

The Greek Review of Social Research

Vol 157 (2021)

157



European Union and health policy: mechanisms of europeanization of healthcare systems

Stergios Seretis, Sotiris Sotiriou, Ioannis Pantoularis, Michalis Poulimas, Elias Kondilis

doi: [10.12681/grsr.27618](https://doi.org/10.12681/grsr.27618)

Copyright © 2021, Stergios Seretis, Sotiris Sotiriou, Ioannis Pantoularis, Michalis Poulimas, Elias Kondilis



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

To cite this article:

Seretis, S., Sotiriou, S., Pantoularis, I., Poulimas, M., & Kondilis, E. (2021). European Union and health policy: mechanisms of europeanization of healthcare systems. *The Greek Review of Social Research*, 157, 63–87.
<https://doi.org/10.12681/grsr.27618>

Στέργιος Σερέτης*, Σωτήριος Σωτηρίου**, Ιωάννης Παντουλάρης***, Μιχάλης
Πουλημάς****, Ηλίας Κονδύλης*****

Ευρωπαϊκή Ένωση και πολιτική υγείας: Οι μηχανισμοί εξευρωπαϊσμού των
συστημάτων υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο εξευρωπαϊσμός, η διαδικασία δηλαδή διαμόρφωσης και μεταφοράς πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) στα κράτη μέλη, είναι έννοια επίκαιρη, αφορώντας ολοένα και περισσότερα πεδία άσκησης πολιτικής. Σκοπός του άρθρου είναι η διερεύνηση της έκτασης και έντασης του εξευρωπαϊσμού στο πεδίο της πολιτικής υγείας και η δημιουργία ενός θεωρητικού, ταξινομητικού πλαισίου των μηχανισμών μέσω των οποίων αυτός συντελείται. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν, πρώτον, ότι ο εξευρωπαϊσμός στο πεδίο της πολιτικής υγείας ως θεσμική πρακτική υφίσταται και συνεχώς διευρύνεται και, δεύτερον, ότι, ενώ πριν την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης επιλέγονταν κύρια οριζόντιοι μη υποχρεωτικοί μηχανισμοί εξευρωπαϊσμού, κατά την περίοδο της κρίσης παρατηρείται μετακίνηση σε κάθετους υποχρεωτικούς μηχανισμούς, που αυξάνουν την ένταση των παρεμβάσεων της ΕΕ στο χώρο της υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: εξευρωπαϊσμός, ευρωπαϊκό εξάμηνο, ευρωπαϊκή πολιτική υγείας, ευρωπαϊκά συστήματα υγείας.

*Δρ. Πολιτικής Οικονομίας. Μεταδιδακτορικός Ερευνητής, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, e-mail: seretiss@gmail.com

** Επιστημονικός Συνεργάτης. Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, e-mail: sotiris_sot@hotmail.com

*** Επιστημονικός Συνεργάτης. Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, e-mail: janpantou@yahoo.gr

**** Δρ. Κοινωνιολογίας. Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, e-mail: mpoul@soc.aegean.gr

*****Αναπληρωτής Καθηγητής. Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, e-mail: ekondilis@auth.gr

Stergios Seretis, Sotiris Sotiriou**, Ioannis Pantoularis***, Michalis Poulimas****, Elias Kondilis******

European Union and health policy: mechanisms of europeanization of healthcare systems

ABSTRACT

Europeanization, defined as the process of designing and transferring European Union (EU) policies to member states, is a topical issue affecting multiple areas of policy practice. The aim of this paper is to explore the width and depth of Europeanization in health systems and develop a classification framework of the mechanisms of Europeanization most commonly applied in health policy. Our results indicate that Europeanization is a gradually widening institutional practice in healthcare. The most recent economic crisis was marked by a clear shift from horizontal non-mandatory Europeanization practices to vertical and mandatory ones, increasing significantly EU's intervention in domestic health policies.

Keywords: Europeanization, European semester, European health policy, European health systems

* PhD in Political Economy. Postdoctoral Researcher, Department of Medicine, AUTH.

** Researcher. Department of Medicine, AUTH.

*** Researcher. Department of Medicine, AUTH.

**** PhD in Sociology. Researcher. Department of Medicine, AUTH.

*****Associate Professor, Department of Medicine, AUTH.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και ο βαθμός παρέμβασής της στις πολιτικές των κρατών μελών αποτελεί κατά κοινή ομολογία σημαντικό και πολιτικά φορτισμένο ζήτημα από την ίδρυσή της. Παρόλα αυτά η σχέση, συγκεκριμένα, ΕΕ και εθνικών πολιτικών υγείας, σπάνια απασχολεί τη δημόσια συζήτηση. Οι όποιες αναφορές στον επιστημονικό ή τον δημόσιο διάλογο έχουν χαρακτήρα συγκυριακό, εμφανιζόμενες κύρια σε περιόδους οικονομικών ή/και πολιτικών κρίσεων.

Η εκδήλωση, για παράδειγμα, της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης το 2008, η οποία είχε ως αποτέλεσμα την αυξημένη εποπτεία και παρέμβαση της ΕΕ στους προϋπολογισμούς των κρατών μελών, είτε μέσω του μηχανισμού του «ευρωπαϊκού εξαμήνου» είτε μέσω των «προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής» (Αντωνοπούλου, 2014, σελ. 59-100), αποκάλυψε την υψηλού βαθμού παρεμβατικότητα της ΕΕ στις εθνικές πολιτικές υγείας (Greer, 2019). Οι λεπτομερείς μνημονιακές δεσμεύσεις σε ζητήματα υγείας (health related conditionalities) για τις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου (Kondilis et al., 2015) και οι συστάσεις σε θέματα υγείας του ευρωπαϊκού εξαμήνου (country specific recommendations) για όλες τις υπόλοιπες, ανέδειξαν για πρώτη φορά στη δημόσια συζήτηση το εύρος της παρέμβασης της ΕΕ στα εθνικά συστήματα υγείας, με όρους μάλιστα θεσμικού καταναγκασμού και δεσμευτικής πολιτικής διακυβέρνησης.

Παρομοίως, η πλέον πρόσφατη πολιτική κρίση της ΕΕ με την απόφαση του Ηνωμένου Βασιλείου να εξέλθει της κοινής ευρωπαϊκής αγοράς (Brexit) ανέδειξε το βάθος της πρόσδεσης των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας στο ευρωενωσιακό θεσμικό πλαίσιο. Δεν είναι τυχαίο ότι η πρωτόγνωρη αυτή πορεία «ανάδρομου» εξευρωπαϊσμού συνοδεύτηκε από πλείστες, βάσιμες ή μη, ανησυχίες σχετικά με τις επιπτώσεις της αποχώρησης από την ΕΕ στην επάρκεια και τον ρυθμιστικό έλεγχο των φαρμακευτικών προϊόντων, το κανονιστικό πλαίσιο για τη δημόσια υγεία, την κινητικότητα και επάρκεια του υγειονομικού προσωπικού στο σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας (Fahy et al., 2017· Fahy et al., 2019).

Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει με συστηματικό τρόπο να διερευνήσει τους τρόπους με τους οποίους η ΕΕ επηρεάζει ή διαμορφώνει τα συστήματα υγείας στις χώρες-μέλη, επιχειρώντας τη διατύπωση ενός ολοκληρωμένου θεωρητικού πλαισίου ταξινόμησης των βασικών μηχανισμών εξευρωπαϊσμού των συστημάτων υγείας και,

μέσω αυτού, τη διαχρονική κατανόηση και ανάδειξη της έκτασης και του βαθμού παρέμβασης της ΕΕ στις εθνικές πολιτικές υγείας.

1.1. Ορίζοντας τον εξευρωπαϊσμό

Ο εξευρωπαϊσμός συγκαταλέγεται στις περιπτώσεις αυτές των εννοιών, όπου η παράθεση ενός περιεκτικού και εμπειριστατωμένου ορισμού αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα και αυτό γιατί η διεθνής βιβλιογραφία βρίθει ασαφών και πολλές φορές αντικρουόμενων προσεγγίσεων.

Σε ένα πρώτο επίπεδο, δεν είναι σαφές αν ο εξευρωπαϊσμός προϋποθέτει νέες δομές διακυβέρνησης ή απλά συνιστά μεταφορά πολιτικών από το ευρωπαϊκό στο εθνικό πεδίο. Έτσι, σύμφωνα με ορισμένους μελετητές, ο *«εξευρωπαϊσμός είναι η μεταφορά κυριαρχίας σε επίπεδο ΕΕ»* (Lawton, 1999) και προϋποθέτει ή οδηγεί *«στην εμφάνιση και ανάπτυξη σε ευρωπαϊκό επίπεδο διακριτών δομών διακυβέρνησης»* (Cowles et al., 2001). Σε ένα δεύτερο επίπεδο, δεν είναι σαφές αν ο εξευρωπαϊσμός απαιτεί σταδιακή και ήπια μεταφορά πολιτικών ή προϋποθέτει πιο αυστηρή και απότομη μεταφορά πολιτικής, η οποία φτάνει μέχρι και την πλήρη υποταγή στις ευρωπαϊκές κατευθύνσεις. Έτσι, σύμφωνα με ορισμένους μελετητές, εξευρωπαϊσμός είναι η *«σταδιακή διαδικασία αναπροσανατολισμού της κατεύθυνσης και του σχήματος της πολιτικής, στον βαθμό που η ευρωπαϊκή πολιτική και οικονομική δυναμική να γίνεται μέρος της οργανωτικής λογικής της εθνικής πολιτικής και της χάραξης πολιτικής»* (Ladrech, 1994) ή απλά *«η διαδικασία της μεταφοράς των οδηγιών, των κανονισμών και των θεσμικών δομών από το επίπεδο της ΕΕ στο επίπεδο του κράτους μέλους»* (Howell, 2002· Ladrech, 2010). Αντιθέτως, κατά άλλους αναλυτές, ο εξευρωπαϊσμός συνιστά μια πολύ πιο παρεμβατική διαδικασία *«μέσα από την οποία οι πολιτικές σε επίπεδο κράτους μέλους αυξανόμενα υπακούουν και δείχνουν υποταγή στις ευρωπαϊκές πολιτικές»* (Borzel, 1999· Φερώνας, 2013).

Συνθέτοντας τις παραπάνω προσεγγίσεις μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι ο εξευρωπαϊσμός είναι η διαδικασία κατασκευής, θεσμοθέτησης, διάχυσης ή/και επιβολής κοινών πεποιθήσεων και προτύπων, τυπικών και άτυπων κανόνων, υποδειγμάτων πολιτικής ή/και συγκεκριμένων πολιτικών, οι οποίες αρχικά διαμορφώνονται στην ΕΕ και εν συνεχεία ενσωματώνονται στις εθνικές πολιτικές των κρατών μελών. Ο παραπάνω ορισμός, ευρύς στην προσέγγισή του, ακολουθώντας το παράδειγμα παλαιότερων ανάλογων προσεγγίσεων (Radaelli, 2006· Αντωνοπούλου, 2014, σελ. 59), επιχειρεί να καλύψει επαρκώς τόσο το ευρύ φάσμα παρεμβατικότητας

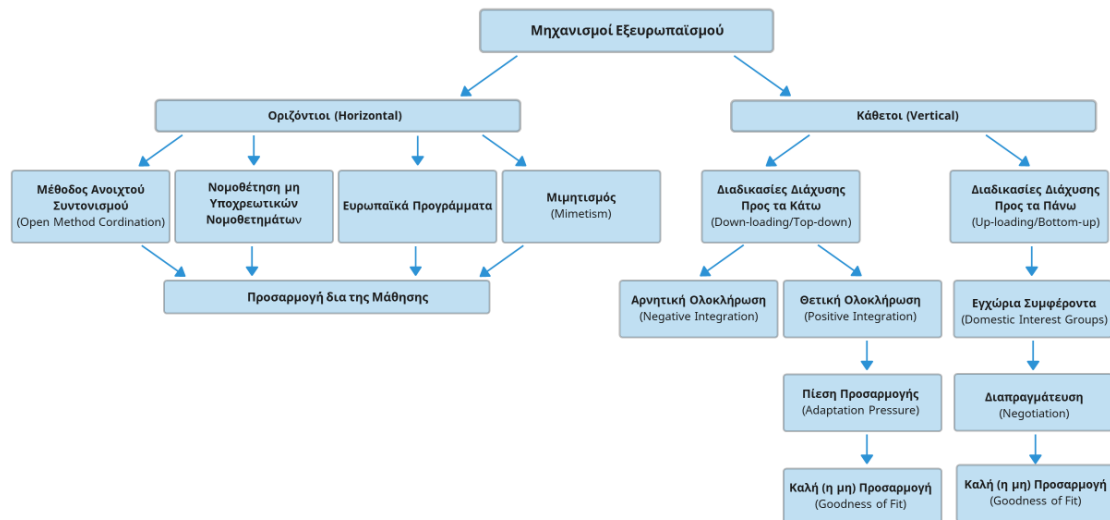
των μηχανισμών του εξευρωπαϊσμού όσο και την ευρύτητα των πεδίων(πχ δημόσια υγεία, συστήματα υγείας κτλ.), στα οποία αυτός μπορεί να εφαρμοστεί.

Ο εξευρωπαϊσμός συχνά αλλά λαθεμένα ταυτίζεται με διάφορες έννοιες όπως αυτές της θεσμικής σύγκλισης, της εναρμόνισης και της πολιτικής ολοκλήρωσης. Πιο συγκεκριμένα, ο εξευρωπαϊσμός συχνά ταυτίζεται με τη θεσμική σύγκλιση (institutional convergence), τη μεταβολή δηλαδή και προσαρμογή των πολιτικών που ακολουθούνται στα διάφορα κράτη μέλη, με αποτέλεσμα αυτά να ομοιάζουν περισσότερο με τα ευρωπαϊκά πρότυπα και κατ' επέκταση μεταξύ τους. Η σύγκλιση με άλλα λόγια αφορά στο αποτέλεσμα μιας διαδικασίας ενώ ο εξευρωπαϊσμός αναφέρεται στη διαδικασία μεταφοράς πολιτικών καθουτήν, η οποία δύναται να έχει ως αποτέλεσμα είτε τη θεσμική σύγκλιση είτε τη θεσμική απόκλιση από τα ευρωπαϊκά δεδομένα (Heritier and Knill, 2001). Ομοίως, συχνά ο εξευρωπαϊσμός ταυτίζεται με την εναρμόνιση (harmonization), τη διαδικασία δηλαδή δημιουργίας από μέρους της ΕΕ κοινών δεδομένων, νόμων και κανόνων, που αφορούν τα κράτη μέλη με σκοπό τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της «ευρωπαϊκής εσωτερικής αγοράς» (Greer, 2014). Τέλος, συχνά ο εξευρωπαϊσμός συγχέεται με την έννοια της πολιτικής ολοκλήρωσης (political integration), τη διαδικασία δηλαδή με την οποία τα κράτη μέλη προχωρούν σε «εθελούσια» ίδρυση, με συνθήκη (συναπτόμενη μεταξύ ανεξαρτήτων κρατών), κοινών θεσμικών οργάνων και τη σταδιακή ανάπτυξη «κοινών πολιτικών» που επιδιώκουν κοινούς στόχους και «κοινά συμφέροντα», όπου τα κράτη εθελοντικά παραχωρούν μέρος της κυριαρχίας τους σε διακρατικούς οργανισμούς (Radaelli, 2002· Greer, 2019). Η πολιτική ολοκλήρωση, σε αντιδιαστολή με τη δεσμευτικότητα του εξευρωπαϊσμού, δεν χαρακτηρίζεται από καταπιεστική διακυβέρνηση (Hoppe, 2018).

1.2. Μηχανισμοί εξευρωπαϊσμού: περιγραφή και ταξινομητικό πλαίσιο

Ο εξευρωπαϊσμός εφαρμόζεται με μια σειρά μηχανισμών, οι οποίοι διαφέρουν μεταξύ τους όσον αφορά στις ιδιότητες τους και τις μεθόδους που ακολουθούν. Μια διαγραμματική ταξινόμηση των μηχανισμών του εξευρωπαϊσμού αποτυπώνεται στο Σχήμα 1.

Σχήμα 1: Μηχανισμοί εξευρωπαϊσμού



Ο πρώτος βασικός διαχωρισμός των μηχανισμών του εξευρωπαϊσμού αφορά στη διάκριση μεταξύ κάθετων και οριζόντιων διαδικασιών (Radaelli, 2006). Στην περίπτωση των κάθετων διαδικασιών οι πολιτικές προτάσεις κινούνται στον άξονα ΕΕ και κράτους μέλους.

Οι κάθετες διαδικασίες ταξινομούνται με τη σειρά τους στις διαδικασίες διάχυσης προς τα κάτω (Down-loading/top-down), όπου οι πολιτικές προτάσεις ξεκινούν από τις δομές της ΕΕ και καταλήγουν στις πολιτικές δομές των κρατών μελών και στις διαδικασίες διάχυσης προς τα πάνω (Up-loading/bottom-up), όπου ακολουθείται αντίστροφη διαδικασία, με τις πολιτικές προτάσεις να ξεκινούν από τα κράτη μέλη και να καταλήγουν στις πολιτικές δομές της ΕΕ (Radaelli, 2000).

Στις διαδικασίες διάχυσης προς τα πάνω (Up-loading/bottom-up) οι εθνικοί δρώντες (κρατικοί φορείς ή ομάδες συμφερόντων) επιχειρούν να επηρεάσουν ή/και να επανακαθορίσουν τη δομή και λειτουργία της ΕΕ. Κατ' αυτόν τον τρόπο, προσπαθούν να τροποποιήσουν την πορεία της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης προς μία κατεύθυνση, η οποία θα λειτουργεί είτε προς όφελός τους ή τουλάχιστον θα συνεπάγεται μικρότερο κόστος προσαρμογής για τους ίδιους και τις εθνικές τους δομές, κατά τη φάση υιοθέτησης ευρωπαϊκών πολιτικών στο εθνικό επίπεδο (Müller et al., 2010).

Οι διαδικασίες διάχυσης προς τα κάτω (Down-loading/top-down) με τη σειρά τους διακρίνονται στις διαδικασίες θετικής και αρνητικής ολοκλήρωσης (Radaelli, 2002· Radaelli, 2006). Στις περιπτώσεις της θετικής ολοκλήρωσης η ΕΕ διαμορφώνει ένα «ευρωπαϊκό μοντέλο», το οποίο τα κράτη μέλη οφείλουν βάσει του ευρωπαϊκού νόμου να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν. Αυτό έχει ως συνέπεια τη δημιουργία πολιτικής πίεσης προς τα κράτη μέλη (πίεση προσαρμογής), η οποία τα υποχρεώνει στις ανάλογες μεταβολές των πολιτικών τους δομών, με σκοπό αυτές να συμβαδίζουν με τις προτεινόμενες από μέρους της ΕΕ αλλαγές (Radaelli, 2000· Radaelli, 2006).

Ο μηχανισμός λειτουργίας της «πίεσης προσαρμογής» μπορεί να εξηγηθεί με τη θεωρία της «καλής προσαρμογής». Σύμφωνα με την τελευταία, όταν υπάρχουν έντονες διαφορές μεταξύ των πολιτικών δομών του κράτους μέλους και της ΕΕ (υψηλή ασυμβατότητα), τότε η έντονη «πίεση προσαρμογής» που προκύπτει οδηγεί σε αδυναμία υιοθέτησης και εφαρμογής του «ευρωπαϊκού μοντέλου». Αντίθετα, όταν οι διαφορές μεταξύ των πολιτικών δομών της ΕΕ και του κράτους μέλους είναι πολύ μικρές (υψηλή συμβατότητα), τότε δεν προκύπτει «πίεση προσαρμογής» αφού το κράτος μέλος δεν χρειάζεται να μεταβάλει τη φιλοσοφία των πολιτικών του δομών με σκοπό την προσαρμογή στα ευρωπαϊκά δεδομένα. Υπάρχουν δε καταστάσεις ενδιάμεσης συμβατότητας, όπου παρατηρούνται ικανές διαφορές μεταξύ των πολιτικών δομών της ΕΕ και του κράτους μέλους. Στις περιπτώσεις αυτές παρατηρείται ικανή «πίεση προσαρμογής», που οδηγεί τα κράτη μέλη στην υιοθέτηση και εφαρμογή των προτεινόμενων από μέρους της ΕΕ πολιτικών. Το χαρακτηριστικό των περιπτώσεων αυτών είναι ότι η «πίεση προσαρμογής» δεν είναι τόσο μεγάλη που να μην επιτρέπει στο κράτος μέλος την προσαρμογή και την υιοθέτηση των προτεινόμενων πολιτικών. Είναι φανερό ότι όργανο του μηχανισμού αυτού είναι ο πολιτικός εξαναγκασμός (Radaelli, 2002).

Ο πολιτικός εξαναγκασμός επιτυγχάνεται μέσα από κανονισμούς και οδηγίες της ΕΕ, οι οποίες αποτελούν σκληρά εργαλεία με νομική ισχύ που η υιοθέτησή τους επιβάλλεται βάσει του ευρωπαϊκού νόμου στα κράτη μέλη (Bulmer and Radaelli, 2005). Στα σκληρά εργαλεία (hard instruments) συγκαταλέγονται οι Κανονισμοί και οι Οδηγίες, οι αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου που επιβάλλουν στα κράτη μέλη την εφαρμογή και την τήρηση των αποφάσεών τους (Brooks, 2012).

Η ΕΕ στις περιπτώσεις της αρνητικής ολοκλήρωσης δεν επιβάλλει κάποιο πλαίσιο όπως στην περίπτωση της θετικής ολοκλήρωσης. Αφαιρεί, όμως, από τα κράτη μέλη το δικαίωμα διαμόρφωσης νόμων που να έρχονται σε σύγκρουση και να

διαταράσσουν την εύρυθμη και ομαλή λειτουργία της «ευρωπαϊκής εσωτερικής αγοράς» (Radaelli, 2006). Σκοπός της αρνητικής ολοκλήρωσης είναι η διασφάλιση της ελεύθερης διακίνησης αγαθών, κεφαλαίου, υπηρεσιών και ανθρώπων, των τεσσάρων δηλαδή ελευθεριών που αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την ολοκλήρωση της «ευρωπαϊκής εσωτερικής αγοράς». Στην περίπτωση της αρνητικής ολοκλήρωσης δεν παρατηρείται το φαινόμενο της «πίεσης προσαρμογής» στα κράτη μέλη (Radaelli, 2002). Παράδειγμα αρνητικής ολοκλήρωσης αποτελούν οι ρυθμίσεις της ΕΕ για τον ελεύθερο ανταγωνισμό.

Στην περίπτωση των οριζόντιων μηχανισμών, η ΕΕ παράγει αποφάσεις που δεν έχουν νομικά υποχρεωτικό χαρακτήρα. Οργανώνει και φιλοξενεί την πλατφόρμα πάνω στην οποία αναπτύσσεται η συνεργασία μεταξύ κρατών μελών και κρατών μελών και ΕΕ, με σκοπό τη δημιουργία των «ορθών» πολιτικών και την εφαρμογή τους σε επίπεδο ΕΕ. Η χρήση των μηχανισμών αυτών παρατηρείται συνήθως σε ζητήματα ευαίσθητα, για τα οποία τα κράτη μέλη δεν επιθυμούν την εκχώρηση της κυριαρχίας τους στην ΕΕ. Χαρακτηριστικό των οριζόντιων μηχανισμών είναι είτε η απουσία νομικού πλαισίου, είτε η ύπαρξη νομικού πλαισίου το οποίο όμως δεν είναι δεσμευτικό προς τα κράτη μέλη, όπως γίνεται παραδείγματος χάριν με τις συστάσεις από το Συμβούλιο των Υπουργών ή τις διακηρύξεις (διαβιβάσεις από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, συμπεράσματα από το συμβούλιο των υπουργών και απόψεις από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο).¹

Οι οριζόντιοι μηχανισμοί, σε αντίθεση με τους κάθετους βασίζονται κυρίως στα ήπια εργαλεία (soft instruments) της ΕΕ (Brooks, 2012).

Οριζόντιοι μηχανισμοί είναι: α) ο μιμητισμός, όπου τα κράτη μέλη μπορεί να ακολουθήσουν τα ευρωπαϊκά πρότυπα ακόμα και όταν δεν υπάρχει νομική υποχρέωση να το κάνουν και μάλιστα όταν αυτό δεν είναι πλήρως προς το συμφέρον τους. Αυτό παρατηρείται όταν ένα κρίσιμο ποσοστό κρατών μελών υιοθετήσει μια συγκεκριμένη πολιτική, οδηγώντας έτσι και τα υπόλοιπα κράτη μέλη στην υιοθέτηση παρόμοιων πολιτικών με σκοπό την προσαρμογή στο καινούργιο πολιτικό περιβάλλον. Έτσι παρατηρείται το φαινόμενο της «πίεσης προσαρμογής», ακόμα και

¹ Η αναπληρώτρια καθηγήτρια του ΑΠΘ Λίλα Αντωνοπούλου είχε σημαντική συμβολή στην ανάπτυξη της έννοιας του εξευρωπαϊσμού στις πολιτικές υγείας. Εκπρόσωπος στο επιστημονικό πεδίο των Οικονομικών της Υγείας μιας ριζικά διαφορετικής ακαδημαϊκής παράδοσης (αυτή της κριτικής πολιτικής οικονομίας της υγείας), πρότεινε μια καθόλα έγκυρη και ερμηνευτικά ισχυρή ταξινόμηση, κάνοντας λόγο για «γνωστικό και έμμεσο εξευρωπαϊσμό» (Αντωνοπούλου, 2014, σελ. 59-100). Ο μεν πρώτος καλύπτει εννοιολογικά τους οριζόντιους, ο δε δεύτερος τους κάθετους μηχανισμούς εξευρωπαϊσμού, έτσι όπως αυτοί διεξοδικά αναλύονται στην παρούσα μελέτη.

επί απουσίας «ευρωπαϊκού μοντέλου» και «σκληρών εργαλείων» από μέρους της ΕΕ (Radaelli, 2006), β) η ανοικτή μέθοδος συντονισμού (open method of coordination), όπου η ΕΕ επιδιώκει τη συνεργασία μεταξύ κρατών μελών και ΕΕ για την επίλυση προβλημάτων σε θέματα κοινού ενδιαφέροντος. Οι πολιτικές αυτές εφαρμόζονται συνήθως σε κοινωνικά θέματα, για τα οποία τα κράτη μέλη δεν επιθυμούν την παραχώρηση της κυριαρχίας τους στην ΕΕ με σκοπό τη δημιουργία ευρωπαϊκής νομοθεσίας. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στη δημιουργία κοινής πλατφόρμας, που επιτρέπει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κρατών μελών ή μεταξύ κρατών μελών και ΕΕ, όπου η τελευταία περιορίζεται στην παρακολούθηση των διαδικασιών και στην αξιολόγηση των επιδόσεων, χωρίς να επεμβαίνει με νομικά εργαλεία. Βασικά χαρακτηριστικά της μεθόδου είναι η δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών από μέρους της ΕΕ σε συνδυασμό με χρονοδιαγράμματα, ενέργειες που πρέπει να ληφθούν σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο, συγκριτική αξιολόγηση και ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών, χρήση ποιοτικών ή ποσοτικών δεικτών και, τέλος, με παρακολούθηση και αξιολόγηση της προόδου κάθε κράτους μέλους, στο πλαίσιο της αμοιβαίας μάθησης. Ο συντονισμός παραμένει μη δεσμευτικός και κατά συνέπεια δεν προβλέπονται κυρώσεις στην περίπτωση κρατών των οποίων η απόδοση δεν κρίνεται ικανοποιητική (European Council, 2000· Οικονόμου, 2004, σελ. 181-182· Σακελλαρόπουλος, 2004 · Σακελλαρόπουλος, 2011· Σακελλαρόπουλος και Αγγελάκη, 2016), γ) τα ευρωπαϊκά προγράμματα με τη συνεπαγόμενη μεταφορά και ανταλλαγή άριστων πρακτικών. Η επιτυχία των οριζόντιων μηχανισμών έγκειται περισσότερο στην παρουσία δομών ή ομάδων μέσα στα κράτη μέλη (εγχώρια συμφέροντα), οι οποίες επωφελούνται από τις πολιτικές μεταβολές, ενώ αντίθετα η αποτυχία τους μπορεί να αποδοθεί στην παρουσία αντίστοιχων δομών ή ομάδων που δεν επιθυμούν τις μεταβολές, διότι αυτές δεν είναι συμβατές με τα δικά τους συμφέροντα (Greer et al., 2019· Radaelli, 2012) και, δ) η νομοθέτηση μη υποχρεωτικών νομοθετημάτων. Τέτοια εργαλεία είναι οι συστάσεις του Συμβουλίου των Υπουργών, οι μη-υποχρεωτικοί κανονισμοί, οι μινιμαλιστικές οδηγίες, οι διακηρύξεις, οι διαβιβάσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, τα συμπεράσματα του Συμβουλίου των Υπουργών και οι απόψεις του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (Radaelli, 2000).

2. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η σχέση μεταξύ ΕΕ και εθνικών πολιτικών υγείας δεν υπήρξε ποτέ σαφής ή γραμμική. Αντιθέτως, η παρέμβαση της ΕΕ σε θέματα δημόσιας υγείας ή υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται ιστορικά από θεσμική διστακτικότητα και εγγενείς αντιφάσεις.

Είναι ευρέως αποδεκτό για παράδειγμα ότι η ΕΕ στην ιστορική της διαδρομή με πολύ μεγάλη καθυστέρηση συμπεριέλαβε στις προτεραιότητές της την προάσπιση της υγείας των Ευρωπαϊκών πληθυσμών. Ήταν άλλωστε μόλις το 1992 (41 χρόνια δηλαδή μετά την ίδρυσή της), όταν στη Συνθήκη του Μάαστριχτ και στο άρθρο 129 για πρώτη φορά η ΕΕ διατύπωσε την πρόθεσή της να αναλάβει την ευθύνη *«να συμβάλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου υγείας του ανθρώπου»* κύρια μέσω του συντονισμού των δράσεων δημόσιας υγείας των κρατών μελών και τη στήριξη αυτών των δράσεων όταν και εφόσον αυτό κρίνεται αναγκαίο (European Union, 2010). Το περίφημο αυτό «άρθρο 129 για την υγεία» της ΕΕ (μετέπειτα άρθρο 152 στη Συνθήκη του Άμστερνταμ το 1997), επαναδιατυπώθηκε με μεγαλύτερη έκταση και ακρίβεια στη Συνθήκη της Λισαβόνας το 2007 με το άρθρο 168 (European Union, 2007), το οποίο έως και σήμερα βρίσκεται σε ισχύ. Βάσει του «άρθρου 168 για την υγεία» η ΕΕ δεσμεύεται ότι όλες της οι πολιτικές (οικονομικές, κοινωνικές κα) οφείλουν *«να εξασφαλίζουν υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου»*, ενώ πρόσθετα αναλαμβάνει την ευθύνη συντονισμού των δράσεων δημόσιας υγείας των κρατών - μελών καθώς και την υλοποίηση συμπληρωματικών δράσεων για την πρόληψη της ασθένειας και την αποτροπή των πηγών κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία των Ευρωπαίων πολιτών (European Union, 2007).

Πέραν της καθυστερημένης ανάληψης ευθύνης σε θέματα δημόσιας υγείας και υπηρεσιών υγείας, η σχέση ΕΕ και εθνικών πολιτικών υγείας χαρακτηρίζεται και από μία πρόσθετη ιστορική (άλυτη έως και σήμερα) αντίφαση. Η αντίφαση αυτή αφορά στον βαθμό ή/και δικαίωμα παρέμβασης της ΕΕ στα συστήματα υγείας και τις πολιτικές υγείας των κρατών μελών. Η ΕΕ ως ενιαία αγορά απαιτεί κανόνες για την προώθηση του ελεύθερου ανταγωνισμού και τη διασφάλιση των τεσσάρων ελευθεριών στο εσωτερικό της (κίνησης κεφαλαίου, εμπορευμάτων, υπηρεσιών και ατόμων) και κατά συνέπεια προϋποθέτει άλλοτε άλλου βαθμού παρεμβάσεις στα εσωτερικά των κρατών-μελών (European Union, 2007). Παρόλα αυτά, το άρθρο 168 παράγραφος 7 της Συνθήκης της Λισαβόνας κατηγορηματικά ξεκαθαρίζει ότι η

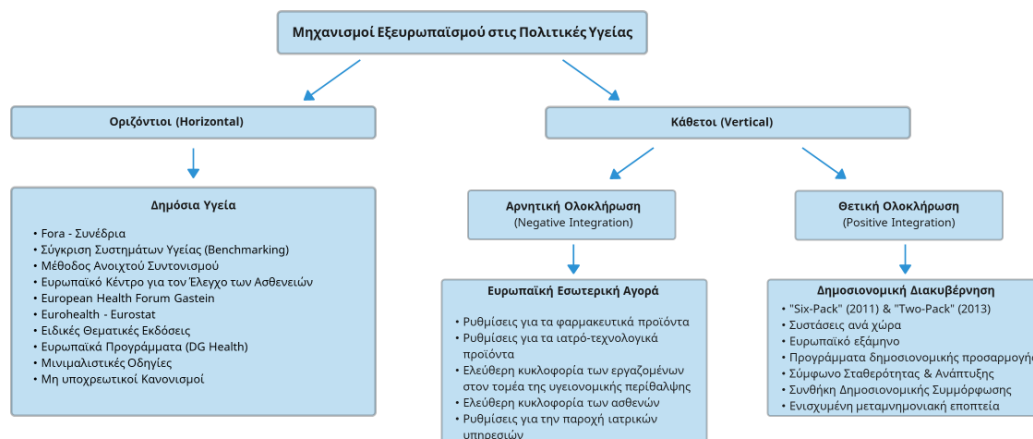
«δράση της Ένωσης αναπτύσσεται χωρίς να τίγονται οι ευθύνες των κρατών μελών όσον αφορά τη διαμόρφωση της πολιτικής τους στον τομέα της υγείας, καθώς και την οργάνωση και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και ιατρικής περίθαλψης» (European Union, 2007). Πολλοί υποστηρίζουν ότι η αντίφαση αυτή (διεθνοποίηση των πολιτικών δημόσιας υγείας ή προστατευτισμός των εθνικών συστημάτων υγείας), έτσι όπως αποτυπώνεται στο άρθρο 168 της Συνθήκης της Λισαβόνας είναι προϊόν ενός θεσμικού συμβιβασμού, αντανakλώντας τη βούληση των κρατών μελών να προστατέψουν το κοινωνικό τους κράτος από τις αρχές του ανταγωνισμού και της εσωτερικής αγοράς που υπηρετεί η ΕΕ (Mossialos and Lear, 2012).

Προϊόν της καθυστερημένης προτεραιοποίησης και των εγγενών αντιφάσεων που αναλύθηκαν παραπάνω είναι και το πρόβλημα της αποκαλούμενης «συνταγματικής ασυμμετρίας» της ΕΕ σε θέματα δημόσιας υγείας και υπηρεσιών υγείας (Greer et al., 2013). Διακριτή δομή διακυβέρνησης για τις πολιτικές υγείας και τα συστήματα υγείας στο πλαίσιο της ΕΕ δεν υφίσταται. Η Διεύθυνση Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων (DG for Health and Food Safety) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής με τη σημερινή της μορφή ιδρύθηκε μόλις το 2014, ενώ ο στρατηγικός της σχεδιασμός και ευθύνη συμπεριλαμβάνει ένα σχετικά περιορισμένο φάσμα δράσεων δημόσιας υγείας (DG for Health and Food Safety, 2016). Ο συντριπτικός αριθμός νομοθετημάτων και δράσεων της ΕΕ σε θέματα δημόσιας υγείας και πολιτικών υγείας υλοποιείται μέσω άλλων διευθύνσεων όπως η διεύθυνση εργασίας, οικονομικών υποθέσεων ή η διεύθυνση καταναλωτών (Greer, 2006). Το παράδοξο αυτό, έκφραση της «συνταγματικής ασυμμετρίας» της ΕΕ στο πεδίο της πολιτικής υγείας, είναι αντανάκλαση έως ένα βαθμό της σύγκρουσης μεταξύ των αρχών λειτουργίας της «ευρωπαϊκής εσωτερικής αγοράς» και των αρχών λειτουργίας του κοινωνικού κράτους στις χώρες κράτη μέλη (Gerlinger and Urban, 2007). Επιπλέον, αν συνυπολογίσει κανείς το γεγονός ότι η ΕΕ δεν αποτελεί κάποια άριστη και ενιαία οικονομική περιοχή, αποτελεί επίσης έκφραση των διαφορών στα επίπεδα οικονομικής ανάπτυξης (Seretis and Tsaliki, 2012).

Μέσα στο παραπάνω θεσμικό πλαίσιο η ΕΕ αναπτύσσει σειρά παρεμβάσεων στο πεδίο της πολιτικής υγείας, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες θεματικές ενότητες παρέμβασης, αυτές της δημόσιας υγείας, της ευρωπαϊκής εσωτερικής αγοράς στον κλάδο της υγείας και της δημοσιονομικής διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας (Greer et al., 2019, σελ. 4-7). Το Σχήμα 2 παρέχει μια σχηματική ταξινόμηση των θεματικών ενοτήτων παρέμβασης της ΕΕ και των

μηχανισμών εξευρωπαϊσμού ανά θεματική ενότητα στο ευρύτερο πεδίο της πολιτικής υγείας.

Σχήμα 2: Μηχανισμοί εξευρωπαϊσμού στις πολιτικές υγείας



2.1. Δημόσια υγεία και ΕΕ

Οι παρεμβάσεις της ΕΕ σε επίπεδο δημόσιας υγείας καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα θεματικών πεδίων, το οποίο συμπεριλαμβάνει μεταξύ των άλλων τον διασυνοριακό έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων, τον ρυθμιστικό έλεγχο των παραγώγων ανθρώπινης προέλευσης (αίμα, ιστοί και όργανα ανθρώπινης προέλευσης για μεταμοσχεύσεις), την υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας, τον κανονιστικό έλεγχο στη διάχυση και χρήση επιβλαβών ουσιών (αλκοόλ, είδη καπνού), την ασφάλεια των καταναλωτικών προϊόντων, την ασφάλεια των τροφίμων και τον ρυθμιστικό έλεγχο των περιβαλλοντικών προσδιοριστών της υγείας (έλεγχος περιβαλλοντικών ρύπων κ.ά.) (Brooks, 2012· Greer et al., 2013).

Οι περισσότερες εκ των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας της ΕΕ έχουν σχεδιαστεί όχι στο όνομα της εφαρμογής του «άρθρου υγείας» της ΕΕ, αλλά στο όνομα της διασφάλισης της κύριας λειτουργίας της ΕΕ ως ενιαίας, εσωτερικής αγοράς. Η δε υλοποίησή τους στις περισσότερες των περιπτώσεων υπάγεται σε πολλαπλές διευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, πέραν δηλαδή της κατεξοχήν αρμόδιας Διεύθυνσης Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων της ΕΕ (Greer et al., 2013). Χαρακτηριστικότερο ιστορικό παράδειγμα αυτής της «συνταγματικής ασυμμετρίας» της ΕΕ σε θέματα δημόσιας υγείας αποτελεί η πολυετής ενασχόληση της ΕΕ με την

επιδημιολογική επιτήρηση και τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων ως αναγκαία προϋπόθεση για την ασφαλή μετακίνηση αγαθών και ανθρώπων, η οποία με τη σειρά της αποτελεί βασική ελευθερία στο πλαίσιο λειτουργίας της ΕΕ ως κοινής εσωτερικής αγοράς (Greer et al., 2019).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες δράσεις της ΕΕ στο πεδίο της δημόσιας υγείας υλοποιούνται κύρια με τη χρήση οριζόντιων μηχανισμών εξευρωπαϊσμού, χωρίς αναγκαστικό δηλαδή χαρακτήρα (Greer et al., 2019, σελ. 63-93). Χαρακτηριστικότερα παραδείγματα είναι η υλοποίηση μέτρων δημόσιας υγείας από τα κράτη μέλη μέσω της σύγκρισης ή διάχυσης καλών πρακτικών στο εσωτερικό της ΕΕ («πίεση προσαρμογής διά της μάθησης» ή η διευκόλυνση της προσαρμογής μέσω της ανοικτής μεθόδου συντονισμού) με τη χρήση συνεδρίων, εκδόσεων, μέσω του Ευρωπαϊκού Φόρουμ στο Gastein στην Αυστρία, των συγκρίσεων και εκδόσεων της Eurostat, της πλατφόρμας του Ευρωπαϊκού Κέντρου για την Πρόληψη και τον Έλεγχο των Νοσημάτων (ECDC), της Ευρωπαϊκής πλατφόρμας για την καταγραφή σπάνιων νοσημάτων (EURD Platform) ή τις ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες για την προαγωγή της πρόληψης και έρευνας για τον καρκίνο (EU Partnership for Action Against Cancer – EPAAC) (Σχήμα 2).

Η Ελλάδα, στο πεδίο της δημόσιας υγείας, παρότι συμμετέχει σε όλα τα fora και τους μηχανισμούς εξευρωπαϊσμού (ECDC, European Health Forum Gastein, Eurostat, EURDP, EPAAC) υιοθετώντας τις ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία, ενσωματώνει με καθυστέρηση στην εθνική της νομοθεσία τις σχετικές ευρωπαϊκές οδηγίες και κανονισμούς, ενώ σημαντικότερες καθυστερήσεις παρατηρούνται και στην υλοποίηση αυτών των δεσμεύσεων. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η καθυστερημένη θεσμοθέτηση και υλοποίηση της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους (European Commission, 2013 · WHO, 2019), οι σημαντικές υστερήσεις στην ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τον σεβασμό των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων, τα σημαντικά κενά στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες (Council of Europe, 2019), η καθυστερημένη θεσμοθέτηση της 48ωρης εβδομαδιαίας απασχόλησης στους υγειονομικούς και οι πολλαπλές παραβιάσεις στην υλοποίηση της συγκεκριμένης οδηγίας (Court of Justice of the European Union, 2015), τα σημαντικά προβλήματα και κενά στη διαχείριση των απορριμμάτων (παράνομες χωματερές) και των επικίνδυνων αποβλήτων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2005).

2.2 Ευρωπαϊκή εσωτερική αγορά και υπηρεσίες υγείας

Το δεύτερο θεματικό πεδίο παρέμβασης της ΕΕ στις εθνικές πολιτικές υγείας είναι η ολοκλήρωση της «ευρωπαϊκής εσωτερικής αγοράς» στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας. Κεντρικός στόχος αυτών των παρεμβάσεων είναι η διασφάλιση της ελεύθερης διακίνησης ατόμων, υπηρεσιών και προϊόντων στον εν λόγω κλάδο.

Πιο συγκεκριμένα, η ΕΕ επιδρά στα συστήματα υγείας με μια σειρά ρυθμίσεων που επιτρέπουν την ελεύθερη κυκλοφορία εργαζομένων και ασθενών, εδραιώνουν το δίκαιο του ανταγωνισμού και ρυθμίζουν τον τρόπο παραγωγής και διακίνησης στα φαρμακευτικά και τα ιατρο-τεχνολογικά προϊόντα, ενώ τέλος ρυθμίζουν την διασυνοριακή παροχή ιατρικών υπηρεσιών (Baeten, 2008).

Η μεγάλη πλειονότητα αυτών των παρεμβάσεων υλοποιείται μέσω μηχανισμών αρνητικής ολοκλήρωσης, μέσω δηλαδή της αναγκαστικής άρσης από το νομικό οπλοστάσιο κάθε κράτους μέλους πιθανών διακρίσεων στη διασυνοριακή κίνηση. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η αυτόματη αμοιβαία αναγνώριση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος σε ιατρούς και νοσηλευτές μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών, η δυνατότητα μεταφοράς των ιατρο-ασφαλιστικών δικαιωμάτων των επαγγελματιών υγείας κατά τη μετακίνησή τους από μία Ευρωπαϊκή χώρα σε άλλη, η ελεύθερη διασυνοριακή χρήση υπηρεσιών υγείας εντός της ΕΕ από ασθενείς χωρίς προγενέστερη έγκριση από τον ασφαλιστικό φορέα υγείας της χώρας προέλευσής τους, η άρση όποιων διακρίσεων στη διακίνηση και εμπορία ιατροφαρμακευτικών προϊόντων μέσω της δημιουργίας ενιαίου πλαισίου από την ΕΕ για τη ρύθμιση των κλινικών δοκιμών των φαρμάκων (Ευρωπαϊκός Φορέας Φαρμάκου - EMA), την εφαρμογή ενιαίου συστήματος εντός ΕΕ για την καταγραφή σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων (European Pharmacovigilance Database) και το ενιαίο πλαίσιο πιστοποίησης των ιατροτεχνολογικών προϊόντων (σχήμα 2).

Η Ελλάδα στο πεδίο της ολοκλήρωσης της «ευρωπαϊκής εσωτερικής αγοράς» και σε αντιδιαστολή με τον τομέα της δημόσιας υγείας όπου παρατηρούνται σημαντικές χρονικές υστερήσεις και κενά, φαίνεται να ανταποκρίνεται σχετικά πιο έγκαιρα και ολοκληρωμένα στις σχετικές απαιτήσεις της ΕΕ. Πιο συγκεκριμένα, συμμετέχει στον Ευρωπαϊκό Φορέα Φαρμάκου ακολουθώντας τους κανονισμούς του, έχει ενσωματώσει στην εθνική νομοθεσία την αυτόματη αναγνώριση πτυχίων των επαγγελματιών υγείας (Προεδρικό Διάταγμα 38, 2010), καθώς και τη σχετική ευρωπαϊκή νομοθεσία για τη διασυνοριακή ροή ασθενών, σεβόμενη τα δικαιώματα

των ασθενών στη διασυνοριακή περίθαλψη (Νόμος 4213, 2013), εφαρμόζοντας την ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθένειας.

2.3. Δημοσιονομική διακυβέρνηση και υπηρεσίες υγείας

Το τρίτο θεματικό πεδίο παρέμβασης της ΕΕ στις εθνικές πολιτικές υγείας είναι η δημοσιονομική διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας. Ο Πίνακας 1 περιγράφει τους πολλαπλούς μηχανισμούς δημοσιονομικής διακυβέρνησης μέχρι και σήμερα καθώς και τις χώρες, τα συστήματα υγείας των οποίων άμεσα ή έμμεσα αυτός επηρεάζει. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι μηχανισμοί δημοσιονομικής διακυβέρνησης εμπίπτουν στην κατηγορία των μηχανισμών εξευρωπαϊσμού μέσω θετικής ολοκλήρωσης (Σχήμα 2), έχουν δηλαδή αναγκαστικό χαρακτήρα.

Πίνακας 1: Δημοσιονομική διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας στην ΕΕ

Μηχανισμός δημοσιονομικής διακυβέρνησης	Σύντομη περιγραφή	Συμμετέχοντα Κράτη Μέλη
<i>Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης (1997-2011)</i>	Όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ θα πρέπει να έχουν λόγο δημόσιου χρέους προς ΑΕΠ <60% και δημόσιο έλλειμμα <3%	ΕΕ27
<i>Συνθήκη για τη Σταθερότητα, τον Συντονισμό και τη Διακυβέρνηση στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση (2012– σήμερα)</i>	- Όλες οι χώρες της Ευρωζώνης με λόγο δημόσιου χρέους προς ΑΕΠ <60%, δεσμεύονται για δημοσιονομικό έλλειμμα <1% ΑΕΠ - Όλα τα κράτη μέλη με λόγο δημόσιου χρέους προς ΑΕΠ >60% δεσμεύονται για δημοσιονομικό έλλειμμα <0.5% ΑΕΠ	ΕΕ25 (Εκτός από Κροατία και Τσεχία)
<i>Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής (2010-5)</i>	- Αφορά μόνο χώρες οι οποίες έλαβαν οικονομική βοήθεια από την Τρόικα - Τα Μνημόνια Συνεργασίας στα πλαίσια αυτών των προγραμμάτων περιλαμβάνουν λεπτομερείς δημοσιονομικές και μεταρρυθμιστικές συστάσεις για τα συστήματα υγείας των κρατών μελών που έλαβαν οικονομική βοήθεια	Ισπανία, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Ελλάδα, Κύπρος
<i>Μηχανισμός Ευρωπαϊκού Εξαμήνου (2011 - σήμερα)</i>	<i>Προληπτικό σκέλος:</i> - Τα σχέδια προϋπολογισμού των κρατών μελών αξιολογούνται από το Ευρωπαϊκό Εξάμηνο - Τα κράτη μέλη λαμβάνουν ειδικές συστάσεις,	ΕΕ27

	συμπεριλαμβανομένων δημοσιονομικών και μεταρρυθμιστικών συστάσεων για το σύστημα υγείας τους	
	<i>Διορθωτικό σκέλος:</i> • Σε περίπτωση παραβίασης των στόχων του Συμφώνου Σταθερότητας ενεργοποιείται η διαδικασία υπερβολικού ελλείμματος • Επί μη συμμόρφωσης του κράτους μέλους: εφάπαξ πρόστιμα ύψους έως και 0.2% του ΑΕΠ, ετήσια πρόστιμα, ή αναστολή χρηματοδότησης από το Ταμείο Συνοχής	EE27
<i>Ενισχυμένη Μεταμνημονιακή Εποπτεία (2013 - σήμερα)</i>	• Αφορά μόνο χώρες οι οποίες ολοκλήρωσαν Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής • Παρακολουθείται η υλοποίηση εκκρεμών μεταρρυθμίσεων, συμπεριλαμβανομένων αυτών του τομέα της υγείας	Ισπανία, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Ελλάδα, Κύπρος

Πηγή: Επεξεργασία συγγραφέων, βάσει Greer, 2006· Greer et al., 2016.

Η «δημοσιονομική διακυβέρνηση» δεν αποτελεί νέο στοιχείο στις πολιτικές της ΕΕ καθώς υπάρχει ήδη από τη Συνθήκη του Μάαστριχτ, με το σύμφωνο σταθερότητας και ανάπτυξης το οποίο ορίζει τα κριτήρια εισόδου των κρατών μελών στην Ευρωζώνη (λόγος χρέους προς ακαθάριστο εθνικό προϊόν <60% και δημόσιο έλλειμμα <3%), και τα οποία πρέπει να τηρούνται σε όλη τη διάρκεια παραμονής του κράτους μέλους εντός της ΕΕ. Τους παραπάνω όρους του συμφώνου σταθερότητας και ανάπτυξης σχεδόν όλα τα κράτη μέλη της Ευρωζώνης τους έχουν παραβιάσει κάποια στιγμή, γεγονός που εντάθηκε με την έναρξη της οικονομικής κρίσης, όπου τα κράτη μέλη αδυνατούσαν να διατηρήσουν σε χαμηλά επίπεδα τα δημόσια ελλείμματά τους (Greer et al., 2019, σελ. 151-173).

Η ΕΕ στην προσπάθειά της να περιορίσει τα αυξημένα δημόσια ελλείμματα των κρατών μελών (το 2010), τροποποίησε το σύμφωνο σταθερότητας και ανάπτυξης, δημιουργώντας έτσι τα προγράμματα “six-pack” (2011) και “two-pack” (2013) (European Commission, 2011), καθώς και τη Συνθήκη για τη Σταθερότητα, τον Συντονισμό και τη Διακυβέρνηση στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση. Σύμφωνα με το πρόγραμμα “six-pack”, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποκτά αυξημένες δυνατότητες ελέγχου των προϋπολογισμών των κρατών μελών, ενώ σύμφωνα με το

πρόγραμμα “two-pack” τα κράτη μέλη οφείλουν να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους κρατικούς προϋπολογισμούς τους στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή για σκοπούς ελέγχου και επιτήρησης. Το τροποποιημένο σύμφωνο σταθερότητας και ανάπτυξης περιλαμβάνει ένα προληπτικό (preventive) και ένα διορθωτικό σκέλος (Greer et al., 2016).

Το προληπτικό σκέλος διασφαλίζει σύμφωνα με το άρθρο 121 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή Συνθήκης της Λισαβόνας ότι «η δημοσιονομική πολιτική διεξάγεται με ουσιαστικό τρόπο» (European Union, 2012), μέσα από έναν κύκλο ελέγχου και αξιολόγησης των προϋπολογισμών των κρατών μελών. Τα τελευταία οφείλουν να πετύχουν προκαθορισμένους στόχους, η επίτευξη των οποίων ελέγχεται μέσα από μια ετήσια διαδικασία αξιολόγησης που ονομάζεται «ευρωπαϊκό εξάμηνο».

Το «ευρωπαϊκό εξάμηνο» αφορά μια διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης των κρατικών προϋπολογισμών από μέρους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, πριν αυτοί ψηφιστούν από τα κοινοβούλια των κρατών μελών. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αξιολογεί το κατά πόσον οι στόχοι των κρατών μελών είναι σε συμφωνία με τις προϋποθέσεις του συμφώνου σταθερότητας και ανάπτυξης και, εάν κρίνει ότι αυτό δεν ισχύει, τότε προτείνει ειδικές για κάθε κράτος συστάσεις (country specific recommendations). Οι συστάσεις αυτές περιλαμβάνουν σαφείς αναφορές στα συστήματα υγείας. Τα ευρήματα τεκμηριώνουν ότι, μετά την έναρξη της διαδικασίας του ευρωπαϊκού εξαμήνου, πρώτον αυξάνεται διαχρονικά ο αριθμός των χωρών που δέχονται ειδικές συστάσεις για τα συστήματα υγείας τους και, δεύτερον, αυξάνεται ο συνολικός αριθμός των ειδικών συστάσεων για τα συστήματα υγείας καλύπτοντας πολλές διαφορετικές οικονομικές και διοικητικές παραμέτρους (Azzopardi-Muscat et al., 2015), αυξάνοντας τελικά την παρεμβατικότητα της ΕΕ προς τα κράτη μέλη.

Το διορθωτικό σκέλος θεσπίζεται με το άρθρο 126 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και διασφαλίζεται μέσα από τη «διαδικασία υπερβολικού ελλείμματος». Σύμφωνα με αυτό η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρακολουθεί την οικονομική κατάσταση των κρατών-μελών και εάν ένα κράτος μέλος παραβιάσει τον έναν ή και τους δύο κανόνες που ορίζει το Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης, τότε θέτει σε λειτουργία τη «διαδικασία υπερβολικού ελλείμματος», η οποία υποχρεώνει τα κράτη μέλη στην υιοθέτηση πολιτικών με σκοπό την μείωση του δημόσιου ελλείμματός τους σε διάστημα έξι μηνών (European Parliament, 2011).

Οι προαναφερόμενοι μηχανισμοί παρέχουν στην ΕΕ όχι μόνο τη δυνατότητα ελέγχου και παρέμβασης με διορθωτικές προτάσεις, αλλά επίσης και το δικαίωμα επιβολής κυρώσεων στα κράτη μέλη που παραβιάζουν το τροποποιημένο σύμφωνο σταθερότητας και ανάπτυξης.

Η διαδικασία αξιολόγησης και ελέγχου των κρατικών προϋπολογισμών από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στο πλαίσιο του «ευρωπαϊκού εξαμήνου» αφορά όλα τα κράτη μέλη, πλην των χωρών που βρίσκονται σε πρόγραμμα διάσωσης. Με την έναρξη της οικονομικής κρίσης ορισμένα κράτη-μέλη της ΕΕ (Ελλάδα, Κύπρος, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Ισπανία) αναζήτησαν οικονομική ενίσχυση, την οποία έλαβαν από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα στο πλαίσιο των «προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής» (Greer, 2014· Greer et al., 2016). Τα κράτη αυτά δεν ακολουθούν τις διαδικασίες αξιολόγησης του «ευρωπαϊκού εξαμήνου», αλλά αξιολογούνται βάσει των προσυμφωνημένων όρων δανεισμού με τους «Θεσμούς» (Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Διεθνές Νομισματικό Ταμείο).

Η συμφωνία μεταξύ «Θεσμών» και κράτους-μέλους (πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής) αφορά όρους οι οποίοι σχετίζονται με μεταρρυθμίσεις στο εσωτερικό του κράτους, ως αντάλλαγμα προς την οικονομική βοήθεια που αυτό δέχεται (Greer, 2014). Πιο συγκεκριμένα, στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας τα μνημόνια συνεργασίας περιλάμβαναν πλήθος εξειδικευμένων μέτρων (health related conditionalities) τόσο δημοσιονομικού - περιοριστικού χαρακτήρα (μείωση δημοσίων δαπανών υγείας, περικοπές μισθών και πάγωμα των προσλήψεων, συγχωνεύσεις νοσοκομείων και μείωση κλινών) όσο και δομικού – μεταρρυθμιστικού χαρακτήρα (συγχωνεύσεις ασφαλιστικών ταμείων, εισαγωγή προοπτικών μεθόδων αποζημίωσης των παρόχων υπηρεσιών υγείας, συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ρύθμιση τιμών φαρμάκου κ.ά.) (Kondilis et al., 2015).

Συνέχεια αυτών των όρων αποτελεί η ενισχυμένη μεταμνημονιακή εποπτεία, όπως προβλέπεται στον κανονισμό (ΕΕ) αριθ. 472/2013 (European Union, 2013). Η ενισχυμένη εποπτεία είναι ένα πλαίσιο σχεδιασμένο για να διευκολύνει την εξομάλυνση και να στηρίζει την ολοκλήρωση, την υλοποίηση και τη συνέχεια των μεταρρυθμίσεων σε τομείς όπως η δημοσιονομική πολιτική και η δημοσιονομική διαρθρωτική πολιτική, η υγεία και η κοινωνική πρόνοια, η χρηματοπιστωτική σταθερότητα, οι αγορές εργασίας και προϊόντων και η δημόσια διοίκηση.

Στην Ελλάδα η δημοσιονομική διακυβέρνηση του συστήματος υγείας επιτελέστηκε κύρια μέσω του έκτακτου μηχανισμού δημοσιονομικής παρέμβασης της ΕΕ στις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, μέσω δηλαδή των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής (μνημόνια), τα οποία περιείχαν εξαντλητικά λεπτομερείς μεταρρυθμιστικές συστάσεις για το Ελληνικό σύστημα υγείας (Kondilis et al., 2012· Kondilis et al., 2013). Μετά την ολοκλήρωση των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής και της μεταμνημονιακής εποπτείας, ο βασικός μηχανισμός δια μέσω του οποίου επιτελείται ο δημοσιονομικός έλεγχος του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι, όπως και στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες, ο μηχανισμός του ευρωπαϊκού εξαμήνου.

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχέση ΕΕ και εθνικών πολιτικών υγείας δεν είναι μια μονοδιάστατη σχέση. Αντιθέτως πρόκειται για μια πολυδιάστατη, πολυκάναλη αλληλεπίδραση. Η παρούσα μελέτη και το προτεινόμενο ταξινομητικό πλαίσιο των μηχανισμών εξευρωπαϊσμού των συστημάτων υγείας (Σχήματα 1 και 2) επιχειρεί να ρίξει φως στα πολλαπλά θεματικά πεδία και τα πολλαπλά κανάλια διαμέσου των οποίων η ΕΕ διαμορφώνει τις πολιτικές υγείας στις χώρες κράτη μέλη.

Η σχέση ΕΕ και εθνικών πολιτικών υγείας δεν είναι επίσης μια ευκαιριακή ή γραμμική σχέση. Αντιθέτως, πρόκειται για μια δυναμική αλληλεπίδραση, η οποία εξελίσσεται μέσα στον χρόνο επηρεαζόμενη από τις κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις κάθε ιστορικής περιόδου.

Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει ότι μέχρι το 2010 οι παρεμβάσεις της ΕΕ στις εθνικές πολιτικές υγείας αφορούσαν τα θεματικά πεδία της δημόσιας υγείας και τη ρύθμιση της ευρωπαϊκής εσωτερικής αγοράς στον κλάδο της υγείας (άρση διακρίσεων στη διασυνοριακή κίνηση ασθενών, υγειονομικού προσωπικού και ιατροφαρμακευτικών προϊόντων εντός της ΕΕ). Η δε υλοποίηση αυτών των παρεμβάσεων γινόταν κύρια με τη χρήση οριζόντιων μηχανισμών εξευρωπαϊσμού ή με τη χρήση του μηχανισμού της αρνητικής ολοκλήρωσης, χωρίς δηλαδή ευθείς καταναγκασμούς, με σεβασμό στην αρχή του «προστατευτισμού» των συστημάτων υγείας των κρατών μελών.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 σηματοδότησε μια σαφή αλλαγή στις σχέσεις ΕΕ και εθνικών πολιτικών υγείας. Ιδίως μετά το 2010, οι παρεμβάσεις της ΕΕ δεν περιορίζονται στα θεματικά πεδία της δημόσιας υγείας και της εσωτερικής

κοινής αγοράς στον κλάδο της υγείας αλλά επεκτείνονται στο σύνολο των ζητημάτων που άπτονται της χρηματοδότησης, παροχής και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας στα κράτη μέλη. Η υλοποίηση δε αυτών των παρεμβάσεων γίνεται κύρια με τη χρήση κάθετων μηχανισμών εξευρωπαϊσμού και πιο συγκεκριμένα με τη χρήση μηχανισμών θετικής ολοκλήρωσης, έχοντας σαφή καταναγκαστικό χαρακτήρα.

Τα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής για τις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου αποτέλεσαν την πρώτη σαφή απόδειξη της αυξημένης αυτής παρεμβατικότητας της ΕΕ στα εθνικά συστήματα υγείας (Fahy, 2012), παρεμβατικότητα η οποία επεκτάθηκε στο σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών μέσω του μηχανισμού του ευρωπαϊκού εξαμήνου (Greer, 2019), παραμένοντας μάλιστα σε ισχύ και μετά το πέρας της κρίσης (Πίνακας 1).

Η νέα αυτή εξέλιξη στις σχέσεις ΕΕ και εθνικών πολιτικών υγείας περιορίζει τον διαθέσιμο χώρο αυτοτελούς άσκησης πολιτικής υγείας (health policy space) στα κράτη μέλη, θέτοντας υπό αμφισβήτηση την αρχή του «εθνικού προστατευτισμού» των συστημάτων υγείας. Ενδεικτική είναι η διατύπωση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σε ψήφισμά του τον Φεβρουάριο του 2014 (τρεις μήνες πριν τις Ευρωεκλογές του 2014 και σε μια προφανή προσπάθεια να διασκεδάσει τις τότε πανευρωπαϊκές αντιδράσεις), όπου δήλωνε ότι *«μετανιώνει για την συμπερίληψη στα προγράμματα της Ελλάδας, Ιρλανδίας και Πορτογαλίας δεσμεύσεων που σχετίζονται με την μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας αυτών των χωρών, καθώς η συγκεκριμένη πρακτική αντιτίθεται στο άρθρο 168 της Ευρωπαϊκής Συνθήκης»* (Karasand Ngoc, 2014).

Η σημαντική αυτή εξέλιξη στην ευρωπαϊκή πολιτική υγείας αποτελεί αντανάκλαση των ευρύτερων οικονομικών και πολιτικών εξελίξεων της τρέχουσας ιστορικής περιόδου. Σε συνθήκες γενικευμένης οικονομικής κρίσης, η ΕΕ θωράκισε το θεσμικό της πλαίσιο και αύξησε το βαθμό παρεμβατικότητάς της στη χάραξη γενικότερα της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής στα κράτη μέλη, προκειμένου να εξασφαλίσει την υλοποίηση πολιτικών λιτότητας, ιδιωτικοποίησης και απορρύθμισης του κράτους και της όποιας του παρέμβασης ως βασική απάντηση στην κρίση (Mavroudeas, 2014· Lapavitsas, 2012· Saad Filho, 2016).

Βάσει αυτών των εξελίξεων μπορεί κανείς βάσιμα σήμερα να υποστηρίξει ότι ο εξευρωπαϊσμός των συστημάτων υγείας, πέραν του ότι έχει ορισμένο περιεχόμενο (συνδυασμός δημοσιονομικών περιορισμών και αποδιάθρωσης της δημόσιας παρέμβασης στα συστήματα υγείας), συντελείται πλέον με όρους καταναγκαστικής

προσαρμογής, περιορίζοντας σημαντικά τη δυνατότητα υλοποίησης εναλλακτικών εθνικών πολιτικών στην κατεύθυνση ενίσχυσης του δημόσιου και δωρεάν χαρακτήρα της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αντωνοπούλου, Λ. (2014). *Οικονομία της υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας*. Αθήνα: Gutenberg.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2005). *Περιβάλλον: η Επιτροπή θα κινήσει δικαστική διαδικασία εναντίον της Ελλάδας για παραβιάσεις της νομοθεσίας*. IP/05/1644. Ευρωπαϊκή Επιτροπή: Βρυξέλλες.
- Νόμος Υπ' Αρίθ. 4213 (2013). ΦΕΚ Α 261/9.12.2013, *Προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης (L 88/45/4.4.2011) και άλλες διατάξεις*.
- Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*. Αθήνα: Διόνικος.
- Προεδρικό Διάταγμα 38 (2010). ΦΕΚ 78/τ. Α'/25-05-2010, *Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην οδηγία 2005/36/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 7ης Σεπτεμβρίου 2005 σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων*.
- Σακελλαρόπουλος, Θ. και Αγγελάκη, Μ. (2016). Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική: από την άτολμη ανάπτυξη στο αβέβαιο μέλλον. Στο Ν. Μαραβέγιας (επιμ.), *Ευρωπαϊκή Ένωση. Δημιουργία, εξέλιξη, προοπτικές* (σελ. 421-436). Αθήνα: Κριτική.
- Σακελλαρόπουλος, Θ. (2011). Συμμετοχικότητα και ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική. Ο ρόλος των ΜΚΟ στην Ανοιχτή Μέθοδο Συντονισμού (ΑΜΣ) στον τομέα της ενσωμάτωσης: περίπτωση της Ελλάδας. Στο Μ. Θανοπούλου, Μ. Πετμετζίδου, Μ. Στρατηγάκη (επιμ.), *Όψεις κοινωνικής δυναμικής: Μελέτες χαριστήριες στην καθηγήτρια Κούλα Κασιμάτη*. Αθήνα: Gutenberg - Γιώργος & Κώστας Δαρδανός.
- Φερώνας, Α. (2013). *Ο εξευρωπαϊσμός της κοινωνικής πολιτικής. Θεωρητικό πλαίσιο, μεθοδολογικά προβλήματα και η ελληνική εμπειρία*. Αθήνα: Διόνικος.

Ξενογλώσση

- Azzopardi-Muscat, N., Clemens, T., Stoner, D. and Brand, H. (2015). EU Country Specific Recommendations for health systems in the European Semester process: Trends, discourse and predictors. *Health Policy*, 119 (3), pp. 375–383.
- Baeten, R. (2008). The proposal for a directive on patients' rights in cross-border healthcare. In C. Degryse (ed.), *Social developments in the European Union* (pp. 155-181). Brussels:ETUI, Observatoire Social Européen.
- Borzel, A. (1999). Towards Convergence in Europe: Institutional adaptation to Europeanization in Germany and Spain. *Journal of Common Market Studies*, 37 4), pp. 573–596.
- Brooks, E. (2012). Europeanisation through soft law: the future of EU health policy?. *Political Perspectives*, 6 (1), pp. 86–104.
- Bulmer, S. and Radaelli, C. (2004). The Europeanization of national policy. In S. Bulmer and C. Lequesne (eds.), *The Member States of the European Union* (pp. 338–59). Oxford: Oxford University Press.
- Council of Europe (2019). Report to the Greek Government on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). CPT/Inf (2019) 4. Strasmburg: France.
- Court of Justice of the European Union (2015). PRESS RELEASE No 152/15 Luxembourg, 23 December 2015 Judgment in Case C-180/14. Commission v Greece. By allowing doctors to work 24 hours or more consecutively, Greek law infringes EU law. Luxembourg: Court of Justice of the European Union.
- Cowles, M., Caporaso, J. and Risse, T. (2001). *Transforming Europe: Europeanization and domestic change*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- European Commission (2011). Commission staff working paper impact assessment accompanying document to the proposal for a directive of the European Parliament and of the Council amending directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and regulation on administrative cooperation through the internal market information system, European Commission staff working paper SEC 1558, Brussels: European Commission.
- European Commission (2013). Commission Staff Working Document Report on the implementation of the Council Recommendation of 30 November 2009 on Smoke-

- free Environments (2009/C 296/02). SWD(2013) 56 final/2, Brussels: European Commission.
- European Parliament (2011). Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Official Journal of the European Union, 54 (L88), pp. 45-65.
- European Union (2007). Lisbon Treaty. Official Journal of the European Union, 50 (C306), pp. 1-271.
- European Union (2012). Consolidated versions of the Treaty on European Union and the Treaty on the functioning of the European Union. Official Journal of the European Union, 55 (C326), pp. 47-390.
- European Union (2013). Regulation (EU) No 472/2013 of the European Parliament and of the Council of 21 May 2013 on the strengthening of economic and budgetary surveillance of Member States in the euro area experiencing or threatened with serious difficulties with respect to their financial stability. Official Journal of the European Union, 56 (L140), pp. 1-10.
- Fahy, N. (2012). Who is shaping the future of European health systems?. *BMJ*, 344, e1712.
- Fahy, N., Hervey, T., Greer, S., Jarman, H., Stuckler, D., Galsworthy, M. and McKee, M. (2017). How will Brexit affect health and health services in the UK? Evaluating three possible scenarios. *The Lancet*, 390 (10107), pp. 2110-2118.
- Fahy, N., Hervey, T., Greer, S., Jarman, H., Stuckler, D., Galsworthy, M., & McKee, M. (2019). How will Brexit affect health services in the UK? An updated evaluation. *The Lancet*, 393 (10174), pp. 949-958.
- Gerlinger, T. and Urban, H. (2007). From heterogeneity to harmonization? Recent trends in European health policy. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (2), pp. 133-142.
- Greer, S. L. (2006). Uninvited Europeanization: neofunctionalism and the EU in health policy. *Journal of European Public Policy*, 13 (1), pp. 134-152.
- Greer, S. L. (2014). The three faces of European Union health policy: Policy, markets, and austerity. *Policy and Society*, 33 (1), pp. 13-24.
- Greer, S. L. (2019). European Health Policy: the gate with no fence. *Eurohealth*, 25 (3), pp. 47-49
- Greer, S. L., Hervey, T. K., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Health law and policy in the European Union. *The Lancet*, 381 (9872), pp. 1135-1144.

- Greer, S. L., Jarman, H. and Baeten, R. (2016). The new political economy of health care in the European Union: the impact of fiscal governance. *International Journal of Health Services*, 46 (2), pp. 262-282.
- Greer, S. L., Fahy, N., Elliott, H. A., Wismar, M., Jarman, H. and Palm, W. (2019). *Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask*. Brussels: European Observatory on Health Systems.
- Health and Food Safety D.G., (2016). *Strategic Plan 2016-2020*. Brussels: European Commission.
- Héritier, A. and Knill, C. (2001). Differential responses to European policies: a comparison. In A. Héritier et al. (eds.), *Differential Europe: The European Union impact on national policymaking* (pp. 257-321). Lanham: Rowman & Littlefield.
- Hoppe, H. (2018). *Democracy—the god that failed: the economics and politics of monarchy, democracy and natural order*. New York: Routledge.
- Howell, K. (2002). Developing Conceptualizations of Europeanization and European Integration: Mixing Methodologies. ESRC Seminar Series / UACES Study Group on the Europeanization of British Politics ESRC Seminar 1, University of Sheffield, 29 November.
- Karas, O. and Ngoc, L. H. (2014). Report on the enquiry on the role and operations of the Troika (ECB, Commission and IMF) with regard to the euro area programme countries. Committee on Economic and Monetary Affairs. Brussels: European Parliament.
- Kondilis, E., Smyrnakis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Zdoukos, T., Iliffe, S. and Benos, A. (2012). Economic crisis and primary care reform in Greece: driving the wrong way?. *British Journal of General Practice*, 62 (598), 264-265.
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H. and Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American Journal of Public Health*, 103 (6), pp. 973–979.
- Kondilis, E., Bodini, C., De Vos, P. and Benos, A. (2015). Politiques fiscales en Europe à l'ère de la crise économique. *Santé Conjuguée*, 69, pp. 34-43.
- Ladrech, R. (2010). *Europeanization and national politics*. London: Macmillan International Higher Education.
- Ladrech, R. (1994). Europeanization of domestic politics and institutions: The case of France. *JCMS: Journal of Common Market Studies*, 32 (1), pp. 69–88.

- Lapavitsas, C. (2012). *Crisis in the Eurozone*. London: Verso Books.
- Lawton, T. (1999). Governing the skies: Conditions for the Europeanisation of airline policy. *Journal of Public Policy*, 19 (1), pp. 91-112.
- Mavroudeas, S. (2014). *Greek capitalism in crisis: Marxist analyses*. London: Routledge.
- Mossialos, E. and Lear, J. (2012). Balancing economic freedom against social policy principles: EC competition law and national health systems. *Health Policy*, 106 (2), pp. 127-137.
- Müller, W. C., Bovens, M., Christensen, J. G., Jenny, M. and Yesilkagit, K. (2010). Legal Europeanization: Comparative perspectives. *Public Administration*, 88 (1), pp. 75-87.
- Radaelli, C. M. (2000). Whither Europeanization? Concept stretching and substantive change. European Integration Online Papers (EIoP), 4 (8) <http://eiop.or.at/eiop/texte/2000-008a.htm>
- Radaelli, C. M. (2002). The domestic impact of European Union public policy: Notes on concepts, methods, and the challenge of empirical research. *Politique Européenne*, 1, pp. 105-136.
- Radaelli, C. M. (2006). Europeanization: Solution or Problem? In M. Cini and A. Bourne (Eds.), *Palgrave Advances in European Union Studies* (pp. 56–76). London: Palgrave Macmillan.
- Saad Filho, A. (2016). Social policy beyond neoliberalism: from conditional cash transfers to pro-poor growth. *Journal of Poverty Alleviation and International Development*, 7 (1), pp. 67-94.
- Sbragia, A. and Stolfi, F. (2012). Key policies. In D. Kenealy, J. Peterson and R. Corbett (Eds.), *The European Union: How does it work?* (pp. 99-121). Oxford: Oxford University Press.
- Seretis, S. and Tsaliki, P. (2012). Value transfers in trade: an explanation of the observed differences in development. *International Journal of Social Economics*, 39 (12), pp. 965-982.
- World Health Organisation (2019). WHO report on the global tobacco epidemic. Country profile Greece. Geneva: World Health Organisation.