

# Evropská unie a její pravomoci v oblasti veřejného zdraví a přeshraničních zdravotních hrozeb: *status quo*

## I. Úvod

Ač ve světle série krizí, jimiž EU prošla v posledních 15 letech (institucionální, finanční, migrační, právního státu), by se mohlo zdát, že řešení krizí se stalo součástí „genetického kódu“ EU, pandemie covid-19, která vypukla na počátku roku 2020, postavila EU před zcela nové výzvy.

Tyto výzvy plynou z toho, že krize způsobená pandemií covid-19 se od výše zmíněných krizí, podstatně liší, a to jak kvalitativně, tak kvantitativně. Jde předně o krizi, jejíž původ leží v oblasti veřejného zdraví a která je vyvolána vážnou přeshraniční zdravotní hrozbou – novou infekční nemocí. Na rozdíl od infekčních nemocí, s nimiž byla EU konfrontována v minulosti,<sup>1)</sup> jde přitom o nemoc, která může mít u části populace těžký průběh a která se s ohledem na přenos respirační cestou velmi rychle šíří. To přispělo k tomu, že covid-19 ve velmi krátkém čase zasáhl nejen všechny členské státy EU,<sup>2)</sup> ale také větší část světa a stal se globální pandemií, vytvářející obrovský tlak na lidské i materiální zdroje.<sup>3)</sup> Tato nemoc má, jak už bylo uvedeno, navíc povahu „nově se objevivší“ infekční nemoci (*new emerging infectious disease*). To znamenalo, že původně neexistovala žádná ověřená léčba této nemoci ani nebylo k dispozici očkování nebo jiné cílené způsoby, jak této nemoci předejít. Covid-19 tak od počátku představoval vážnou přeshraniční zdravotní

---

<sup>\*)</sup> Tento článek je výstupem z projektu financovaného se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci Programu Éta, č. projektu TL04000052, Možnosti reakce na závažné infekční nemoci v právu EU: kritická analýza a doporučení ve světle pandemie COVID-19.

<sup>1)</sup> V minulosti šlo na příklad o HIV/AIDS, nemoc šílených krav, kulhavku a slintavku a také o ptací nebo prasečí chřipku; tyto nemoci však buď primárně nezasahovaly lidskou populaci, nešířily se tak rychle jako covid-19 nebo existovaly metody jejich prevence a terapie.

<sup>2)</sup> Základní data viz <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>.

<sup>3)</sup> Světová zdravotnická organizace (WHO), hlavní mezinárodní organizace, která se na globální úrovni zabývá ochranou veřejného zdraví, prohlásila covid-19 za globální pandemii dne 11. března 2020, srov. sdělení „WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020“, dostupné na <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>.

hrozbu, jejíž potenciál se bohužel naplnil. To vedlo v EU i jinde na světě k přijímání protiepidemických opatření takové povahy a rozsahu, jaké nebyly viděny od doby španělské chřipky na konci první světové války, včetně zásadních omezení pohybu osob a sociálního života na domácí i přeshraniční úrovni. Spolu s tím se primárně zdravotní krize prudce přelila do hospodářské a sociální oblasti.

Z hlediska EU šlo o vývoj, jaký za dobu trvání evropské supranacionální integrace v podstatě neměl obdoby. Nástup pandemie covid-19 a přijímaná protiepidemická opatření s sebou totiž nejen přinesla dočasné zakolísání pro evropskou integraci tak zásadních prvků, jakými je vnitřní trh, včetně volného pohybu osob a volného pohybu zboží,<sup>4)</sup> ale způsobila i nevídané omezení činnosti orgánů EU. Infekce se totiž nevyhnula ani jim, což vedlo k tomu, že s výjimkou složek nezbytných pro základní chod byla většina úředníků a zaměstnanců orgánů EU převedena na práci na dálku<sup>5)</sup> a na dálkovou formu přešla dokonce i jednání v klíčových politických orgánech EU.<sup>6)</sup>

I tyto okolnosti ve spojení s tím, že pozornost orgánů EU byla upřena k ryze politickým tématům typu Brexitu, zřejmě přispěly k tomu, že v úvodní fázi nástupu pandemie covid-19 v Evropě EU diplomaticky řečeno „zůstala za vývojem“ a převážnou část iniciativy na sebe strhly členské státy. Prvotní odpověď na pandemii covid-19 tak nebyla v základu společná či koordinovaná, nýbrž národní, a to přesto, že infekční nemoci jsou ze své povahy přeshraničním problémem *par excellence* a zejména podle funkcionalistických teorií evropské

---

<sup>4)</sup> K tomu došlo zejména v první fázi nástupu pandemie covid-19 na přelomu zimy a jara 2020, kdy s cílem kontrolovat pohyb osob byly nejen obnoveny kontroly na vnitřních hranicích a někde se objevila snaha omezit i tranzit zboží, ale objevily se i případy, kdy si členské státy navzájem zadržovaly kamiony přepravující komodity mající strategický význam, jakými byly v té době příkladmo ochranné pomůcky; pravda je, že Komise se takovým krokům snažila čelit alespoň vydáním sdělení Komise o zavádění zelených pruhů podle Pokynů týkajících se opatření správy hranic v zájmu ochrany zdraví a zajištění dostupnosti zboží a základních služeb, jehož smyslem bylo zachovat podstatu volného pohybu zboží, srov. dokument C (2020) 1897 ze dne 23. 3. 2020; tato opatření ale byla hodnocena jako namnoze nedostatečná, srov. reakci evropského profesního sdružení ze dne 24. 3. 2020 dostupnou <https://www.etf-europe.org/tag/green-lanes/>; s nástupem další vlny covid-19 byla navíc mnohá problematická opatření znovu obnovena, srov. „*Déjà vu as the EU struggles with backlogs at borders*“, zpráva ze dne 24. 2. 2021, dostupná na <https://www.politico.eu/article/deja-vu-eu-struggles-with-backlogs-at-borders-coronavirus-trucking/>.

<sup>5)</sup> Podle novinových zpráv bylo příkladmo v říjnu 2020 na covid-19 pozitivně testováno okolo 450 z cca 32 000 zaměstnanců Evropské komise.

<sup>6)</sup> To bylo nejnápadnější v případě Evropské rady coby vrcholného politického orgánu EU, který se uchýlil k soustavnému jednání na dálku, což je historicky nevídané; obecněji k tomu srov. Sophia Russack and Drew Fenner, *Crisis decision-making. How Covid-19 has changed the working methods of the EU institutions*, *CEPS Policy Insights*, č. 2020-17, dostupný na [http://aei.pitt.edu/103359/1/PI2020%20D17\\_Crisis%20D17\\_Crisis%20Dmaking.pdf](http://aei.pitt.edu/103359/1/PI2020%20D17_Crisis%20D17_Crisis%20Dmaking.pdf) nebo Benjamin Bodson, *Rethinking EU institutions' rules of procedure after COVID-19*, *European Policy Brief*, č. 62, 2020, dostupný na <https://www.egmontinstitute.be/content/uploads/2020/07/EPB62.pdf>.

integrace by tedy nutně měly generovat společnou či alespoň koordinovanou odpověď. Bude ještě úkolem dalšího výzkumu, ale také politické debaty určit, jaké přesné faktory stály za tím, že evropská reakce byla zejména na počátku váhavá a jen málo razantní.<sup>7)</sup> Váhavost v reakci na nástup covid-19 se každopádně uvádí jako jeden z důvodů, pro které v poslední době poklesla veřejná důvěra v EU jako takovou.<sup>8)</sup>

To, proč si EU v první fázi pandemie covid-19 počínala váhavě, bývá každopádně často vysvětlováno zejména tím, že EU nemá v oblasti ochrany veřejného zdraví výraznější pravomoci. To má EU bránit v tom, aby ve vztahu k vážným zdravotním hrozbám, na prvním místě infekčním nemocem, účinně jednala a aby prosadila dodržování ujednaných postupů na členských státech. Od tohoto vysvětlení se pak nezřídka odvíjí i úvaha, že ve světle zkušenosti nabytých za pandemie covid-19 nyní je na místě uvažovat o rozšíření pravomocí EU v oblasti veřejného zdraví. Tento myšlenkový model není sám o sobě nový, podobná argumentace se běžně objevovala i u minulých krizí. Ty, jak známo, zpravidla vyústily v debatu mezi těmi, podle kterých proběhlé krize ukazují na potřebu nastolit v té které oblasti „více Evropy“, a těmi, kteří naopak obhajují *status quo* a zachování role členských států. A stejně jako v případech jiných krizí se může na první pohled zdát, že evropskou odpovědí na proběhlou krizi má být posílení pravomocí EU v oblasti veřejného zdraví.<sup>9)</sup> Od podzimu 2020 Evropská komise, vycházející z výzvy Evropského parlamentu, proklamuje nutnost vytvořit, resp. posílit „Evropskou zdravotní unii“ (angl. *European Health Union*, fr. *Europe de la santé*) a předkládá za tím účelem návrhy právních aktů, které mají existenci takové Unie umožnit. Ve skutečnosti není pojem Evropské zdravotní unie zcela nový<sup>10)</sup> a návrhy předložené Evropskou komisí mají prozatím blíže k „ladění“ stávajícího rámce než k „revoluci“ v dělbě pravomocí.<sup>11)</sup> Otázka pravomocí EU v oblasti veřejného zdraví a zejména vážných přeshraničních zdravotních hrozeb bude také předmětem reflexe v rámci konference o budoucnosti Evropy, která právě začala a mezi jejíž

---

<sup>7)</sup> Podle povědomí autora tohoto článku se příčiny situace z počátku roku 2020 pokusili prozatím nejdále rozkrýt novináři Guardianu, srov. „Revealed: Italy's call for urgent help was ignored as coronavirus swept through Europe“, článek ze dne 15. 7. 2020, dostupný na <https://www.theguardian.com/world/2020/jul/15/revealed-the-inside-story-of-europes-divided-coronavirus-response>. Jejich závěry poukazují zejména na nedostatky v předávání informací mezi orgány a agenturami EU, na upřednostnění jiných témat, včetně Brexitu a především na nesprávné posouzení rizik, které covid-19 znamená, na politické úrovni.

<sup>8)</sup> Srov. „Europeans' confidence in EU hit by coronavirus response“, zpráva ze dne 9. 6. 2021, dostupná na <https://www.theguardian.com/world/2021/jun/09/europeans-confidence-in-eu-hit-by-coronavirus-response>.

<sup>9)</sup> V politické rovině srv. naposledy „Merkel: EU 'probably' needs treaty changes, especially for health policy“, zpráva ze dne 21. 4. 2021, dostupná na <https://www.politico.eu/article/angela-merkel-coronavirus-europe-treaty-changes-health-policy/>.

<sup>10)</sup> Srov. Gael Coron (ed.), *L'Europe de la santé. Enjeux et pratiques des politiques publiques*, Paris 2018.

<sup>11)</sup> Srov. MALÍŘ, J.: Evropská zdravotní unie jako výsledek pandemie Covid-19?, *dále v tomto čísle*, s. 388 a násl.

základní témata zdraví náleží. Pozornost jí může věnovat i francouzské předsednictví v Radě EU v příštím roce, které má ambici zabývat se vizí vývoje EU pro další dekádu, a tato otázka se bude pochopitelně vracet i v návaznosti na vývoj samotné pandemie covid-19.

Jelikož nutným východiskem k této debatě musí být posouzení stávající dělby pravomocí v oblasti veřejného zdraví mezi EU a členskými státy a současně i posouzení využívání existujících pravomocí ze strany EU, klade si následující text za cíl A) nastínit dosavadní vývoj dělby pravomocí v této oblasti a dále popsat právní rámec, který s ohledem na tyto pravomoci v EU existuje ve vztahu k přeshraničním zdravotním hrozbám.

## **II. Vývoj pravomocí EU v oblasti ochrany veřejného zdraví se zřetelem k infekčním nemocem**

Jak už bylo zmíněno, nemalá část veřejnosti může mít dojem, že pravomoci EU v oblasti veřejného zdraví, včetně potírání infekčních nemocí jako přeshraničních zdravotních hrozeb, jsou nevýznamné, ba dokonce že neexistují. Je pravda, že i po změnách vnesených Lisabonskou smlouvou leží těžiště pravomocí v oblasti veřejného zdraví nadále na straně členských států.<sup>12)</sup> Role, kterou zakládací smlouvy přikládají v této oblasti EU, však nemá být ani zcela okrajová.

### **II.1 Místo ochrany veřejného zdraví v původních zněních zakládacích smluv**

Ochrana veřejného zdraví v rámci evropské integrace historicky nepochybně nezaujímala zvláštní místo. Zakládací smlouvy Evropských společenství (ES) uzavřené v 50. letech totiž výslovně nepředpokládaly, že by nově založené evropské organizace měly vyvíjet soustavnou činnost v oblasti ochrany zdraví, resp. veřejného zdraví. Neznamená to ale, že by tvůrci zakládacích smluv význam veřejného zdraví nechápali, o čemž názorně svědčí dvě okolnosti.

Zprvce, už v době, kdy byly mezi šesti zakládajícími státy ES kladeny základy supranacionální evropské integrace, uvažoval P. Ribeyre, francouzský ministr zdravotnictví, o vytvoření Evropského zdravotního společenství (fr. *Communauté européenne de la santé*). Plán, se kterým přišel, předpokládal, že mezi členskými státy dojde k úzké integraci právě v oblasti ochrany veřejného zdraví, a to způsobem a v rozsahu, který by šel výrazně nad rámec mezinárodní zdravotní spolupráce, zastřešené tehdy čerstvě vzniklou WHO.<sup>13)</sup> Ribeyreu

---

<sup>12)</sup> Srov. např. „Co zmůže Evropská unie proti pandemii koronaviru? Šest otázek a odpovědí k pravomocím Bruselu“, zpráva ze dne 26. 3. 2020 dostupná na [https://www.irozhlas.cz/zpravy-svet/evropska-unie-pandemie-koronavirus-postup-cinnost-mandat-zdravotnicka-politika\\_2003262003\\_aur](https://www.irozhlas.cz/zpravy-svet/evropska-unie-pandemie-koronavirus-postup-cinnost-mandat-zdravotnicka-politika_2003262003_aur).

<sup>13)</sup> Ribeyreuův plán počítal mj. s tím, že dojde ke zřízení sítě 15 evropských zařízení, do kterých bude soustředěna zdravotní péče zaměřená na prevenci a léčbu nejzávažnějších infekčních

plán nakonec uskutečněn nebyl.<sup>14)</sup> To bylo způsobenou nejen neochotou států (včetně samotné Francie) přistoupit v oblasti zdraví na „komunitární metodu“, ale zejména výrazným odporem farmaceutického a medicínského průmyslu, obávajícího se zejména důsledků rychlého vytvoření vnitřního trhu se zdravotnickými prostředky a léčivými přípravky a případné regulace na tomto trhu.<sup>15)</sup> Existence Ribeyreova plánu přesto ukazuje, že už v době vzniku ES existovalo jasné povědomí o tom, jaký význam ochrana veřejného zdraví má. Osud Ribeyreova plánu může současně sloužit i jako poučení pro současnost v situaci, kdy se, jak už bylo zmíněno, v reakci na covid-19 pracuje na budování posílené Evropské zdravotní unie.

Zadruhé, ač žádné ze tří ES, která v 50. letech vznikla, nezískalo obecné pravomoci v oblasti ochrany veřejného zdraví, ohled na ochranu veřejného zdraví byl přece jen do zakládacích smluv ES v určitém rozsahu promítnut.

Předně, ochrana veřejného zdraví byla v zakládacích smlouvách výslovně označena za jeden z důvodů, pro které členské státy mohly a dodnes mohou (jak to spektakulárně ukázala právě pandemie covid-19) zavádět výjimky z principů volných pohybů, na kterých je založena hospodářská integrace v podobě vnitřního trhu (tzv. „negativní přístup“ k ochraně veřejného zdraví).<sup>16)</sup>

Do zakládacích smluv ES se ale dostala i ustanovení, která měla alespoň dílčí potenciál pro „pozitivní přístup“ k ochraně veřejného zdraví na úrovni ES,

---

i neinfekčních nemocí a ve kterých bude probíhat i lékařský výzkum týkající se dotčených nemocí. Plán dále zahrnoval harmonizaci podmínek vzdělávání a výkonu zdravotnických profesí a sjednocení systémů zdravotního pojištění ve členských státech, usiloval též o koordinaci kapacit zdravotnických zařízení ve členských státech a v neposlední řadě též o harmonizaci a plánování produkce lékařského materiálu a léčivých přípravků. Institucionálně měl celý projekt řídit Vysoký zdravotní úřad, opírající se o poradní výbor a mající v podstatě technokratický charakter (zástupci medicínských profesí, medicínského výzkumu a medicínského průmyslu), který by při svém rozhodování nebyl omezen mezivládní metodou, vyžadující jednomyslný souhlas zástupců všech členských států, ale o metodu komunitární; podrobně k tomuto plánu a jeho historii např. Alban Davesne, Sébastien Guigner, *La Communauté européenne de la santé (1952-1954). Une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc »*, *Politique européenne* 2013/3 (n° 41), s. 40-63.

<sup>14)</sup> Některé myšlenky, na kterých byl návrh založen, byly alespoň pomítnuty do zdravotního programu v rámci Rady Evropy, byť v ryze mezivládní podobě, srov. Alban Davesne, Sébastien Guigner, *La Communauté européenne de la santé (1952-1954). Une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc »*, dílo cit., s. 26.

<sup>15)</sup> Idem, s. 26-31.

<sup>16)</sup> K pojmu pozitivního a negativního přístupu k veřejnému zdraví v kontextu práva EU srov. blíže Nathalie de Grove-Valdeyron, *Droit européen de la santé*, Paris 2013, s. 22. Dodát je třeba, že princip, že ochrana veřejného zdraví odůvodňuje výjimky z ujednaných smluvních závazků v hospodářské rovině, se do evropských smluv dostala z mezinárodního práva veřejného, srov. zejména a čl. 45 odst. 1 Havanské charty o založení Mezinárodní obchodní organizace, otevřené k podpisu dne 24. 3. 1948, do které byla zase promítnuta zkušenost z ustanovení starších mezinárodních smluv.



tedy ustanovení, která na úrovni ES vytvářela předpoklady pro přijímání určitých pozitivních opatření na ochranu veřejného zdraví.

Jde-li o Smlouvu o založení Evropského společenství uhlí a oceli (SESUO), ta roli ESUO ve zdravotní oblasti omezovala pouze na sledování pracovních podmínek a ochrany zdraví při práci v sektorech pokrytých touto smlouvou (srov. její články 46 a 55). Nápadně ambicióznější byla Smlouva o založení Evropského společenství pro atomovou energii (SESAB), která stanovila, že ESAB bude přijímat základní normy za účelem ochrany zdraví pracovníků a obyvatelstva před účinky ionizujícího záření (srov. čl. 30-31 SESAB). Tento potenciál nezůstal teoretický a ESAB jej v podstatě naplňuje dosud.<sup>17)</sup>

Ustanovení mající potenciál ovlivnit ochranu veřejného zdraví ve členských státech však obsahovala i Smlouva o založení Evropského hospodářského společenství (SEHS, později SES), která se postupně profilovala jako nejvýznamnější ze všech tří zakládacích smluv a od které vede přímá cesta k dnešní EU.

SEHS v rámci budování evropského společného (později jednotného a nyní vnitřního) trhu především z titulu volného pohybu osob a služeb umožnila přeshraniční pohyb příslušníků zdravotních profesí, pacientů a poskytování zdravotních služeb. To postupně vedlo k přijetí pravidel umožňujících vzájemné uznávání profesní kvalifikace příslušníků zdravotnických profesí a mnohem později i k přijetí směrnice o poskytování zdravotních služeb<sup>18)</sup> nebo o uznávání lékařských receptů,<sup>19)</sup> které mají jasnou ambici umožnit existenci skutečného vnitřního „trhu“ se zdravotními službami v EU. Zásadní význam měl i volný pohyb zboží, který otevíral cestu k tomu, aby se přes hranice členských států mohly pohybovat ochranné pomůcky, zdravotnické prostředky a dokonce léčivé přípravky.

SEHS však od počátku obsahovala také ustanovení umožňující harmonizovat vnitrostátní opatření mající přímý vliv na existenci vnitřního trhu nebo jeho fungování (článek 100 SEHS, nyní článek 115 SFEU) a dále ustanovení umožňující případné rozšíření pravomocí E(H)S tam, kde by to bylo nutné k dosažení cílů E(H)S (klauzule flexibility – článek 235 SEHS, nyní článek 352 SFEU). Článek 100 SEHS příkladmo posloužil E(H)S k přijetí prvních podstatných pozitivních opatření v oblasti veřejného zdraví, jako byla třeba směrnice o léčivých přípravcích z roku 1965,<sup>20)</sup> první právní akt harmonizující uvádění léčiv na trh v ES, předpoklad k jejich volnému pohybu.<sup>21)</sup> K přijímání

---

<sup>17)</sup> Srov. v češtině zejména HANDRLICA, J.: *Jaderné právo: právní rámec pro mírové využívání jaderné energie a ionizujícího záření*, Praha 2013, s. 115-119.

<sup>18)</sup> Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, Úř. věst. L 88 ze dne 4. dubna 2011.

<sup>19)</sup> Prováděcí směrnice Komise 2012/52/EU ze dne 20. prosince 2012, kterou se stanoví opatření k usnadnění uznávání lékařských předpisů vystavených v jiném členském státě, Úř. věst. L 356 ze dne 22. prosince 2012.

<sup>20)</sup> Směrnice Rady 65/65/EHS ze dne 26. ledna 1965 o sbližování právních a správních předpisů týkajících se léčivých přípravků, Úř. věst. 22 ze dne 9. února 1965.

pozitivních opatření týkajících se veřejného zdraví však byla využita i některá další ustanovení, a to dokonce i ustanovení o společné zemědělské politice, (článek 43 SEHS, nyní článek 43 SFEU).<sup>22)</sup> Stejně jako do řady jiných oblastí i do oblasti veřejného zdraví tak začala evropská integrace pronikat po krocích a značně nepřímou, avšak vytrvalou.

## **II.2 Vstup EU do oblasti „pozitivní“ ochrany veřejného zdraví na základě revizí základních smluv**

Tento „vytrvalý nástup“ Evropy do oblasti zdraví posléze stvrdily velké revize základních smluv, které byly uzavřeny mezi lety 1986 – 2009 a které evropskou supranacionální integraci podstatně rozvinuly.

### **A. Jednotný evropský akt**

Na kvalitativně vyšší stupeň pozdvihl ochranu veřejného zdraví na evropské úrovni už Jednotný evropský akt (JEA) z roku 1986, první významná změna základních smluv ES od jejich vzniku. JEA ochranu veřejného zdraví předně výslovně zahrnul mezi cíle, které mělo EHS sledovat v rámci nově definované politiky ochrany životního prostředí a sociální politiky. Kromě toho rozšířil pravomoc EHS k harmonizaci práva členských států v návaznosti na potřeby budování společného, resp. jednotného trhu, přičemž tato harmonizace měla výslovně zajistit mj. vysokou ochranu zdraví (článek 100 A SEHS, nyní článek 114 SFEU). Právě toto ustanovení, které umožnilo podstatně rozšířit harmonizaci na jednotném trhu, bylo následně s odkazem na nutnost ochrany zdraví skutečně opakovaně použito. Příмым důsledkem toho bylo, že EHS se vedle členských států stalo tím, kdo definuje zdravotní normy, byť v základu v kontextu výkonu hospodářských činností a vnitřního trhu (harmonizované požadavky na zboží a nakládání s ním).<sup>23)</sup>

### **B. Maastrichtská smlouva**

Skutečně hmatatelné změny s ohledem na ochranu veřejného zdraví ale do základních smluv vnesla Maastrichtská smlouva.

Maastrichtská smlouva, která vstoupila v platnost v roce 1993 a která znamenala historický „skok“ v dosavadní evropské integraci, přinesla z hlediska ochrany veřejného zdraví přelom ve dvou základních směrech.

---

<sup>21)</sup> Za zmínku stojí, že tato směrnice byla zrušena až v roce 2001 směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES ze dne 6. listopadu 2001 o kodexu Společenství týkajícím se humánních léčivých přípravků, Úř. věst. L 311 ze dne 28. listopadu 2001, která platí v novelizované podobě dodnes.

<sup>22)</sup> Podrobněji k těmto ustanovením a jejich užití Nathalie De Grove-Valdeyron, *Droit européen de la santé*, dílo cit., s. 22-25.

<sup>23)</sup> Blíže viz idem, s. 25-26.

Zprvée, ochrana zdraví, přesněji „zajištění vysoké úrovně ochrany zdraví“ bylo Maastrichtskou smlouvou formálně zahrnuto mezi cíle, k jejichž naplnění mělo EHS, přejmenované na Evropské společenství (ES), napříští jednat [článek 2 ve spojení s čl. 3 písm. o) SES]. To mělo nepochybný symbolický význam, jelikož tím byla ochrana zdraví poněkud přiřazena na roveň dalších cílů, k jejichž naplňování bylo ES zřízeno.

Zadruhé, v přímé vazbě na zahrnutí „zajištění vysoké úrovně ochrany zdraví“ mezi cíle ES, vložila Maastrichtská smlouva do zakládací smlouvy nový článek 129 SES, nadepsaný „Veřejné zdraví“.

Tento nový článek předně stanovil, že ochrana veřejného zdraví musí být součástí všech dalších politik, které ES podle zakládacích smluv definuje nebo spoludefinuje, jinak řečeno, ochraně veřejného zdraví dal průřezovou povahu a „integroval“ tuto ochranu do rámce všech dalších politik, k jejichž provádění mělo ES pravomoc (čl. 129 odst. 1 alinea 3 SES). Uvedený článek ale dal ES též pravomoc k vlastnímu jednání v oblasti veřejného zdraví a demonstrativně stanovil, čeho se jeho činnost z titulu této pravomoci má týkat (čl. 129 odst. 1 alinea 2 SES). To bylo výchozí pro určení, jak přesně má ES v oblasti veřejného zdraví jednat a jakou povahu jeho pravomocí v této oblasti mají. Maastrichtská smlouva také položila základ pro to, aby ES spolupracovalo v oblasti veřejného zdraví s jinými mezinárodními organizacemi a třetími státy (čl. 129 odst. 3 SES), tedy pro jeho jednání navenek ES.

Je pravda, že ani Maastrichtská smlouva neznamenala komunitarizaci ochrany veřejného zdraví. I ona totiž vycházela z představy, že jednání ES v oblasti ochrany veřejného zdraví v zásadě pouze doplňuje jednání členských států a nenahrazuje je (srov. mj. znění čl. 129 odst. 2 SES). Tomu odpovídalo, že ES byla výslovně upřena možnost harmonizovat právní předpisy členských států v oblasti ochrany veřejného zdraví (čl. 129 odst. 4 první odrážka SES) a současně mu byla přiznána pravomoc činit „pouhá“ pobídková opatření (čl. 129 odst. 4 první odrážka SES) a vydávat doporučení (čl. 129 odst. 4 druhá odrážka SES), tedy nezávazné právní akty. ES tak mělo především koordinovat jednání členských států v oblasti veřejného zdraví či, přesněji řečeno, sloužit členským státům za účelem této koordinace (čl. 129 odst. 2 SES). Maastrichtská smlouva se také vyhnula tomu, aby ustanovila, že ES v oblasti veřejného zdraví vyvíjí „politiku“, jak se to stalo v jiných oblastech.

Přesto je zřejmé, že Maastrichtskou smlouvou byly položeny základy k tomu, aby se ES začalo ochranou veřejného zdraví zabývat samostatně a přímo. Přeshraniční zdravotní problémy měly být přitom jednou z hlavních oblastí, kde ES mělo jednat. Už Maastrichtská smlouva totiž zdůraznila, že jednání ES v oblasti veřejného zdraví má směřovat zejména k výzkumu příčin, přenosu a předcházení nemocí, včetně „nejzávažnějších chorob“ (čl. 129 odst. 1 alinea 2 SES), což bylo spojení, které zejména v některých jazykových verzích přímo implikovalo infekční choroby (srov. zejména francouzské spojení „*grands fléaux*“).

Maastrichtská smlouva tak stojí jak u počátku výraznějšího jednání dnešní EU v oblasti ochrany veřejného zdraví obecně, tak v oblasti potírání nových



nebo vracejících se infekčních nemocí (angl. *emerging or re-emerging infectious diseases*). Co je podstatné a jak bude ještě ukázáno, potenciál daný v tomto ohledu Maastrichtskou smlouvou nezůstal teoretický, ale začal se postupně zhmotňovat, a to jak institucionálně (mj. položení základů pro generální ředitelství pro zdraví v Evropské komisi), tak prakticky (mj. zdroj prvních zdravotních programů a první opatření týkající se infekčních nemocí).<sup>24)</sup>

### C. Amsterodamská smlouva

Jen 5 let po vstupu Maastrichtské smlouvy v platnost revidovala ustanovení SES o veřejném zdraví Amsterodamská smlouva. Tato další revizní smlouva možnosti ES k jednání v oblasti ochrany veřejného zdraví znásobila, což bylo patrné už na první pohled. Rozšířil se předně výčet zdravotních problémů, k jejichž potírání bylo ES oprávněno jednat, a to mj. o chorobné stavy a další rizika pro zdraví. Šlo-li o samotnou povahu jednání ES v oblasti veřejného zdraví, Amsterodamská smlouva nově zdůraznila, že ES vedle koordinace činnosti členských států v oblasti veřejného zdraví tuto činnost podporuje a doplňuje (čl. 152 odst. 2 alinea 1 SES). Významnější bylo, že Amsterodamská smlouva změnila znění čl. 152 odst. 4 SES tak, že tento nově stanovil, že ES může vlastními akty stanovovat a) opatření ke stanovení vysokých standardů kvality a bezpečnosti pro orgány a látky lidského původu, jakož i pro krev a krevní deriváty, b) opatření ve veterinární a rostlinolékařské oblasti, která mají za svůj přímý cíl ochranu veřejného zdraví, a c) pobídková opatření určená k ochraně a zlepšování lidského zdraví (ač v tomto případě opět s výslovným vyloučením možnosti harmonizace právních předpisů členských států).

Ani Amsterodamská smlouva tedy nezakotvila, že by v oblasti ochrany veřejného zdraví začalo ES plošně sdílet pravomoci se členskými státy, nýbrž mělo i nadále především doplňovat a koordinovat činnost členských států v této oblasti při dodržení principů subsidiarity a proporcionality.<sup>25)</sup> Tím, že však ve svém čl. 152 odst. 4 SES umožnila ES přijímat v některých oblastech týkajících se veřejného zdraví i právně závazné akty a současně zdůraznila komplementární roli ES ve vztahu ke členským státům, možnosti jednání ES v oblasti veřejného zdraví posilovala.

### D. Širší důsledky revizních smluv

Posuny, ke kterým v důsledku revizních smluv došlo, se záhy promítly nejen do sekundárního práva, jehož ustanovení týkající se veřejného zdraví začala

---

<sup>24)</sup> Podrobněji k posouzení přínosu Maastrichtské smlouvy pro oblast ochrany veřejného zdraví srov. Nathalie de Grove-Valdeyron, *Droit européen de la santé*, dílo cit., s. 26-28.

<sup>25)</sup> To se projevilo i tím, že do článku 129 SES byl vložen nový odst. 5, který rovněž v reakci na novou judikaturu Soudního dvora ES položil důraz na to, že ES při jednání v oblasti veřejného zdraví uznává odpovědnost členských států za stanovení jejich zdravotní politiky a za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče a že státy zůstávají „pány“ nad financováním zdravotní péče ve své jurisdikci; tímto ustanovením členské státy reagovaly zejména na expanzivní judikaturu Soudního dvora, akcentující volný pohyb osob a služeb ve vztahu k přeshraničnímu poskytování zdravotních služeb.

přibývat, ale také do judikatury Soudního dvora ES. Ten byl se spory týkajícími se zdraví výrazněji konfrontován zhruba od poloviny 80. let. Ač jádro těchto sporů tvořily zejména ty, ve kterých šlo o podmínky přeshraničního poskytování nebo přijímání zdravotních služeb a o způsob jejich financování (zejména o míru použitelnosti nařízení o koordinaci systému sociálního zabezpečení ve členských státech), občas se Soudní dvůr dostal za tento rámec a jeho závěry měly mnohem obecnější význam. To platí zejména o jeho výkladu pojmu zdraví. O zdraví dal v 90. letech na srozuměnou, že tento pojem je třeba v souladu s Ústavou WHO, jejíž smluvní stranou jsou všechny členské státy, chápat široce, a to nejen jako stav, který záleží v tom, že „není nemoci neb neduhu“, nýbrž jako „stav úplného blaha tělesného, duševního a sociálního“.<sup>26)</sup> Tento závěr je významný i s ohledem na pravomoci v oblasti veřejného zdraví, protože nutně implikuje i široké pojetí toho, co je veřejné zdraví a kde tedy může EU sama jednat, byť na podporu a doplnění činností členských států.

Za popsání právního stavu, který nebyl další revizní smlouvou, tedy Smlouvou z Nice, v podstatě dotčen, se tak celkově uvádělo, že hlavní pravomoci v oblasti ochrany veřejného zdraví si sice zachovávají členské státy, dovozovalo se ale, že souběžně může v této oblasti za účelem koordinace jednat i ES, a to tam, kde bude v souladu se zásadou subsidiarity prokázáno, že jednání na úrovni ES může mít „přidanou hodnotu“ oproti jednání na úrovni jednotlivých členských států<sup>27)</sup>. Současně se zdůrazňovalo, že i když koordinace jednání členských států s sebou nese spíše použití mezivládní než komunitární metody, ustanovení základních smluv o ochraně veřejného zdraví znamenají, že stanovení rámce pro koordinaci a určení oblastí, ve kterých má koordinace probíhat, se stalo pravomocí ES.<sup>28)</sup>

Hranice dělby pravomocí mezi ES a členskými státy nebyly za tohoto stavu definovány zcela jednoznačně, což do určité míry potvrdily i některé spory vedené před Soudním dvorem.<sup>29)</sup> Nebylo ale sporu o tom, že na základě stavu nastoleného v Maastrichtu a Amsterdamu EHS pravomoc k samostatnému jednání v oblasti veřejného zdraví získalo.

---

<sup>26)</sup> C-84/94, Spojené království v. Rada EU, 1984, bod 15; ustanovení z Ústavy WHO jsou citována podle archaického, ale působivého překladu obsaženého v č. 189/1948 Sb.

<sup>27)</sup> Nathalie De Grove-Valdeyron, *Droit européen de la santé*, dílo cit., s. 35-36.

<sup>28)</sup> Christine Kaddous, komentář k článku 152 SES, in Isabelle Pingel, *Commentaire article par article des traités UE et CE*, Bâle – Paris – Bruxelles 2010, s. 1116-1117.

<sup>29)</sup> Srov. zejména C-376/98, SRN v. Evropský parlament a Rada EU, 2000, ECLI: EU: C:2000:544; spor nebyl o to, zda ES může jednat za účelem ochrany veřejného zdraví, nýbrž o to, zda a jak široce může ES za účelem ochrany veřejného zdraví využívat i pravomoci dané mu v rámci jiných politik a případně z titulu jednání v rámci těchto jiných politik právně obejít zákaz harmonizace práva členských států v oblasti ochrany veřejného zdraví.

## II.3 Lisabonská smlouva jako prozatím poslední rekonfigurace dělby pravomocí mezi EU a členské státy v oblasti veřejného zdraví

Prozatím poslední výrazný posun ve vývoji pravomocí evropských integračních organizací v oblasti veřejného zdraví přinesla Lisabonská smlouva.

Ta vstoupila v platnost v roce 2009 a jejím cílem celkově bylo připravit rozšířenou EU na výzvy 21. století poté, co neuspěl projekt Smlouvy o Ústavě pro Evropu.<sup>30)</sup> Změny, které do oblasti ochrany veřejného zdraví na úrovni EU Lisabonská vnesla, jsou nezanedbatelné a lze je srovnávat pouze s těmi, které znamenala historicky Maastrichtská smlouva.

Ve formální rovině Lisabonská smlouva znění článku o veřejném zdraví, zařazeného do Smlouvy o fungování Evropské unie (SFEU), nové zakládací smlouvy nahrazující SES, jako článek 168, přizpůsobila jednak faktu, že na jejím základě se právním nástupcem ES stala EU, jednak faktu, že v souladu s ní došlo ke změnám v institucionálním a rozhodovacím systému EU.

Jde-li o materiální změny, vedle dalšího zpřesnění ustanovení o cílech EU v oblasti ochrany veřejného zdraví (mj. akcent na to, že jednání EU v oblasti veřejného zdraví se může týkat jak tělesného, tak duševního zdraví) je třeba uvést, že Lisabonská smlouva především – v souladu se záměrem vyjasnit celkovou dělbu pravomocí mezi EU a jejími členskými státy – stanovila, že v oblasti ochrany veřejného zdraví má EU v principu podpůrné (též doplňkové nebo komplementární) pravomoci [srov. čl. 6 písm. a) SFEU<sup>31)</sup>]. Jejich podstatou je, že na jejich základě má EU v dotčených oblastech „pravomoc provádět činnosti, jimiž podporuje, koordinuje nebo doplňuje činnosti členských států, aniž by přitom v těchto oblastech nahrazovala jejich pravomoc“ (čl. 2 odst. 5 alinea 1 SFEU). V normativní rovině v těchto oblastech sice EU smí přijímat právně závazné akty, tyto akty však, jak Lisabonská smlouva upřesnila, „nesmějí harmonizovat právní předpisy členských států“ (čl. 2 odst. 5 alinea 2 SFEU). Zařazení veřejného zdraví do rámce podpůrných pravomocí EU se tak protnulo se snahou předejít tomu, aby EU z této oblasti postupně vytlačila členské státy, což je typické pro oblasti, kde má EU sdílené a pochopitelně též výlučné pravomoci. Snaha zachovat ve hře členské státy byla patrná, jak bylo

---

<sup>30)</sup> Ta do oblasti veřejného zdraví vnášela vícero podstatných změn, zejména rozšiřovala sdílené pravomoci, které EU měla v této oblasti mít, a to včetně případu potírání vážných přeshraničních infekčních nemocí; na druhé straně ustanovení týkající se veřejného zdraví byla rozptýlena do více částí ústavní smlouvy, v jejichž rámci byla EU dáována rozdílná váha, což se mohlo stát zdrojem výkladových obtíží a nesooudnosti, srov. k tomu podrobně Marc Blanquet, Nathalie de Grove-Valdeyron, *La compétence de l'Union vis-à-vis des menaces transfrontières graves de santé publique à l'épreuve de la COVID-19*, *Revue des affaires européennes*, 2020, č. 1, s. 10-11.

<sup>31)</sup> Za zmínku stojí, že znění tohoto ustanovení, pojednávajícího o „zlepšování lidského zdraví“, jazykově zcela přesně nekoresponduje s názvem hlavy XIV SFEU, která je i nadále nadepsána „veřejné zdraví“.

naznačeno výše, už při předchozích revizích zakládacích smluv a vedla už před Lisabonem k zakotvení ustanovení zdůrazňujících primární odpovědnost členských států v oblasti veřejného zdraví, která jsou v zásadě zachována i po Lisabonu (jmenovitě jde o čl. 168 odst. 7 SFEU, který navíc oproti amsterodamskému znění výslovně zdůrazňuje, že členské státy mají primární odpovědnost i za obecné „stanovení jejich zdravotní politiky“).

Z principu, že v oblasti veřejného zdraví má EU podpůrné pravomoci, však Lisabonská smlouva stanovila tři výjimky. Ty jsou vyjmenovány v čl. 168 odst. 4 písm. a) – c) SFEU a v jejich rámci jsou EU ve vztahu ke třem dílčím oblastem ochrany veřejného zdraví svěřeny pravomoci sdílené.<sup>32)</sup> To má podstatný právní význam, jelikož to, že tam, kde EU sdílí pravomoci se členskými státy, „mohou ... vytvářet a přijímat právně závazné akty Unie i členské státy“, přičemž „[č]lenské státy vykonávají svou pravomoc v rozsahu, v jakém ji Unie nevykonala“ nebo „v jakém se Unie rozhodla svou pravomoc přestat vykonávat (čl. 2 odst. 2 SFEU). Sdílení s sebou tedy nese to, že EU může přijímat právně závazné akty, jimiž harmonizuje nebo dokonce unifikuje právo členských států.

Veřejné zdraví tak vlastně po Lisabonu představuje atypickou oblast, ve které má EU jak pravomoci podpůrné (které převažují), tak pravomoci sdílené (které jsou výjimkou, avšak dotýkají se tří dílčích oblastí, které jsou ale z hlediska ochrany veřejného zdraví důležité).<sup>33)</sup>

Kromě toho je třeba dodat, že vedle pravomoci týkajících se specificky veřejného zdraví má EU i po Lisabonu pravomoc přijímat opatření dotýkající se ochrany zdraví v širokém smyslu i na základě ustanovení o dalších politikách EU, které využívá, a to někdy velmi intenzivně (srov. zejména článek 114 SFEU).<sup>34)</sup> Zvláštní význam ve vztahu ke zdravotním krizím vyvolaným mj. infekčními nemocemi má také nově definovaná spolupráce v oblasti civilní ochrany (článek 196 SFEU) a, jak ukazuje zkušenost s pandemií covid-19, rovněž klauzule solidarity mezi členskými státy (článek 222 SFEU), ač ta je formálně zahrnuta do rámce ustanovení o vnější činnosti EU. Nadále pak má EU i rozsáhlé pravomoci pro harmonizaci práva členských států s ohledem na imperativy vnitřního trhu a zajišťování vysoké úrovně ochrany zdraví. Celkově tak není úplnou nadsázkou, pokud se uvádí, že EU má s ohledem

---

<sup>32)</sup> Tyto sdílené pravomoci má EU ve vztahu k a) standardům kvality a bezpečnosti pro orgány a látky lidského původu, jakož i pro krev a krevní deriváty, b) opatřením ve veterinární a rostlinolékařské oblasti týkající se ochrany lidského zdraví a c) opatřením k zajištění vysokých standardů kvality a bezpečnosti léčivých přípravků a zdravotnických prostředků.

<sup>33)</sup> Základní výklad k tomu srov. např. Sacha Garben, komentář k článku 168 SFEU, in Manuel Kellerbauer, Marcus Klamert, Jonathan Tomkin (eds.), *The EU Treaties and the Charter of Fundamental Rights. A Commentary*, Oxford – New York 2019, s. 1445-1455, podrobněji pak Nathalie De Grove-Valdeyron, *Droit européen de la santé*, dílo cit., s. 36-41.

<sup>34)</sup> Srov. k tomu Marcus Klamert, Public Health Policy, in Herwig C.H. Hofmann, Gerard C. Rowe, Alexander H. Turk (eds.), *Specialized Administrative Law of the European Union. A Sectoral Review*, Oxford – New York 2019, s. 405-407.

na zdraví po Lisabonu skutečnou „síť pravomocí“ (angl. *web of competence*), které může v případě, že k tomu je politická vůle, kombinovat.<sup>35)</sup>

V souvislosti s Lisabonem nelze navíc přehlédnout ani to, že jelikož Lisabonská smlouva prohlásila za závaznou součást primárního práva EU i Listinu základních práv EU, dotýká se jednání EU v oblasti veřejného zdraví i článek 35 Listiny. Ten ve své větě první garantuje právo na přístup k preventivní zdravotní péči a na obdržení lékařské péče, tedy základní složky „práva na zdraví“, ve větě druhé pak znovu potvrzuje závazek EU zajistit vysokou úroveň ochrany zdraví v rámci všech politik a činností, které EU vyvíjí. Ač při výkladu článku 35 Listiny je třeba brát v úvahu, jak pravomoci v oblasti zdraví mezi EU a členské státy SFEU dělí, standardy dovozované na jeho základě jsou s to ovlivnit přístupy k ochraně veřejného zdraví jak na úrovni EU, tak, v rozsahu, ve kterém se na ně použije Listina, také členských států.<sup>36)</sup> To už stihla potvrdit i judikatura Soudního dvora, zdůrazňující nutnost vyvažování jiných základních práv oproti ochraně zdraví, resp. ochraně veřejného zdraví.<sup>37)</sup>

Celkově je tak pravda, že ani po Lisabonu se EU nestala činitelem, který by mohl závazně určovat přístupy k ochraně veřejného zdraví ve členských státech nebo který by mohl dokonce plošně převzít roli členských států v oblasti ochrany veřejného zdraví, na druhé straně však nelze rozhodně tvrdit, že problémům v oblasti ochrany veřejného zdraví by EU musela s ohledem na stávající vymezení pravomocí jen pasivně přihlížet, a to zejména mají-li přeshraniční rozměr.

## II.4 Přeshraniční zdravotní hrozby ve SFEU

To názorně ilustruje případ potírání závažných infekčních nemocí s přeshraničním potenciálem, které jsou základním druhem přeshraničních zdravotních hrozeb. V rámci ochrany veřejného zdraví jde totiž o jednu z dílčích oblastí, kterých se Lisabonská smlouva výslovně dotkla. To nebylo nahodilé, nýbrž šlo o odraz toho, že v době přípravy Lisabonské smlouvy začala být problému infekčních nemocí věnována v EU mnohem větší pozornost než do té doby, jakkoli se tak dělo zejména pod vlivem obav ze zneužití infekčních agens teroristickými skupinami (biologický terorismus) po 11. září 2001 a obav z antigenního shiftu chřipky.

---

<sup>35)</sup> Srov. Purnhagen, K. P., de Ruijter, A., Flear, M. L., Herve, T. K., & Herwig, A. (2020). More Competences than You Knew? The Web of Health Competences for Union Action in Response to the COVID-19 Outbreak, *European Journal of Risk Regulation*, 11(2), s. 297-306.

<sup>36)</sup> K tomu viz nově např. Koen Lenaerts, The Role of The EU Charter in the Member States, in Michal Bobek, Jeremias Adams-Prassl (eds.), *The EU Charter of Fundamental Rights in the Member States*, Oxford 2020, s. 1-36.

<sup>37)</sup> Srov. C-544/10, Deutsches Weintor eG, 2012, ECLI:EU:C:2012:526, C-528/13, G. Léger, 2015, ECLI:EU:C:2015:288, bod 57 nebo C-616/17, Mathieu Blaise, 2019, ECLI:EU:C:2019:800, bod 45.



Lisabonská smlouva předně rozšířila znění, který konkretizuje, na co se má činnost EU v rámci veřejného zdraví zaměřit, přímo o „sledování vážných přeshraničních zdravotních hrozeb, včasné varování před nimi a boj proti nim“ čl. 168 odst. 1 alinea 2 SFEU. Jak o tom bude ještě řeč dále,<sup>38)</sup> pojem vážných přeshraničních hrozeb už měl v době přijetí Lisabonské smlouvy v unijním právu legální definici, přičemž základní druh takové hrozby představovaly infekční nemoci.

Skutečnost, že EU může a má jednat za účelem prevence a potírání infekčních nemocí jako přeshraničních zdravotních hrozeb, byla kromě toho výslovně zohledněna i ve znění čl. 168 odst. 5 SFEU. Toto ustanovení staví ve skutečnosti na ustanovení, které se, jak bylo zmíněno, objevilo už v Maastrichtu<sup>39)</sup> a do jehož uplatňování byl v Amsterdamu zapojen i Evropský parlament. Po Lisabonu je ale působnost tohoto ustanovení širší. Z lisabonského znění je totiž patrné, že EU může na jeho základě přijímat nejen pobídková opatření (angl. *incentive measures*, fr. *mesures d'encouragement*) týkající se „boj[e] proti nejzávažnějším přeshraničním nemocem“, ale také přímo opatření ke „sledování vážných přeshraničních zdravotních hrozeb, včasného varování před nimi a boje proti nim“.

Na jedné straně je zřejmé, že Lisabonská smlouva nešla v oblasti svěření pravomocí EU ohledně přeshraničních zdravotních hrozeb tak daleko, jak to zamýšlela Smlouva o Ústavě pro Evropu.<sup>40)</sup> Ta totiž počítala s tím, že oblast sledování vážných přeshraničních zdravotních hrozeb, včasného varování před nimi a boje proti nim bude výslovně zařazena mezi ty dílčí oblasti, ve kterých má EU mít v rámci veřejného zdraví sdílené pravomoci a ve kterých může přijímat právně závazné akty harmonizující nebo unifikující právo členských států [srov. čl. I-14 a čl. III-278 odst. 4 písm. d) smlouvy o Ústavě pro Evropu].<sup>41)</sup> Nelze ale popřít, že čl. 168 odst. 5 SFEU, vzešlý z Lisabonské smlouvy EU, pravomoci k jednání na poli prevence a potírání infekčních nemocí s přeshraničním potenciálem EU nepochybně svěřuje, byť jde o pravomoci mající v základu podpůrnou povahu. Ač výklad čl. 168 odst. 5 SFEU komplikuje fakt, že i po Lisabonu klade toto ustanovení důraz na to, že pobídková opatření a opatření k boji proti vážným přeshraničním hrozbám přijatá na jeho základě nesmějí harmonizovat právo členských států, aniž by současně definovalo, jakou přesnou právní formu mají takto přijatá opatření mít, bezesporu představuje toto ustanovení určitý právní základ nejen pro akty, jimiž EU koordinuje postup členských států k potírání přeshraničních

---

<sup>38)</sup> Srov. dále v tomto článku, s. 329 a násl.

<sup>39)</sup> Srov. čl. 129 odst. 4 odrážka první SES, ve znění Maastrichtské smlouvy.

<sup>40)</sup> Blíže viz François-Xavier Priollaude, David Siritzky, *Le traité de Lisbonne. Textes et commentaires*, Paris 2008, s. 279-280.

<sup>41)</sup> K tomu došlo podle dostupných informací na nátlak dánské delegace, která takový krok nebyla ochotná akceptovat; srov. François-Xavier Priollaude, David Siritzky, *Le traité de Lisbonne. Textes et commentaires*, dílo cit., s. 279-280.

zdravotních hrozeb, včetně infekčních nemocí, ale podle některých autorů opravňuje i k mnohem dalekosáhlejším krokům.<sup>42)</sup>

## II.5 Dílčí shrnutí

Jak je z výše uvedeného výkladu patrné, ze situace, kdy evropským integračním organizacím nebyly původně výslovně svěřeny žádné pravomoci, které by jim umožňovaly v oblasti veřejného zdraví a zejména závažných infekčních nemocí s přeshraničním rozměrem samostatně jednat, dospěli jsme za posledních 30 let do situace, kdy sice nadále platí, že primárními nositeli pravomocí v oblasti ochrany veřejného zdraví jsou členské státy, EU ale není odsouzena k tomu být jen pasivním pozorovatelem, nýbrž má prostor přinejmenším ke koordinaci jednání členských států a k podpoře procesu potírání přeshraničních zdravotních hrozeb. Ve třech dílčích oblastech, kde jí jsou nyní svěřeny sdílené pravomoci, může dokonce jednat jako nezpochybnitelný hráč. Ačkoli to není případ potírání infekčních nemocí jako jedné z přeshraničních zdravotních hrozeb, což je oblast, kde má EU v jádru pouze podpůrné pravomoci a nemůže harmonizovat nebo dokonce unifikovat právo členských států, potenciál pro její samostatné jednání na tomto poli není rozhodně tak malý, jak se veřejnost běžně domnívá.

O tom svědčí, že dlouho před nástupem covid-19 a dokonce před vstupem Lisabonské smlouvy v platnost mohl v EU vzniknout systém epidemiologického dozoru, včasného varování a koordinace reakce, jehož smyslem bylo a je zajistit včasné varování před vážnými infekčními nemocemi, které se mohou stát vážnými přeshraničními zdravotními hrozbami, a zajistit koordinovanou odpověď ze strany členských států. Že v případě pandemie covid-19 tento rámec náležitě nefungoval, se jeví více jako důsledek faktických okolností, než jako důsledek toho, že by právní konstrukce postavení EU v oblasti veřejného zdraví a její role s ohledem na přeshraniční zdravotní hrozby byla *a priori* zcela nedostatečná.

## III. Systém epidemiologického dozoru, včasného varování a koordinace reakce členských států v EU

Už záhy poté, co vstoupila v platnost Maastrichtská smlouva, přijala Komise první akční rámec pro oblast veřejného zdraví. Ten vymezil bezprostřední cíle činnosti ES v této oblasti.<sup>43)</sup> Na uvedený akční rámec posléze navázal i soubor

---

<sup>42)</sup> K obtížím s výkladem čl. 168 odst. 5 SFEU srv. např. Marcus Klamert, Public Health Policy, dílo cit., s. 406-407; nověji srv. Purnhagen, K. P., de Ruijter, A., Flear, M. L., Hervey, T. K., & Herwig, A. (2020). *More Competences than You Knew? The Web of Health Competences for Union Action in Response to the COVID-19 Outbreak*, dílo cit., kteří se kloní k širokému výkladu stávajících pravomocí EU podle SFEU ve vztahu ke zdraví, byť v případě článku 168 odst. 5 SFEU otevřeně připouštějí, že možnosti, které dává, jsou v podstatě právně i politicky nevyzkoušené („untested“), srv. idem, s. 301-303.

<sup>43)</sup> Sdělení Komise ze dne 24. listopadu 1993 o akci v oblasti veřejného zdraví, Úř. věst. C 165 ze dne 17. června 1994.

rozhodnutí zavádějících osm „akčních programů“, soustředěných na osm přeshraničních zdravotních priorit. Mezi nimi od počátku zaujaly důležité místo i závažné infekční nemoci, na prvním místě HIV/AIDS.<sup>44)</sup> Konstrukce, kdy obecný programový dokument definuje hlavní cíle jednání ES v oblasti veřejného zdraví na určité období a navazující právní akty potom zavádí konkrétní akční programy na ochranu veřejného zdraví, jejich formy a financování v daném období, zůstává zachován do současnosti.<sup>45)</sup>

Ještě před tím, než byl první akční rámec pro oblast veřejného zdraví přijat, se ale v ES začaly rodit základy systému epidemiologického dozoru nad infekčními nemocemi a dalšími přeshraničními hrozbami a koordinace reakce na ně. Už na kraji listopadu 1993 vyzvala Rada ministrů Komisi, aby zvážila navržené opatření k posílení výměny údajů o výskytu infekčních nemocí ve členských státech.<sup>46)</sup> Jen o měsíc později, v prosinci 1993, pak Rada výslovně stanovila, že je třeba na úrovni ES vytvořit síť, jejímž účelem bude sbírat údaje a monitorovat výskyt infekčních nemocí v ES.<sup>47)</sup> V červnu 1994 pak konstatovala i to, že v rámci akčních programů je třeba dát prioritu HIV a jiným infekčním nemocem.<sup>48)</sup>

### **III.1 Původní systém epidemiologického dozoru, včasného varování a koordinace reakce**

V souladu s politickými záměry byly rozhodnutím č. 2119/98/ES, navrženým Komisí ještě na základě tehdejšího článku 129 SES,<sup>49)</sup> oficiálně položeny základy unijního systému epidemiologického dozoru a koordinace reakce na infekční nemoci. Toto rozhodnutí sledovalo dvojí cíl.

Zaprvé, na jeho základě byla vytvořena síť propojující Komisi a orgány ochrany veřejného zdraví členských států provádějící epidemiologický dozor nad infekčními nemocemi. Tato síť měla na celounijní úrovni zajistit soustavnou výměnu srovnatelných a vzájemně slučitelných údajů o výskytu infekčních nemocí, o jejich povaze a šíření a také o faktorech významných pro stanovení opatření k prevenci a kontrole výskytu a šíření takových

---

<sup>44)</sup> Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 647/96/CE ze dne 29. března 1996, kterým se přijímá akční program Společenství ohledně prevence AIDS a některých dalších přenosných nemocí v rámci akce v oblasti veřejného zdraví (1996-2000), Úř. věst. L 95 ze dne 16. dubna 1996.

<sup>45)</sup> Srv. např. Nathalie De Grove-Valdeyron, *Droit européen de la santé*, dílo cit., s. 43-53.

<sup>46)</sup> Usnesení Rady a ministrů zdravotnictví členských států zasedajících v Radě ze dne 13. listopadu 1992 o sledování a dozoru nad přenosnými nemocemi, Úř. věst. C 326 ze dne 11. prosince 1992.

<sup>47)</sup> Závěry Rady ze dne 13. prosince 1993 o zřízení sítě epidemiologického dozoru ve Společenství, Úř. věst. C 15 ze dne 18. ledna 1994.

<sup>48)</sup> Usnesení Rady ze dne 2. června 1994 o akčním rámci Společenství v oblasti veřejného zdraví, Úř. věst. C 165 ze dne 17. června 1994.

<sup>49)</sup> Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 2119/98/ES ze dne 24. září 1998 o zřízení sítě epidemiologického dozoru a kontroly přenosných nemocí ve Společenství, Úř. věst. ze dne 3. října 1998; návrh Komise předložila už v březnu 1996.

infekčních nemocí, včetně údajů důležitých pro rozvoj lékařských protiopatření (srov. čl. 1 alinea 2 ve spojení s čl. 2 odst. 1 rozhodnutí). Základní okruh infekčních nemocí, na které měla být působnost systému epidemiologického dozoru vztažena, byl stanoven v příloze rozhodnutí, která vymezila celkem devět okruhů infekčních nemocí, přičemž k jejich konkretizaci byla zmocněna Komise [čl. 1 alinea 1 ve spojení s čl. 3 písm. a) – c) rozhodnutí]. Už příloha rozhodnutí č. 2119/98/ES počítala s tím, že systém epidemiologického dozoru je třeba vztahovat i na jakékoli dosud neklasifikované infekční nemoci, které se jeví jako závažné, jinak řečeno, už toto rozhodnutí bralo v úvahu možnost nástupu nových závažných infekčních nemocí (srov. poslední odrážka přílohy rozhodnutí).

Zadruhé, rozhodnutím byla zřízena síť propojující Komisi a orgány členských států za účelem zajištění systému včasného varování a koordinace reakce za účelem předcházení a kontroly infekčních nemocí (čl. 1 alinea 3 rozhodnutí). Tato koordinace byla v jádru založena na principu konzultace ohledně způsobu, jak na hrozby z infekčních nemocí reagovat (čl. 6 odst. 1 rozhodnutí), a ohledně konkrétních opatření, která se členské státy rozhodnou proti takovým hrozbám ve své jurisdikci zavést. Rozhodnutí v tomto směru zavázalo každý členský stát, který by se ve své jurisdikci rozhodl zavést opatření za účelem kontroly infekčních nemocí, aby o těchto opatřeních dopředu informoval zbývající členské státy a Komisi a aby s nimi tato opatření konzultoval s tím, že k zavedení zamýšlených opatření mělo docházet po provedení této konzultace a s ohledem na její výsledky (srov. čl. 6 odst. 2 a 4 rozhodnutí). Takto nastavený systém konzultace a koordinace se nápadně podobal systémům existujícím v jiných oblastech unijního práva (např. v oblasti přijímání národních požadavků na výrobky) a jeho smyslem bylo minimalizovat riziko, že členské státy budou s odkazem na infekční nemoci přijímat opatření nepřiměřená zdravotnímu riziku nebo budou s tímto odkazem obcházet ustanovení zakládacích smluv (srov. i bod 24 preambule rozhodnutí).

Je pravda, že povinnost předchozí konzultace nebyla rozhodnutím koncipována jako absolutní, protože pro případ, že by členský stát dospěl k závěru, že musí opatření přijmout naléhavě, měl o zavedení opatření informovat až *ex post*, byť bez zbytečného odkladu (čl. 6 odst. 3 rozhodnutí). Rozhodnutí také zdůrazňovalo, že jeho ustanoveními není dotčena možnost členských států definovat si unilaterálně parametry systému epidemiologického dozoru a kontroly infekčních nemocí (čl. 12 odst. 1 rozhodnutí), což potvrzovalo, že celounijní systém je v podstatě paralelní k systémům vnitrostátním. Rozhodnutí ale jasně směřovalo k zavedení celounijní koordinace dozoru nad závažnými infekčními nemocemi a přijímání opatření k zamezení jejich šíření. Účinnost unijního systému mohlo navíc potencionálně zvyšovat, že na základě rozhodnutí byla Komise poměrně široce zmocněna k tomu, aby svými akty nejen stanovila podrobnosti ohledně údajů a informací předávaných v rámci celounijních systémů [čl. 3 písm. d) rozhodnutí] a ohledně metod, jimiž se dotčené údaje a informace získávají

[čl. 3 písm. e) rozhodnutí], ale také k tomu, aby vydávala pokyny týkající se ochranných opatření, která mají být přijata, a to zejména v případě mimořádných situací [čl. 3 písm. f) rozhodnutí].

Zmíněné pravomoci využila Komise v letech 1999-2002, kdy rozhodnutí č. 2119/98/ES doplnila o soubor dalších aktů, které měly celkově přispět ke zvýšení účinnosti unijního systému epidemiologického dozoru a včasného varování a reakce. Nejprve Komise svým rozhodnutím<sup>50)</sup> stanovila podrobnosti o postupech, které se použijí v rámci systému včasného varování. Ten koncipovala do tří fází, a to do fáze výměny informací, do fáze potenciálního ohrožení v případě, že zjištěné události svědčí o tom, že je potenciálně ohroženo veřejné zdraví, a do fáze potvrzeného ohrožení pro případ, že se potvrdí, že událost ohrožuje veřejné zdraví, v němž nastupuje koordinace přijímání opatření mezi členskými státy (příloha II rozhodnutí). Dalším rozhodnutím Komise následně stanovila podrobnější kritéria pro výběr nemocí a zvláštních zdravotních problémů, které musí být podchyceny specializovaným epidemiologickým dozorem v unijním systému.<sup>51)</sup> Nad rámec tohoto specializovaného epidemiologického dozoru ale toto rozhodnutí počítalo i s předáváním a šířením údajů o nových infekčních nemocech (srov. čl. 7 rozhodnutí č. 2000/96/ES). Posléze Komise, a to rovněž speciálním rozhodnutím, vymezila také definice případů pro hlášení přenosných nemocí do unijní sítě, a to ve zjevné snaze nastolit jednotu při sběru a předávání údajů o výskytu infekčních nemocí v EU, a to především těch, které byly stanoveny v rozhodnutí Komise č. 2000/96/ES.<sup>52)</sup>

Systém epidemiologického dozoru a včasného varování zavedený na základě popsanych rozhodnutí ve vztahu k infekčním nemocem navíc nezůstal osamocen, nýbrž poznatky z něj bylo možné kombinovat s poznatky z dalších systémů rychlého varování a reakce, které v EU souběžně vznikly. Z nich lze zmínit třeba systém Argus, jehož cílem bylo umožnit účinné a koordinované řízení tzv. víceodvětvových krizí vyžadujících opatření na úrovni EU bez ohledu na jejich příčiny, a tedy včetně krizí vyvolaných epidemiemi infekčních nemocí,<sup>53)</sup> a také systémy RASSF<sup>54)</sup> a RAPEX<sup>55)</sup> umožňující výměnu informací

---

<sup>50)</sup> Rozhodnutí Komise č. 2000/57/ES ze dne 22. prosince 1999 o systému včasného varování a reakce pro účely prevence a kontroly přenosných nemocí podle rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 2119/98/ES, Úř. věst. L 21 ze dne 26. ledna 2000.

<sup>51)</sup> Rozhodnutí Komise č. 2000/96/ES ze dne 22. prosince 1999 o přenosných nemocích, které musí být postupně podchyceny sítí Společenství podle rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 2119/98/ES, Úř. věst. L 28 ze dne 3. února 2000.

<sup>52)</sup> Rozhodnutí Komise č. 2002/253/ES ze dne 19. března 2002, kterou se stanoví definice případů pro hlášení přenosných nemocí do sítě Společenství podle rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 2119/98/ES, Úř. věst. L 86 ze dne 3. dubna 2002.

<sup>53)</sup> Srov. sdělení Komise o obecném systému včasného varování „Argus“, COM(2005) 662 final ze dne 23. prosince 2005.

<sup>54)</sup> K němu viz blíže na [https://ec.europa.eu/food/food/rasff-food-and-feed-safety-alerts\\_cs](https://ec.europa.eu/food/food/rasff-food-and-feed-safety-alerts_cs).

<sup>55)</sup> K němu viz blíže na <https://joinup.ec.europa.eu/collection/rapex/about>.



o nebezpečných potravinách a krmivech a dále o nebezpečných nepotravinářských výrobcích na vnitřním trhu.<sup>56)</sup>

Na zavedení prvního systému epidemiologického dozoru, včasného varování a koordinace reakce navázal i vývoj v institucionální oblasti. Ten přinesl vznik více či méně formálních těles, která měla zejména Komisi poskytovat odborné poradenství v oblasti infekčních nemocí a dalších přeshraničních zdravotních hrozeb a přispívat ke koordinované odpovědi na tyto hrozby.

Už v závěru roku 2001 byl z iniciativy Evropské komise zřízen Výbor pro zdravotní bezpečnost (angl. *Health Security Committee*, fr. *Comité de sécurité sanitaire*), zahrnující zástupce ministerstev zdravotnictví všech členských států a Evropské komise. Prvotním důvodem pro zřízení tohoto výboru, ustaveného původně neformálně v návaznosti na závěry Evropské rady, byla obava z biologického a chemického terorismu po útocích z 11. září 2001 v USA. Tomu odpovídalo, že Výbor měl přispívat zejména ke zlepšení připravenosti a reakce na případné teroristické útoky, ve kterých by byla užita biologická nebo chemická agens.<sup>57)</sup> Už v roce 2004 ale byla pod vlivem dojmu, který na politické představitele učinila epidemie SARS (přestože nepřerostla v globální pandemii) rozšířena působností Výboru pro zdravotní bezpečnost i na oblast připravenosti a reakce v oblasti závažných infekčních nemocí, přesněji připravenosti a reakce na pandemii závažných infekčních nemocí.<sup>58)</sup>

Epidemie SARS, předchůdce covidu-19, byla jedním z hlavních důvodů, který Komisi o něco později vedl i k tomu, že navrhla zřízení Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (angl. *European Centre for Disease Prevention and Control*, zkráceně ECDC; fr. *Centre européen de prévention et de contrôle des maladies*), a to jako specializované agentury EU s vlastní právní subjektivitou a mající standardní institucionální strukturu unijní agentury, řídící se unijním právem a financované z unijního rozpočtu. Smyslem této agentury, která měla být podle představy Komise „malá, ale vlivná“, bylo umožnit zejména to, aby Komise, další orgány EU a také členské státy měly přístup k adekvátnímu a nezávislému odbornému poradenství v oblasti infekčních nemocí se schopností reagovat v krátké časové lhůtě. Zřízení ECDC mělo současně zlepšit fungování unijního systému epidemiologického dozoru, včasného varování a koordinace reakce, a to zejména rozvinutím vlastního

---

<sup>56)</sup> K využití dalších unijních systémů včasného varování v kontextu potírání infekčních nemocí viz obecněji např. Iris Hunger, Vladan Radosavljevic, Goran Belojevic, and Lisa D. Rotz, *Health Security and Disease Detection in the European Union, Biopreparedness and Public Health*. 2013: s. 55–73.

<sup>57)</sup> Srov. Tegnell, A., Bossi, P., Baka, A., Van Loock, F., Hendriks, J., Wallyn, S., Gouvras, G. (2003). *The European Commission's Task Force on Bioterrorism. Emerging Infectious Diseases*, 9(10), 1330–1332.

<sup>58)</sup> Srov. sdělení Komise Radě o přechodném prodloužení a rozšíření mandátu Výboru pro ochranu zdraví s ohledem na budoucí všeobecný přezkum struktur, které se zabývají ohrožením zdraví na úrovni EU, COM(2006)699 v konečném znění ze dne 16. listopadu 2006.

epidemiologického dozoru a zlepšením komunikace se členskými státy i se třetími státy a specializovanými mezinárodními organizacemi.<sup>59)</sup> ECDC nemělo mít naproti tomu žádné normativní pravomoci. Návrh Komise získal podporu a na základě nařízení č. 851/2004 vzniklo s účinností ode dne 25. května 2005 ECDC jako agentura, jejímž posláním je „rozpoznávat, posuzovat a oznamovat stávající nebo vznikající ohrožení lidského zdraví přenosnými nemocemi a informovat o něm“. Signifikantní přitom bylo, že existence ECDC byla od počátku úzce navázána na již existující systém epidemiologického dozoru, což bylo patrné už z toho, že čl. 2 písm. d) nařízení stanovil, že přenosnými nemocemi se podle nařízení „rozumějí kategorie nemocí uvedené v příloze rozhodnutí č. 2119/98/ES“. Neméně důležité bylo i to, že se od počátku počítalo s tím, že ECDC by si v rámci svého poslání mělo všimnout též nemocí neznámého původu, pokud se mohou šířit v EU nebo do EU, přičemž nařízením bylo ECDC zmocněno k tomu, aby ve vztahu k těmto nemocím mohlo jednat z vlastního podnětu, dokud nebude znám zdroj nákazy (čl. 3 odst. 1 nařízení).

Během posledního desetiletí 20. a prvního desetiletí 21. století, tedy ještě před změnami vnesenými do primárního práva EU Lisabonskou smlouvou, se tak EU s odkazem na pravomoci dané revizními smlouvami „vybavila“ právním a institucionálním rámcem, který sice musel respektovat, že primární pravomoci v oblasti ochrany veřejného zdraví leží na straně členských států, avšak který sám o sobě měl potenciál umožnit identifikovat infekční nemoci, které mohou být závažné z celounijního pohledu, a zajistit, že na ně členské státy budou včas a koordinovaně reagovat, a to zejména za zprostředkování Evropské komise.

Důvodů, proč k tomuto vývoji došlo a proč se pozornost soustředila právě na infekční nemoci, je více. Obecně se zvláštní význam přičítá zejména zkušenostem z nástupu epidemie HIV/AIDS, zvýšeným obavám z bioterorismu po roce 2001 a také rizikům z epidemie SARS. Jak se ale odůvodnění připomíná, podstatnou roli nepochybně sehrály i události spojené s objevením nemoci šílených krav v 90. letech, kterou provázela nekoordinovaná reakce a panika, která „mohla závažně ohrozit legitimitu evropských institucí a vlád členských států v očích občanů, kteří začali pochybovat o schopnosti EU ochránit jejich zdraví a bezpečnost“, přičemž „riziko rozpadu“ hrozilo i samotnému vnitřnímu trhu.<sup>60)</sup> Zmiňován je však i kontext rozšíření EU vyžadující důslednější epidemiologický dozor, a to vlastně jako protipól stále více využívaného volného pohybu osob.<sup>61)</sup>

---

<sup>59)</sup> Návrh nařízení Evropského parlamentu a Rady, kterým se zřizuje Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí, COM (2003) 441 final ze dne 23. 7. 2003.

<sup>60)</sup> Louise Bengtsson & Mark Rhinard, *Securitisation across borders: the case of 'health security' cooperation in the European Union*, *West European Politics*, 2019, 42:2, s. 346-368, s. 353.

<sup>61)</sup> Tamara K. Hervey a Jean V. McHale, *European Union Health Law. Themes and Implications*, 2. vydání, Cambridge – New York 2015, s. 513.

### III.2 Revize systému epidemiologického dozoru, včasného varování a koordinace reakce po roce 2013

Původní systém epidemiologického dozoru, včasného varování a koordinace reakce byl posléze významně revidován, a to na prvním místě rozhodnutím č. 1082/2013/EU, které nahradilo původní rozhodnutí č. 2119/98/ES.<sup>62)</sup> K revizi rámce došlo už po vstupu Lisabonské smlouvy v platnost, přičemž právním základem pro revizní rozhodnutí se stal čl. 168 odst. 5 SFEU, jak ho přinesla Lisabonská smlouva.

Revize z roku 2013 byla ovlivněna především poznatky, které přinesly zejména epidemie ptáčích a prasečích chřipky a také boj s *E. coli*.<sup>63)</sup> Z těchto poznatků vyplynulo, že systém epidemiologického dozoru v základu funguje, avšak koordinace opatření přijímaných za účelem prevence a kontroly chřipky je mnohem problematictější. Členské státy zejména nebyly ochotny se důsledně řídit doporučeními ECDC nejen v oblastech, kde tato doporučení mohla působit kontroverzně, což byla příkladmo otázka vlastní strategie prevence chřipky, ale i tam, kde kontroverze nutně vznikat nemusely, jako byla tvorba strategických zásob antivirotik. Svůj vliv na účinnost dozoru a koordinace měly i rozdíly v přístupu mezi WHO a EU, což podtrhovala skutečnost, že se lišily i metody vykazování uplatňované v rámci obou organizací.<sup>64)</sup> Byly rovněž vysledovány tenze mezi členskými státy ohledně přístupu k evropským sítím a jmenovitě ECDC – zatímco zejména velké členské státy s vlastními silnými institucemi v oblasti veřejného zdraví prý upřednostňovaly národní cestu, jiné, zejména menší členské státy byly ochotny přiznat ECDC významnější místo.<sup>65)</sup>

Revizní rozhodnutí č. 1082/2013/EU zaprvé rozšířilo působnost systému epidemiologického dozoru, což se koneckonců projevilo už na názvu rozhodnutí. Ač ve středu pozornosti zůstávají nadále infekční nemoci a další hrozby biologického původu, nově byl dosah rozhodnutí rozšířen i na události chemického, environmentálního a obecně neznámého původu (čl. 2 odst. 1 a 2 rozhodnutí).

Zadruhé, systém konzultací a koordinace byl novým rozhodnutím rozšířen i na oblast plánování připravenosti a reakce na vážné přeshraniční zdravotní hrozby (článek 4 rozhodnutí). Z institucionálního hlediska má ke konzultacím

---

<sup>62)</sup> Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1082/2013/EU ze dne 22. října 2013 o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách a o zrušení rozhodnutí č. 2119/98/ES, Úř. věst. L 293 ze dne 5. listopadu 2013.

<sup>63)</sup> Srov. Amanda Dubuis, *Pandémie de COVID-19: la solidarité et la coopération opérationnelle entre États membres en matière médicale et logistique*, *Revue des affaires européennes*, 2020, č. 1, s. 109-123, s. 111.

<sup>64)</sup> Liverani, M; Coker, R, *Protecting Europe from Diseases: From the International Sanitary Conferences to the ECDC*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2012, 37 (6), s. 924-297.

<sup>65)</sup> Tamara K. Hervey a Jean V. McHale, *European Union Health Law. Themes and Implications*, dílo cit., s. 515 a tam citovaná literatura.

a koordinaci ohledně připravenosti a reakce docházet v rámci Výboru pro zdravotní bezpečnost, jehož postavení bylo rozhodnutím formalizováno, jak bude ještě zmíněno. Základem pro provádění konzultací a koordinace jsou zprávy, které musejí členské státy předkládat každé tři roky a které musejí obsahovat informace o základních kapacitách v odvětví zdravotnictví, opatření k zajištění spolupráce mezi odvětvím zdravotnictví a dalšími odvětvími a také popis opatření pro zajištění kontinuity činností. Co je podstatné, z titulu plánování se do rozhodnutí dostal i právní základ výslovně umožňující, aby orgány EU a členské státy mohly uskutečňovat společná zadávací řízení za účelem předběžného nákupu lékařských protiopatření pro vážné přeshraniční zdravotní hrozby, vycházející z dohody mezi dotčenými stranami o podrobnostech takového řízení a proces rozhodování ohledně volby řízení, hodnocení předložených nabídek a zadání zakázky (článek 5 rozhodnutí).<sup>66)</sup> To je prvek, který sám o sobě jde nad rámec pouhé koordinace a EU nepochybně posouvá do oblasti operativní činnosti v odvětví veřejného zdraví.<sup>67)</sup>

Zatřetí, nové rozhodnutí svěřilo odpovědnost za provoz a koordinaci systému epidemiologického dozoru nad přenosnými nemocemi a souvisejícími zvláštními zdravotními problémy výslovně ECDC (čl. 6 odst. 1 rozhodnutí) s tím, že Komisi byla dána pravomoc, aby prováděcími akty stanovila parametry pro jednotné předávání údajů včetně definic případů infekčních nemocí a dalších zdravotních hrozeb (čl. 6 odst. 5 rozhodnutí).

Začtvrté, podstatně rozpracována byla pravidla o systému včasného varování a koordinace reakce, jehož smyslem, jak potvrdila preambule, je „usilovat ... o zajištění toho, aby byla opatření přijatá na vnitrostátní úrovni přiměřená a omezená na rizika pro veřejné zdraví spojená s vážnými přeshraničními zdravotními hrozbami a aby nebyla v rozporu s povinnostmi a právy stanovenými ve Smlouvě o fungování EU, například pokud jde o omezení cestování a obchodu“ (bod 21 preambule rozhodnutí). Nové rozhodnutí zejména zpřesnilo kritéria, kdy mají členské státy zasílat varovná hlášení, a dále rozsah s tím zasílaných informací, aby bylo možné lépe koordinovat reakci na zjištěné hrozby. Stanovilo také souběžnost hlášení činěných

---

<sup>66)</sup> Zakotvení této možnosti korespondovalo se zkušenostmi nabytými během pandemie prasečí chřipky v roce 2009, srov. Amanda Dubuis, *Pandémie de COVID-19: la solidarité et la coopération opérationnelle entre États membres en matière médicale et logistique*, dílo cit., s. 120.

<sup>67)</sup> Doplnit je ale třeba, že poměrně neobvykle bylo k uvedenému ustanovení připojeno prohlášení Komise, podle kterého zejména možnost uzavření dohody EU ani jejím institucím nezakládá žádné pravomoci v oblasti veřejného práva týkající se veřejného zdraví, srov. prohlášení Evropské komise k čl. 7 odst. 3 dohody o společném zadávacím řízení na lékařská protiopatření podle rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1082/2013/EU; o použití tohoto mechanismus před nástupem pandemie covid-19 se uvažovalo třikrát, k použití došlo zřejmě dvakrát, blíže k tomu a k celému právnímu rámci např. Pooter, H. de, *La passation conjointe des marchés de contre-mesures médicales dans le contexte de la pandémie COVID-19, Europe, 2020, č. 5, s. 8-13.*

ve vztahu k WHO a EU (článek 9 rozhodnutí). Na základě varovných hlášení má následně dojít k posouzení rizik potenciální závažnosti dotčené přeshraniční zdravotní hrozby pro veřejné zdraví, které přísluší provést některé z věcně příslušných agentur EU, na prvním místě ECDC, a podřídně Komisi (článek 10 rozhodnutí). S přihlédnutím k výsledku posouzení rizik členské státy na žádost Komise nebo některého členského státu následně provádějí vzájemné konzultace ve Výboru pro zdravotní bezpečnost a ve spojení s Komisí, a to jak s cílem koordinovat vnitrostátní reakce na vážnou přeshraniční zdravotní hrozbu, tak koordinovat komunikaci o rizicích a krizovou komunikaci (článek 11 rozhodnutí). Nadále platí, že členské státy jsou povinny konzultovat opatření, jež za účelem potírání zdravotní hrozby zamýšlejí přijmout, a to zásadně před tím, než opatření zavedou, s výjimkou případu, kdy je zavedení opatření naléhavé a kdy může ke konzultacím dojít až dodatečně (čl. 11 odst. 2 a 3 rozhodnutí). V pozitivní rovině nové rozhodnutí navíc reakci na vážné přeshraniční hrozby propojuje s možností členských států požádat o pomoc ostatní členské státy prostřednictvím mechanismu civilní ochrany EU (čl. 11 odst. 4 rozhodnutí).

Zapáté, nové rozhodnutí založilo Komisi pravomoc, aby v situacích ohrožení veřejného zdraví plynoucích z chřipky nebo případně jiné zdravotní hrozby splňující podmínky stanovené v rozhodnutí, uznala existenci mimořádné situace (čl. 12 odst. 1 rozhodnutí). Právní účinky takového uznání, které je podmíněno tím, že o něm byl dopředu informován generální ředitel WHO, nepřijal-li v souladu s mezinárodními zdravotnickými předpisy ještě rozhodnutí o vyhlášení situace pandemické chřipky nebo rozhodnutí o vyhlášení ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu, jsou sice omezené, avšak významné v tom, že umožňují podmíněnou registraci humánního léčivého přípravku, který může být důležitý pro zvládnutí takové mimořádné situace, nebo registrace vakcíny proti lidské chřipce, pokud chybějí určité klinické nebo neklinické údaje (článek 13 rozhodnutí).

Zašesté, nové rozhodnutí formalizovalo existenci Výboru pro zdravotní bezpečnost (článek 17 rozhodnutí), složeného ze zástupců členských států a Komise, jemuž byla oficiálně přiznána zásadní role v procesu koordinace reakce členských států na zdravotní hrozby. Důsledněji než předtím zavázalo členské státy též k určení orgánů, které jsou za ně zapojeny do systému epidemiologického dozoru, včasného varování a reakce.

Na přijetí rozhodnutí č. 1082/2013/EU navázala následně revize aktů konkretizujících jednotlivé aspekty systému epidemiologického dozoru, včasného varování a koordinace reakce. V roce 2014 zavedla Komise formulář, který mají členské státy používat při poskytování informací o plánování připravenosti a reakce na vážné přeshraniční zdravotní hrozby.<sup>68)</sup> Podstatněji, v roce 2017 zrušila Komise rozhodnutí 2000/57/ES a nahradila jej zcela novým

---

<sup>68)</sup> Prováděcí rozhodnutí Komise č. 2014/504/EU ze dne 25. července 2014, kterým se provádí rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1082/2013/EU, pokud jde o formulář



prováděcím rozhodnutím 2017/253.<sup>69)</sup> To kromě podrobné úpravy technických otázek souvisejících s výměnou údajů stanoví i podrobnější pravidla dopadající na proces včasného varování a reakce, resp. koordinace reakce. Zmínit je možné zejména požadavek, aby členský stát nebo Komise činily varovná hlášení do 24 hodin od chvíle, kdy vážnou přeshraniční zdravotní hrozbu zjistí (čl. 2 odst. 1 rozhodnutí), a dále požadavek, aby v případě, že bude požádáno o konzultaci ohledně koordinace reakce na vážnou přeshraniční hrozbu, zajistila Komise konání této konzultace ve Výboru pro zdravotní bezpečnost během dvou dnů od podání žádosti (čl. 4 odst. 1 rozhodnutí). Rozhodnutí 2017/253 také výslovně stanoví, že členské státy jsou povinny při zvažování nebo přijímání opatření na ochranu veřejného zdraví za účelem boje proti vážným přeshraničním zdravotním hrozbám vzít „v potaz výsledek přezkumu provedeného v rámci konzultace s Výborem pro zdravotní bezpečnost“ (čl. 4 odst. 5 rozhodnutí). Ač „vzít v potaz“ pochopitelně neznamená „právní vázanost“ výsledkem takového přezkumu, lze dovozovat, že členské státy by měly výsledek přezkumu při přijímání opatření zohlednit, a pokud se od něj významně odchylují, odůvodnit, proč tak činí, a to i s přihlédnutím k zásadě loajality plynoucí z článku 4 odst. 3 SEU. V roce 2018 pak Komise zrušila i někdejší rozhodnutí 2000/96/ES a 2002/253/ES a prováděcím rozhodnutím 2018/945 revidovala seznam infekčních nemocí a souvisejících zvláštních zdravotních problémů, které mají být podchyceny sítí epidemiologického dozoru, jakož i příslušné definice případů infekčních nemocí a souvisejících zvláštních zdravotních problémů.<sup>70)</sup>

### III.3 Ohled na ochranu veřejného zdraví v judikatuře SDEU

Vývoj směřující k vytvoření celounijní koordinace epidemiologického dozoru a koordinace reakce na infekční nemoci a jiné přeshraniční zdravotní hrozby se navíc neomezil jen na psané unijní právo. Ač je bezesporu správný závěr, že Soudní dvůr EU nebyl a není „hybatelem procesu europeizace kontroly infekčních nemocí“, jeho role v oblasti veřejného zdraví nebyla a není zcela marginální. Jak zmapovala T. Hervey,<sup>71)</sup> Soudní dvůr EU, byl ochoten přiznat

---

pro poskytování informací o plánování připravenosti a reakce na vážné přeshraniční zdravotní hrozby, Úř. věst. L 223 ze dne 29. července 2014.

<sup>69)</sup> Prováděcí rozhodnutí Komise (EU) 2017/253 ze dne 13. února 2017, kterým se stanoví postup vydávání varovných hlášení v rámci systému včasného varování a reakce zřízeného v souvislosti s vážnými přeshraničními zdravotními hrozbami a postup výměny informací, konzultací a koordinace reakce na tyto hrozby v souladu s rozhodnutím Evropského parlamentu a Rady č. 1082/2013/EU, Úř. věst. L 37 ze dne 14. února 2017.

<sup>70)</sup> Prováděcí rozhodnutí Komise (EU) 2018/945 ze dne 22. června 2018 o přenosných nemocích a souvisejících zvláštních zdravotních problémech, které musí být podchyceny epidemiologickým dozorem, a o příslušných definicích případů, Úř. věst. L 170 ze dne 6. července 2018.

<sup>71)</sup> Tamara Hervey, The Role of the European Court of Justice in the Europeanization of Communicable Disease Control: driver or irrelevance?, *J Health Polit Policy Law*, 2012, č. 6, s. 977-1000.

ochraně veřejného zdraví zvláštní místo coby důvodu obecného zájmu odůvodňujícího odchylky od obecných ustanovení základacích smluv a upřednostnit jej před dalšími imperativy plynoucími z primárního práva.<sup>72)</sup> Kromě toho Soudní dvůr EU svým rozhodováním umožnil i existenci evropského veřejného práva v oblasti veřejného zdraví, když zejména judikoval, že ochrana veřejného zdraví náleží mezi průřezové cíle, které musí EU sledovat, když položil důraz na uplatňování principu předběžné opatrnosti a když umožnil, aby EU zřizovala specializované agentury s působností v oblasti veřejného zdraví.<sup>73)</sup>

Na tomto přístupu se od výzkumu T. Hervey přitom nic dramaticky nezměnilo, jak to dokládá i novější judikatura Soudního dvora týkající se článku 35 Listiny základních práv EU, která v době, kdy T. Hervey svůj výzkum realizovala, byla pouze v začátcích.<sup>74)</sup>

### **III.4 Potenciál dalších politik EU ve vztahu k potírání přeshraničních zdravotních hrozeb**

Revizi aktů týkajících se samotného epidemiologického dozoru, včasného varování a koordinace reakce na vážné přeshraniční zdravotní hrozby doplnil vývoj mechanismů civilní ochrany EU a solidarity v EU. V jeho důsledku byly dále posíleny předpoklady k tomu, aby EU mohla členským státům v případě závažných událostí, včetně epidemií infekčních nemocí poskytnout operativní podporu.

Zmínit je v tomto ohledu nutné alespoň rozhodnutí č. 1313/2013/EU o mechanismu civilní ochrany EU<sup>75)</sup>, který lze použít mj. v případě „mimořádných akutních zdravotních událostí, k nimž došlo uvnitř nebo vně Unie“, a který má jak preventivní, tak reaktivní složku. V případě katastrofy uvnitř EU nebo v případě bezprostřední hrozby takové katastrofy může zasažený členský stát v rámci tohoto mechanismu požádat prostřednictvím Střediska pro koordinaci odezvy na mimořádné události o pomoc další členské státy. Zvláštní význam s ohledem na katastrofy vyplývající z infekčních nemocí má přitom existence „evropské kapacity pro odezvu na mimořádné události“, oficiálně sestávající z „dobrovolného souboru předem vyčleněných kapacit členských států pro odezvu a zahrnuje moduly, další kapacity pro odezvu a odborníky“. Na její budování přímo navazuje existence „EU Medical Corps“. Jeho zřízení reagovalo na kritiku nízké

---

<sup>72)</sup> Idem, zejména s. 989-995.

<sup>73)</sup> Idem, s. 981-986; na druhé straně nelze zapomínat, že Soudní dvůr EU ale nikdy nepřistoupil na to, že by EU mohla za použití jakéhokoli právního základu obejít zákaz harmonizace práva členských států v oblasti veřejného zdraví, což historicky vedlo ke zrušení směrnice týkající se reklamy na tabákové výrobky, srov. pozn. pod čarou č. 29 v tomto článku.

<sup>74)</sup> Srov. pozn. pod čarou č. 37 v tomto článku.

<sup>75)</sup> Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1313/2013/EU ze dne 17. prosince 2013 o mechanismu civilní ochrany Unie, Úř. věst. L 347 ze dne 20. prosince 2013.

akceschopnosti EU při nedávné epidemii eboly v Západní Africe a tento sbor má umožnit, aby EU byla schopna nabídnout i operativní pomoc přímo v místě epidemie infekční nemoci.<sup>76)</sup> V roce 2019 byl potenciál mechanismu civilní ochrany navíc zvýšen tím, že za účelem poskytování pomoci v kritických situacích, kdy stávající kapacity na vnitrostátní úrovni a stávající kapacity předem vyčleněné členskými státy pro Evropský soubor civilní ochrany nemohou za daných okolností zajistit účinnou odezvu, došlo k vytvoření kapacit rescEU, které může nově tvořit i Komise a které mohou být financovány z rozpočtu EU.<sup>77)</sup>

Kromě toho s odkazem na klauzuli solidarity obsaženou v článku 222 SFEU Rada EU v roce 2018 zavedla také opatření „pro integrovanou politickou reakci EU na krize“. Ta kromě výměny informací předpokládají zejména přípravu opatření odezvy.<sup>78)</sup> Tuto politickou reakci aktivuje předsednictví Rady EU, a to buď v případě, že se některý členský stát dovolal klauzule solidarity, nebo z vlastního podnětu. Ač by se na první pohled mohlo zdát, že mechanismus politické reakce je určen zejména pro situace politických krizí nebo krizí vyvolaných akty terorismu, krize je v prováděcím rozhodnutí definována široce jako „situace s tak rozsáhlým dopadem nebo politickým významem, že je nezbytná včasná politická koordinace a odezva na politické úrovni Unie“. Je tak možné, aby byl mechanismus politické reakce použit i v případě krize vyvolané vážnou přeshraniční hrozbou, a to konkrétně infekční nemocí, což posléze potvrdil postup EU při pandemii covid-19. Význam popsaneho mechanismu v případě infekčních nemocí spočívá v tom, že umožňuje zvýšit politickou citlivost k problémům, které mohou v počátku vypadat jako převážně expertní a postrádající politickou relevanci.

### III.5 Dílčí souhrn

Už před pandemií covid-19 byly tedy v právu EU na základě ustanovení zakládacích smluv položeny základy pro systém mající umožnit jednak to, aby byla včas identifikována rizika plynoucí z infekčních nemocí a dalších přeshraničních zdravotních hrozeb, a jednak to, aby byla koordinována opatření členských států přijímaná za účelem prevence a eliminace těchto hrozeb, jakož i pro to, aby EU mohla operativně jednat a masivně podpořit činnost členských států.

---

<sup>76)</sup> Srov. Joana M Haussig,, Ettore Severi, Jonathan HJ Baum et al., The European Medical Corps: first Public Health Team mission and future perspectives, *Euro Surveill.*, 2017 Sep 14, 22(37), s. 30613.

<sup>77)</sup> Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady (EU) 2019/420 ze dne 13. března 2019, kterým se mění rozhodnutí č. 1313/2013/EU o mechanismu civilní ochrany Unie, Úř. věst. L 771 ze dne 20. března 2019.

<sup>78)</sup> Prováděcí rozhodnutí Rady (EU) 2018/1993 ze dne 11. prosince 2018 o opatřeních pro integrovanou politickou reakci EU na krize, Úř. věst. L 320 ze dne 17. prosince 2018.

Zatímco systém epidemiologického dozoru je na papíře navržen přesvědčivě, systému koordinace reakce lze jistě vyčítat, že s ohledem na to, že EU má v tomto segmentu oblasti veřejného zdraví jen podpůrné pravomoci, může připomínat systém pouhého vzájemného informování, v němž jsou členské státy v zásadě povinny pouze zohlednit postoje a doporučení orgánů a agentur EU, včetně Komise a ECDC, a jiných členských států, aniž by jimi však byly důsledně vázány a aniž by na členských státech bylo možné vynutit jejich promítnutí do národních politik.<sup>79)</sup> Současně je pravda, že dosavadní systémy epidemiologického dozoru, včasného varování a koordinace reakce v EU jsou z podstatné části založeny na mezivládních přístupech,<sup>80)</sup> které orgánům a agenturám EU, zejména Komisi a ECDC, přikládají spíše roli zprostředkovatelů spíše než roli spolutvůrců přístupu k infekčním nemocím s přeshraničním rozměrem. Nedostatky stávajících systémů na unijní úrovni ve věcné rovině konstatovala v minulosti i sama Komise v rámci první zprávy o provádění rozhodnutí č. 1082/2013/EU<sup>81)</sup> a nezávisle na ni také Účetní dvůr EU.<sup>82)</sup>

Přes tyto výhrady je zřejmé, že EU už před nástupem pandemie covid-19 měla k dispozici nástroje, které umožňovaly, aby s ohledem na závažné infekční nemoci s přeshraničním rozměrem reagovala, zejména aby na sebe vzala iniciativní roli a zamezila zcela nekoordinovanému přijímání vnitrostátních opatření k potírání takových vážných infekčních nemocí, nutně spojenému s rizikem, že dojde k suspendování unijních politik a integrace jako takové. S ohledem na dělbu pravomocí mezi EU a členské státy v oblasti veřejného zdraví lze dokonce stávající systémy epidemiologického dozoru a koordinace včasné reakce považovat za poměrně kreativní. Přehlédnout nelze současně ani to, že otázky přeshraničních hrozeb plynoucích z infekčních nemocí v posledních letech skutečně figurovaly i v agendě hlavních politických orgánů EU.<sup>83)</sup>

---

<sup>79)</sup> Srov. Marc Blanquet, Nathalie de Grove-Valdeyron, *La compétence de l'Union vis-à-vis des menaces transfrontières graves de santé publique à l'épreuve de la COVID-19*, dílo cit., s. 17-18.

<sup>80)</sup> Srov. Marc Blanquet, Nathalie de Grove-Valdeyron, *La compétence de l'Union vis-à-vis des menaces transfrontières graves de santé publique à l'épreuve de la COVID-19*, dílo cit., s. 14.

<sup>81)</sup> Zpráva Komise Evropskému parlamentu a Radě - Zpráva o provádění rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1082/2013/EU ze dne 22. října 2013 o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách a o zrušení rozhodnutí č. 2119/98/ES, COM (2015) 617; následně zpráva je Komise povinna podávat každé tři roky (srov. článek 19 rozhodnutí č. 1082/2013), jak se ale zdá, Komise v roce 2018 další pravidelnou zprávu nezveřejnila.

<sup>82)</sup> Zvláštní zpráva č. 28 z roku 2016, Zvládání vážných přeshraničních zdravotních hrozeb v EU: byla přijata důležitá opatření, ale je třeba učinit více.

<sup>83)</sup> V průběhu roku 2018 byla na příklad politickými orgány EU věnována značná pozornost problematice očkování jako prevenci infekčních nemocí, a to mj. ve vazbě na šíření spalniček, ale také na zpochybňování očkování jako metody předcházející šíření infekčních nemocí; na jaře 2018 tak Komise zveřejnila sdělení o posílení spolupráce při potírání infekčních nemocí s využitím očkování (srov. sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů –

#### IV. Závěr

EU dodnes nemá v oblasti veřejného zdraví, včetně segmentu potírání závažných infekčních nemocí a jiných přeshraničních zdravotních hrozeb pravomoci, které by jí umožňovaly hrát stejně silnou roli jako oblastech typu ochrany životního prostředí nebo ochrany spotřebitele, a těžiště rozhodování v oblasti veřejného zdraví tak leží na členských státech. V rozporu s obrazem, který se na veřejnosti často vytváří, však neplatí, že by pravomoci EU, a tedy i možnosti k jejímu jednání v této oblasti byly zcela zanedbatelné, a to i když se soustředíme jen na pravomoci plynoucí z článku 168 SFEU.

O tom jasně svědčí, že dlouho před nástupem pandemie covid-19 byl na základě práva EU vytvořen systém epidemiologického dozoru nad vážnými přeshraničními zdravotními hrozbami, včetně závažných infekčních nemocí, a systém včasného varování a koordinace reakce členských států na tyto hrozby. Ač mnohé nástroje, na kterých systém epidemiologického dozoru a koordinace reakce spočívá, se mohou v ryze pozitivistické perspektivě jevit jako nástroje mající „soft“ povahu, samo sobě to nemusí znamenat jejich faktickou bezvýznamnost, pokud jsou skutečně uplatňovány a pokud jsou jejich závěry odpovídajícím způsobem vyhodnoceny v politické rovině. Už stávající systémy nadto zahrnují i prvky, které *soft* rozhodně nejsou, jako je například systém společného zadávání veřejných zakázek v oblasti lékařských protiopatření nebo možnost výjimečného použití dosud klinicky nezhodnocených léčiv. Vezme-li se v úvahu, že nad fungováním existujícího systému mají navíc v institucionální rovině bdít specializovaná unijní tělesa, není tak podle našeho názoru možný závěr, že EU v oblasti veřejného zdraví a jmenovitě potírání infekčních nemocí před nástupem pandemie covid-19 neexistovala a že jádro problému demonstrovaného pandemií covid-19 spočívá v absenci jakýchkoli výraznějších pravomocí EU v této oblasti.

To, že stávající unijní systém v době nástupu pandemie covid-19 nezařadil způsobem, který by se očekával, se tak v tomto světle skutečně jeví více jako důsledek faktických okolností, které vedly k tomu, že potenciál těchto systémů nebyl včas náležitě vytěžen, než jako problém absence pravomocí a nedostatku právního základu pro jednání EU.<sup>84)</sup>

---

Posílení spolupráce v boji proti nemocem, jimž lze předcházet očkováním, COM (2018) 245 final ze dne 26. dubna 2018), koncem roku pak Rada EU vydala doporučení k očkování (doporučení Rady EU ze dne 7. prosince 2018 o posílení spolupráce v boji proti nemocem, jimž lze předcházet očkováním); infekčními nemocemi se opakovaně zabýval i Evropský parlament, srov. např. usnesení Evropského parlamentu ze dne 13. dubna 2016 o propuknutí viru Zika, ve kterém si Evropský parlament všiml i slabin v systémech veřejného zdraví na poli předcházení a kontroly infekčních nemocí.

<sup>84)</sup> Srov. Claude Blumann, *Les faiblesses du dispositif anti-crise de la Commission européenne face au Covid-19*, *Revue du droit de l'Union Européenne*, 2020, č. 2-3, s. 237-241, s. 238-239 nebo Amanda Dubuis, *Pandémie de COVID-19: la solidarité et la coopération opérationnelle entre États membres en matière médicale et logistique*, *dilo cit.*, s. 110-112.



## **Shrnutí:**

Předložený článek představuje vývoj pravomocí EU v oblasti veřejného zdraví a zejména v oblasti potírání infekčních nemocí a jiných přeshraničních zdravotních hrozeb. I když pravomoci, které byly EU od Maastrichtské smlouvy do současnosti svěřeny, mají převážně podpůrnou povahu a primárními nositeli pravomocí v oblasti veřejného zdraví zůstávají členské státy, nejsou pravomoci EU zcela zanedbatelné a neznamení, že by EU musela být ve vztahu k přeshraničním zdravotním hrozbám pasivní. O tom svědčí i existence systému epidemiologického dozoru, včasného varování a koordinace reakce, který v EU vznikl od 90. let. Pokud tento systém v pandemii covid-19 nefungoval tak, jak se čekalo, plyne to, jak se zdá, více z důvodů faktických než z důvodů právních.

### **European union and its powers in the area of public health and cross-border threats to health: status quo - summary:**

The present article deals with the evolution of EU powers in the area of public health, in particular, in the area of the fight against infectious diseases and other cross-border threats to health. Even though the powers, which have been conferred on the EU in the period ranging from the Maastricht Treaty till present, are mostly the complementary ones, which implies the Member States continue to possess the primary powers in the area of public health, EU powers are not completely negligible and do not signify the EU should remain passive with respect to cross-border threats to health. This can be illustrated by the existence of the system of epidemiological surveillance, early warning and response, which has been built in the EU since the 1990s. If this system did not work in the covid-19 pandemic in line with the expectations, this seems to be due to factual rather than legal reasons.