi, zaś jej wsparcie finansowe połączone z dążeniem do wzmocnienia instytucji zdrowotnych może przyczynić się do efektywnej realizacji celów traktatu i budowaniu globalnego systemu odpowiedzi na przyszłe pandemie.

---

Health Policy and the COVID-19 Pandemic: Trends and Implications” *Journal of European Integration*, 42 (2020): 1057.

<sup>63</sup> Komisja Europejska, Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiej, Rady Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów: Wyciągnięcie wczesnych wniosków z pandemii COVID-19, COM (2021) 380 final.

<sup>64</sup> European Commission, „The 2024 EU4Health Work Programme Is Out: Discover How It Continues Supporting Health Projects and Initiatives in Europe”, European Commission (europa.eu). [dostęp: 10.12.2024]. <https://ec.europa.eu/>.

<sup>65</sup> Adam Vaughan, „COVID-19 Escalates” *New Scientist*, 245 (2020): 7.

## Bibliografia

- Alessio M. Paces, Maria Weimer, „From Diversity to Coordination: A European Approach to COVID-19” *European Journal of Risk Regulation*, nr 2 (2020): 283-287.
- Andrea Renda, Rosa Castro, „Towards Stronger EU Governance of Health Threats after the COVID-19 Pandemic” *European Journal of Risk Regulation*, nr 2 (2020): 273-287.
- Clemens Timo, Helmut Brand, „Will COVID-19 Lead to a Major Change of the EU Public Health Mandate? A Renewed Approach to EU’s Role Is Needed” *European Journal of Public Health*, nr 4 (2020): 624-628.
- Fabbrini Federico, „The Legal Architecture of the Economic Responses to COVID-19: EMU Beyond the Pandemic” *Journal of Common Market Studies*, nr 1 (2022): 186-203.
- Scott Greer, Anniek De Ruijter, „EU Health Law and Policy in and after the COVID-19 Crisis” *European Journal of Public Health*, nr 4 (2020): 623-626.
- Stella Ladi, Dimitris Tsarouhas, „EU Economic Governance and COVID-19: Policy Learning and Windows of Opportunity” *Journal of European Integration*, nr 8 (2020): 1041-1056.



