

Coronakrisen, EU och folkhälsa

En fråga om befogenhet?

Anna Södersten

The Corona crisis, EU, and public health: an issue of competence?

At the beginning of the coronavirus crisis, the EU was fiercely criticized for doing too little. The lack of action was often explained by the EU's limited competence in the policy area of public health. As this is certainly true, the article shows that in fact, the EU's competence has evolved over the years as a result of different health crises. Due to this evolution, the EU is in a much better position to deal with the crisis than just a few years ago. In light of the EU's evolving competence, the article also discusses the prospects for the establishment of a Health Union as well as the expansion of EU competence as a result of this crisis. It argues that this time, we cannot take further integration for granted.

1. Inledning

Coronakrisen som har skakat Europa sedan mars 2020 aktualiserar frågan vad EU egentligen kan göra: vad har EU för befogenhet på politikområdet hälsa? I krisens tidiga skede fick EU utstå kritik för att inte agera tillräckligt kraftfullt. Förklaringen ansågs vara att krisen pågick på ett politikområde där EU:s befogenheter är begränsade och att det huvudsakliga ansvaret ligger hos medlemsstaterna. Men även solidariteten mellan EU:s medlemsstater ifrågasattes (Södersten, 2020). Efter de första skälvande veckorna började EU dock vidta flera åtgärder som ansågs ha stor betydelse, bland annat vad gäller gemensam upphandling av vaccin. Europeiska kommissionen har vidare under hösten 2020 presenterat nya lagförslag som syftar till att bilda en "hälsounion".

En uppfattning som ofta anförs är att EU utvecklas genom kriser generellt (se t.ex. Milward 1992 och Hooghe & Marks 2019). Det är en observation som verkar gälla även på hälsoområdet. EU:s arbete kring hälsofrågor tog fart på 1990-talet, framför allt efter hälsokriser som galna kosjukan, hoten om mjältbrand efter 11 september 2001, SARS och svininfluensan. När hälsa började ses i

termer av säkerhet (Bengtsson & Rhinard 2019) började EU upprätta nya mekanismer och rättsakter och tilldelades även nya befogenheter genom fördraget. Men frågan är om denna kris kommer att leda till samma utfall. I ljuset av den polarisering mellan medlemsstaterna som nu är tydlig uppstår frågetecknen om krisen verkligen kommer att leda till ökad integration.

Syftet med denna artikel är att beskriva EU:s befogenhet på politikområdet folkhälsa, förklara hur detta politikområde har utvecklats efter hälsokriser och genom fördragsändringar, och beskriva EU:s agerande under coronakrisen. Frågan om EU kan tänkas få utökad befogenhet efter coronakrisen kommer också att diskuteras. Vad talar för och vad talar emot en utvidgning av EU:s befogenhet? Och möjliggör krisen en hälsounion? Kan coronakrisen ses som ett "window of opportunity" till att inte bara stärka EU:s lagstiftning på området utan också utöka och stärka EU:s befintliga befogenheter på området?

Denna artikel fokuserar enbart på EU:s hälsopolitik, närmare bestämt på EU:s befogenhet och agerande på politikområdet hälsa. Det är naturligtvis även andra politikområden som också nu står i fokus, inte minst de ekonomiska aspekterna. Även demokratin står på sina håll inför utmaningar då vissa medlemsstater har infört ingripande nödlagar utan skönjbara slutdatum (Wetter Ryde i denna volym; Poiares Maduro & Kahn 2020). De olika aspekterna av krisen är naturligtvis tätt sammanflätade: det som görs för att stoppa smittan får till exempel ekonomiska konsekvenser. Krisen visar därför att EU:s befogenhet på området folkhälsa har betydelse långt utöver själva hälsoaspekterna.

Avsnitt 2 beskriver allmänt uppkomsten och utvecklingen av hälsa som ett politikområde i EU. Avsnitt 3 analyserar EU:s befogenhet på folkhälsoområdet. Avsnitt 4 ger en översikt över hur befogenheten har använts, det vill säga vilka rättsinstrument som har upprättats med hjälp av befogenheten. Avsnitt 5 förklarar vilka åtgärder som EU har tagit för att komma tillrätta med coronakrisen. Avsnitt 6 diskuterar kort förslagen om en "hälsounion" och om befogenheten kan tänkas utökas ytterligare efter krisen. Avsnitt 7 presenterar slutsatser.

2. Utveckling av hälsa som politikområde

Hälsa är ett politikområde som traditionellt sett anses ligga den nationella suveräniteten nära. EU:s medlemsstater har varit skeptiska till att samarbeta kring hälsofrågor (Sindbjerg Martinsen 2012). Orsaken sägs vara att hälsopolitik är så tätt sammanknutet med bland annat demokrati, kultur och ekonomisk utveckling. Men trots det har medlemsstaterna ansett att ett visst mått av samarbete ändå krävs. Och det är medlemsstaterna – inte EU:s institutioner – som har lett utvecklingen. Till skillnad från ett land kan EU nämligen inte lagstifta om vad som helst (även om länder naturligtvis också "begränsas" på olika sätt, till exempel av folkrätten). Det krävs att det finns en rättslig grund, det vill säga en fördragsbestämmelse, som ger EU befogenhet att anta lagstiftning – en rättsakt – på

ett visst område. Det här beskrivs ibland som principen om tilldelade befogenheter: EU har bara den makt som medlemsstaterna har tilldelat unionen. Det är med andra ord medlemsstaterna (och inte EU) som beslutar om befogenheterna i EU:s fördrag. Medlemsstaterna är, som det ibland brukar sägas, "fördragens herrar".¹ Det är alltså medlemsstaterna som ytterst bestämmer vad EU får göra och det är därmed medlemsstaterna som har bestämt att EU ska ha befogenhet på politikområdet folkhälsa.

Det ursprungliga EEG-fördraget (fördraget om europeiska ekonomiska gemenskapen, 1958) innehöll inte någon specifik rättslig grund för folkhälsa. Det gjorde däremot kol- och stålfördraget (1952) som innehöll en formulering om hälsa (eg. säkerhet) i arbetet. Även Euratom-fördraget, som handlar om kärnenergi och som upprättades samtidigt som EEG-fördraget, innehöll ett särskilt kapitel om hälsa i arbetet. I EEG-fördraget infördes en formulering om hälsa i arbetet först genom Europeiska enhetsakten (1987) men hälsa var ännu inte ett separat politikområde. Det var först genom Maastrichtfördraget (1993) som en *specifik* rättslig grund om folkhälsa introducerades. Det var alltså först då som EU hade möjlighet att upprätta rättsakter och bestämmelser på området.

Frågan är naturligtvis varför EU:s medlemsstater överhuvudtaget bestämde sig för att hälsa skulle bli en befogenhet för EU. Det finns flera förklaringar. En sådan skulle kunna vara att visa att EU inte bara handlade om marknad och ekonomi utan också kunde ha en "mjukare" funktion. En annan förklaring handlar om kodifiering: att ge EU formell befogenhet inom områden som EU redan hade agerat inom (men genom andra rättsliga grunder). Ytterligare en förklaring handlar om att reducera möjligheten till ytterligare kompetensförskjutningar inom ett område där medlemsstaterna ville behålla kontrollen: utrymmet för EU:s befogenhet skulle definieras och begränsas.

Men EU:s hälsopolitik har också utvecklats kring ett annat spår. Det rör fördragets bestämmelser om den inre marknaden. Redan det ursprungliga EEG-fördraget innehöll bestämmelser om att folkhälsa skulle kunna utgöra *undantag* från fri rörlighet för varor, arbetstagare och etableringar (nuvarande artikel 36, 45 och 52 FEUF). EU-domstolen har därvid i flera domar slagit fast att det finns rättigheter till sjukvård i andra medlemsstater. Som en följd därav har EU antagit lagstiftning om patienters rättigheter till gränsöverskridande vård.² Redan år 1971 antogs en förordning om koordinering av socialsäkerhetssystem

1 Kloppenburg, 3 CMLR p. 18, BVerfGE 75, 242.

2 Se bland annat Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/38/EG om unionsmedborgares och deras familjemedlemmars rätt att fritt röra sig och uppehålla sig inom medlemsstaternas territorier; Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 492/2011 om arbetskraftens fria rörlighet inom unionen, EGT L 158, s. 77; Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård, EUT L 88, s. 45-65.

som skulle ge rätt till sjukvård i andra medlemsstater.³ EU har även använt den fördragsbestämmelse som syftar till att upprätta den inre marknaden (artikel 114 FEUF) för att anta lagstiftning på området hälsa. Redan år 1965 antogs den första lagstiftningen om godkännande av läkemedel.⁴ Det kan tilläggas att det (sedan Europeiska enhetsakten) föreskrivs i artikel 114 att kommissionen i sina förslag om hälsa ska ”utgå från en hög skyddsnivå”.

Slutligen har även mer tveksamma rättsliga grunder använts på hälsoområdet. År 1978 kom till exempel de första forskningsprogrammen på området folkhälsa, trots att det under EEG-fördraget inte fanns någon tydlig rättslig grund för vare sig forskning eller hälsa.⁵ Programmen antogs istället med den så kallade flexibilitetsklausulen som rättslig grund (nuvarande artikel 352 FEUF). Denna fördragsartikel kan användas då en åtgärd anses nödvändig för att uppnå EU:s mål men fördragen inte föreskriver de nödvändiga befogenheterna för detta. Flexibilitetsklausulen började användas ganska frekvent från och med 1970-talet, till exempel på området miljö där EU också länge saknade uttrycklig befogenhet.

3. Snäv befogenhet på hälsoområdet

Enligt den specifika rättsliga grunden om folkhälsa som infördes genom Maastrichtfördraget (artikel 129) skulle EU (som då var EG) bland annat bidra till att säkerställa en hög hälsoskyddsnivå, främja samarbetet mellan medlemsstaterna och stödja medlemsstaternas insatser. Den rättsliga grunden fastställde också att insatserna skulle inriktas på att förebygga sjukdomar och att EU skulle samarbeta med andra organisationer på området (såsom WHO).⁶ EU tilldelades också ett nytt mål för att ”bidra till att uppnå en hög hälsoskyddsnivå”, tillämplig på all politik i unionen.

Genom Amsterdamfördraget (1999) breddades EU:s befogenhet något till att ”undanröja faror för människors hälsa.” Den nya fördragsartikeln underströk också att ”en hög hälsoskyddsnivå för människor skall säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder.” Den utökade befogenheten kan ses mot bakgrund till BSE-krisen (”galna kosjukan”) något som också visade sig i den nya formuleringen att EU skulle

3 Rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjer flyttar inom gemenskapen, EGT nr L 149, s. 2–50.

4 Rådets direktiv 65/65/EEG av den 30 januari 1965 om tillnärmning av bestämmelser som fastställs genom lagar eller andra författningar och som gäller farmaceutiska specialiteter, EGT 22, s. 369–373.

5 Se t.ex. Council Decision 78/167/EEC of 13 February 1978 adopting a concerted project of the European Economic Community in the field of registration of congenital abnormalities (medical and public health research) EGT L 52, s. 20–23.

6 Världshälsoorganisationen (WHO) har upprättat ett rättsligt bindande ramverk som syftar till att förebygga, förhindra och hantera gränsöverskridande hot: det internationella hälsoreglementet (IHR).

få ”besluta om sådana åtgärder på [veterinärskyddsområdet] som direkt syftar till att skydda folkhälsan”.

Genom Lissabonfördraget (2009) blev folkhälsa och hälsoskydd än mer framträdande än tidigare. En ny fördragsartikel infördes (artikel 9 FEUF) som anger att vid fastställandet och genomförandet av sin politik och verksamhet ska EU ”beakta de krav som är förknippade med främjandet av... en hög hälsoskyddsnivå för människor”. Även EU:s rättighetsstadga (som blev rättsligt bindande genom Lissabonfördraget) innehåller en särskild bestämmelse om hälsoskydd. Den handlar om rätt till medicinsk vård för ”var och en” och den fastslår också att ”en hög nivå av skydd för människors hälsa ska säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder” (artikel 35). Stadgan betonar alltså EU:s ansvar och att en särskilt hög nivå ska tryggas i EU:s politik.⁷ Genom Lissabonfördraget introducerades också en tydlig befogenhet för bekämpning av *pandemier*: EU:s insatser ska nu riktas mot ”bekämpning av allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa” (artikel 168 i funktionsfördraget, FEUF).

Men trots att folkhälsa och hälsoskydd har fått en mycket mer framträdande roll så är det tydligt att befogenheten är fortsatt relativt begränsad: alltsedan den specifika rättsliga grunden infördes genom Maastrichtfördraget har det endast handlat om att ”komplettera nationell politik”, ”främja samarbete mellan medlemsstaterna” och ”vid behov stödja deras insatser”. Medlemsstaterna ska i sin tur ”samordna” sin politik i samverkan med kommissionen. EU:s befogenhet på detta område hör därmed till en kategori befogenheter som i fördraget allmänt benämns som ”stödjande, samordnande och kompletterande” (artikel 6a FEUF).⁸ Fördraget förtydligar dessutom att sådana befogenheter *inte får ersätta* medlemsstaternas befogenhet (artikel 2.5 FEUF).

Det handlar alltså om en mjukare typ av åtgärder än vad som är fallet vid de två andra huvudkategorierna befogenheter: exklusiv och delad befogenhet. Exklusiv befogenhet gäller endast på några få områden och betyder att det bara är EU som får lagstifta.⁹ Ett exempel gäller handelspolitiken. Det är EU som representerar medlemsstaterna och medlemsstaterna får inte på egen hand sluta handelsavtal. Delade befogenheter¹⁰ – som gäller på de flesta politikområden – betyder att både EU och medlemsstaterna får lagstifta men att

7 Jfr. miljöskydd (artikel 37) och konsumentskydd (artikel 38) i EU:s rättighetsstadga.

8 Andra områden är industri, kultur, turism, utbildning, ungdomsfrågor och idrott, civilskydd och administrativt samarbete.

9 Det handlar exempelvis om tullunionen och den gemensamma handelspolitiken, konkurrensregler på inre marknaden, penningpolitiken i euroländerna, bevara levande resurser i haven.

10 Delad befogenhet gäller på områdena inre marknaden, viss socialpolitik, ekonomisk och social sammanhållning, jordbruk och del av fiske, miljö, konsumentskydd, transport, energi, frihet, säkerhet och rättvisa, forskning och teknisk utveckling, utvecklingssamarbete och humanitärt bistånd.

medlemsstaterna endast ska utöva sin befogenhet i den mån som unionen inte har utövat sin befogenhet.

Att hälsa är fråga om en ”mjuk” befogenhet för EU blir också tydligt med tanke på vilka medel som står till buds: De åtgärder som EU kan upprätta på området är rekommendationer samt något som benämns som ”stimulans-åtgärder”. Även om det inte framgår vad sådana åtgärder egentligen handlar om, kan man utläsa att det är fråga om något som inte är särskilt ingripande för medlemsstaterna. Fördragstexten uttalar nämligen att dessa åtgärder inte får ”omfatta någon harmonisering av medlemsstaternas lagar eller andra författningar”.¹¹ Förenklat uttryckt betyder det att EU alltså inte kan upprätta direktiv eftersom de ju innebär att medlemsstaterna måste *ändra* i sina nationella lagstiftningar. EU kan inte heller upprätta förordningar eftersom de ju också innebär harmonisering. Enligt Purnhagen m.fl. kan stimulansåtgärder mer specifikt innebära att EU erbjuder medlemsstaterna resurser såsom gemensam utrustning, mänskliga resurser, expertis, administrativ kapacitet eller information (Purnhagen et al. 2020: 5–7).

Sammantaget är det alltså först på senare år som EU har fått befogenhet då det gäller allvarliga gränsöverskridande hot mot hälsa såsom coronaviruset. Men EU:s befogenhet är fortfarande relativt begränsad. Medlemsstaterna bär det huvudsakliga ansvaret. Fördraget betonar till och med att EU ska ”respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård”. Enligt Purnhagen et al. stämmer dock inte riktigt denna ”traditionella bild” av EU:s befogenhet på hälsoområdet (ibid). De anser att man istället måste beakta befogenheterna som en helhet och att de sammantaget utgör ett ”nät” som är starkare än de individuella delarna. Purnhagen et al. förklarar vidare att de rättsliga hindren för att utveckla EU:s hälsopolitik är mindre än vad som ofta hävdas – och att problemet snarare verkar handla om bristande politisk vilja.

Mycket tyder nu på att Purnhagen et al. har rätt i sin bedömning: kommissionen har nämligen nyligen lagt fram ett förslag om en ”hälsounion”. Förslaget tyder på att EU:s befintliga befogenhet rymmer en outnyttjad ”potential” till mycket mer ingående lagstiftning än vad EU har på plats idag. Själva förslaget kommer att diskuteras mer ingående nedan så vi nöjer oss här med att påpeka att det återstår att se om det finns politisk vilja för att realisera kommissionens förslag. Men hur det än blir med den saken så är det intressant att notera att det huvudsakliga problemet inte verkar vara EU:s snäva befogenhet (det bör också påpekas att det återstår att se vad till

11 På några få områden som dock inte är relevanta här (t.ex. ”åtgärder för att fastställa höga kvalitets- och säkerhetsstandarder i fråga om organ och ämnen av mänskligt ursprung, blod och blodderivat”), har EU mer ingripande befogenhet vad gäller folkhälsa (artikel 168.4 FEUF).

exempel rådets rättsavdelning anser om förslaget – om det verkligen ryms inom den befintliga befogenheten eller om det skulle innebära att EU överskrider sin befogenhet).

4. Det institutionella och rättsliga ramverket för hälsofrågor

Efter att folkhälsa hade blivit ett separat politikområde genom Maastrichtfördraget började det institutionella och rättsliga ramverket att ta form. Inledningsvis var frågor om hälsa utspridda på flera olika generaldirektorat. Efter BSE-krisen (galna kosjukan) inrättades år 1999 ett specifikt generaldirektorat: Hälsofrågorna skulle på så vis få högre prioritet och status. Generaldirektoratet benämndes DG SANCO och kom att inbegripa frågor om både folkhälsa och konsumentskydd. Då den nya kommissionen tog vid år 2014 skedde en omstrukturering vilken innebar att konsumentfrågorna lyftes bort. Kvar blev folkhälsa och livsmedelssäkerhet och därmed kom generaldirektoratet att benämnas DG SANTE.

Generaldirektorat anses dock ha en relativt svag ställning och inte vara särskilt betydelsefullt (Vollaard & Sindbjerg Martinsen 2017). Symptomatiskt är att hälsokommissionärens portfölj ofta innehas av kommissionärer från mindre medlemsstater i EU och att den avdelning av DG SANCO som ansvarar för folkhälsa är placerat i Luxemburg – till skillnad från övriga avdelningar som är belägna i Bryssel (även andra ”mindre viktiga” delar av kommissionen såsom den del som ansvarar för Euratom är hänvisade till Luxemburg). Men det är inte långsökt att tro att generaldirektoratet kommer att anses ha en starkare ställning och vara mer betydelsefullt efter coronakrisen.

Till den institutionella strukturen hör också EU:s smittskyddsmyndighet (Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar; European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC).¹² Myndigheten, som för övrigt finns i Sverige, upprättades år 2004 med folkhälsa som rättslig grund (artikel 168 FEUF). Den ansvarar för att analysera och tolka data från EU:s medlemsstater och ge vetenskapliga råd till medlemsstaterna och EU:s institutioner. Vid pandemier utför smittskyddsmyndigheten riskbedömningar för EU. Myndigheten ska dock ”i full utsträckning beakta medlemsstaternas, kommissionens och andra gemenskapsorgans ansvar”.¹³

Av betydelse i sammanhanget är även EU:s läkemedelsmyndighet (European Medicines Agency, EMA). Myndigheten, som finns i Amsterdam, inrättades 1993 (aktiv sedan 1995) med den ovan nämnda flexibilitetsklausulen som

12 Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 851/2004 av den 21 april 2004 om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar, EUT L 142, s. 1–11.

13 Artikel 3 i ibid.

rättslig grund.¹⁴ Den administrerar ett centraliserat förfarande som innebär att läkemedelsföretag ansöker hos EU-kommissionen om ett godkännande om att få sälja ett visst läkemedel i alla EU- och EES-länder. Det finns även ett decentraliserat förfarande som innebär att läkemedelsföretagen ansöker om godkännande till nationella myndigheter (motsvarande det svenska läkemedelsverket). Principen om ömsesidigt erkännande ska då gälla, det vill säga, om ett läkemedel har godkänts i en medlemsstat ska det få saluföras i samtliga medlemsstater. EMA ska också underlätta utvecklingen och tillgången till läkemedel, övervaka att de är säkra under den tiden då de används i EU samt ge information till vårdpersonal och patienter. EMA samarbetar bland annat med myndigheter i medlemsländerna, DG SANTE och ECDC.

Det kan tilläggas i sammanhanget att strax efter att hälsa fick en separat rättslig grund (och därmed blev till ett separat politikområde) började EU lägga fram åtgärdsprogram på folkhälsoområdet. Sedan år 2003 har EU lagt fram *fleråriga* folkhälsoprogram. Syftet är att främja medlemsstaternas samarbete men också att stödja och utveckla EU:s insatser för hälsa och vård, till exempel genom att ta fram underlag för beslutsfattande och forskning. Hittills har tre fleråriga program tagits fram: 2003–2007 (med en budget på 312 miljoner euro); 2008–2013 (budget på 321,5 miljoner euro); och 2014–2020 (budget på 449,4 miljoner euro).¹⁵ Kommissionen har även tagit fram ett förslag för ett program för 2021–2027 med en budget på hela 5 miljarder euro. I skrivande stund förväntas Europaparlamentet och rådet inom kort att anta programmet. Programmets utökade budget understryker vilken betydelse som hälsa nu har fått inom EU.

Men det var alltså först genom Lissabonfördraget (2009) som EU fick befogenhet att anta rättsakter om allvarligt gränsöverskridande hot mot hälsa, som bland annat innefattar pandemier. År 2013 införde EU således en så kallad hälsosäkerhetsram i form av ett beslut.¹⁶ Syftet var att ”förbättra beredskapen i Europa och stärka dess kapacitet att snabbt upptäcka, övervaka och samordna insatser vid hälsokriser som orsakas av smittsamma sjukdomar, biologiska eller kemiska agens eller miljö- och klimathändelser samt hot av okänt ursprung.” Detta beslut är centralt för EU:s möjlighet att agera vid pandemier och utan det hade EU varit betydligt sämre rustat att möta coronakrisen.

14 Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 726/2004 av den 31 mars 2004 om inrättande av gemenskapsförfaranden för godkännande av och tillsyn över humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel samt om inrättande av en europeisk läkemedelsmyndighet, EUT L 136, s. 1–33. Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel [konsoliderad], EGT L 311, s. 67–128.

15 Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 282/2014 av den 11 mars 2014 om inrättande av ett tredje program för unionens åtgärder på hälsoområdet (2014–2020) och om upphävande av beslut nr 1350/2007/EG, EUT L 86, s. 1–13.

16 Europaparlamentets och rådets beslut nr 1082/2013/EU av den 22 oktober 2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 2119/98/EG, EUT L 293, s. 1–15.

Genom beslutet från 2013 upprättades en rad nya ”institutioner” och mekanismer, däribland den så kallade hälsosäkerhetskommittén som är ett rådgivande organ och som består av företrädare för medlemsstaternas regeringar (Sverige representeras av statsepidemiologen vid folkhälsomyndigheten) och kommissionen, som är ordförande.¹⁷ Inom kommittén ska medlemsstaterna utbyta information och erfarenheter vad gäller beredskap och åtgärder. Den ger också kommissionen och medlemsstaterna möjlighet till att samordna de nationella insatserna och risk- och kriskommunikation.

Genom beslutet från 2013 formaliserades även ett nätverk för epidemiologisk övervakning¹⁸ och ett system för tidig varning och reaktion för allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa (Early Warning and Response System, EWRS). Beslutet fastställer också att en medlemsstat får begära bistånd från övriga medlemsstater genom EU:s *civilskyddsmekanism* om ett allvarligt gränsöverskridande hot mot människors hälsa överstiger den nationella insatsförmågan.¹⁹ Civilskyddsmekanismen har tidigare aktiverats av bland annat Sverige (mer precis myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB) och då i samband med de stora skogsbränderna under sommaren 2018. Det resulterade i att ett antal medlemsstater bistod med brandbekämpande resurser.

Det kan också nämnas att det genom beslutet från 2013 inrättades en möjlighet till frivillig gemensam upphandling av ”medicinska motåtgärder” (t.ex. vaccin) mot allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa. Möjligheten till gemensam upphandling tillkom i dyningarna efter svininfluensan, då läkemedelsföretagen spelade ut medlemsstaterna mot varandra (Greer & de Ruijter 2020). Upphandlingsförfarande ska enligt beslutet föregås av ett avtal mellan medlemsstaterna som bland annat fastställer de praktiska villkoren. Ett sådant avtal godkändes av kommissionen år 2014 och coronakrisen tycks nu ha påskyndat processen: Under mars 2020 hade de återstående medlemsstater som ännu inte undertecknat avtalet (däribland Sverige) nu gjort det. Genom avtalet har EU gemensamt upphandlat medicinsk utrustning och vaccin.²⁰ Vi återkommer till hanteringen av vaccinfrågan i avsnittet nedan.

Sammanfattningsvis står nu EU alltså betydligt bättre rustat inför en pandemi som denna än för bara några år sedan. EU har uttrycklig befogenhet att hantera pandemier och EU har även använt denna befogenhet till att upprätta

17 Hälsosäkerhetskommittén har egentligen funnits sedan år 2001 och inrättades då efter farhågor om bioterrorism. År 2004 fick den utökat mandat till att omfatta samordning av nödplaner inom EU vid pandemier. Den formaliserades sedan genom beslutet 2013 som ett svar på svininfluensan.

18 Nätverket upprättades ursprungligen genom Europaparlamentets och Rådets beslut nr 2119/98/EG av den 24 september 1998 om att bilda ett nätverk för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar i gemenskapen, EGT L 268, s. 1–7.

19 Europaparlamentets och rådets beslut nr 1313/2013/EU av den 17 december 2013 om en civilskyddsmekanism för unionen, EUT L 347, s. 924.

20 https://ec.europa.eu/health/preparedness_response/joint_procurement_en.

en rad olika mekanismer och instrument. Nu är det framför allt på nationell nivå som krisen bekämpas, men det är viktigt att understryka att när hoten är gränsöverskridande uppstår samtidigt ett tryck på europeiska lösningar.

5. EU:s svar på att möta krisen

Coronakrisen är i skrivande stund långt ifrån över. Flera vacciner har godkänts, nya är på väg, och massvaccineringar administreras och genomförs. Förhoppningsvis är det nu början till slutet på krisen vi som ser. Hur har EU använt sig av de rättsinstrument som finns på området? Nedan ges en översikt av några av de åtgärder som EU har vidtagit hittills (ej uttömmande och även med brasklapp om att det naturligtvis är fråga om ett rörligt mål eftersom situationen hela tiden utvecklar sig).

I centrum för det inledande svaret på krisen stod frågan om skyddsutrustning. Några medlemsstater, däribland Frankrike och Tyskland, införde exportrestriktioner av sådan utrustning. Flera medlemsstater införde även gränskontroller. Om folkhälsan står på spel får medlemsstaterna visserligen begränsa den fria rörligheten, men i vissa fall vidtog medlemsstaterna åtgärder utan hänsyn till EU-rätten, till exempel kravet på att samordna med kommissionen. När det gäller de stängda gränserna svarade kommissionen med riktlinjer som ska hålla igång godstrafiken inom den inre marknaden, för att förhindra brist på nödvändiga varor.²¹

Också inledningsvis, i slutet av februari 2020, aktiverade Italien EU:s tidigare nämnda civilskyddsmekanism och efterfrågade ansiktsmasker genom centrumet för samordning av katastrofberedskap (Emergency Response Coordination Centre, ERCC). Ingen medlemsstat bistod dock med någonting. I ett tal till Europaparlamentet i mitten av april framförde Europeiska kommissionens ordförande, Ursula von der Leyen, en ursäkt från Europa till Italien²²: hon förklarade att alltför många (medlemsstater) hade varit för sent ute när Italien behövde hjälp. Enligt von der Leyen tog det dock inte lång tid förrän alla insåg att vi måste skydda varandra för att skydda oss själva, och att Europa nu har blivit världens hjärta som slår för solidaritet. Hon beskrev bland annat hur Tyskland lånade ut respiratorer till Spanien, hur Rumänien lånade ut läkare och hur Polen lånade ut ambulanspersonal till Italien. Eftersom EU har begränsade befogenheter på politikområdet folkhälsa blev det tydligt att det istället var medlemsstaterna som måste visa handlingskraft genom att agera solidariskt (se vidare Tiilikainen i denna volym).

21 Meddelande från kommissionen, om genomförandet av gröna körfält enligt riktlinjerna för gränsförvaltningsåtgärder för att skydda folkhälsan och säkerställa tillgången på varor och viktiga tjänster, (2020/C 96 I/01).

22 Speech by President von der Leyen at the European Parliament Plenary on the EU coordinated action to combat the coronavirus pandemic and its consequences, 16 april 2020, Bryssel.

Samtidigt beslutade Europeiska kommissionen inom ramen för civilskyddsmekanismen att upprätta ett beredskapslager som bland annat består av personlig skyddsutrustning i vården (denna möjlighet öppnades sig först genom det ovan beskrivna beslutet från 2013). Detta lager skulle fördelas efter behov av kommissionens centrum för samordning av katastrofberedskap (ERCC).²³

I ett något senare skede kom vaccinfrågan på bordet, vilken ofta framhålls som lösningen på krisen. EU stödjer utvecklingen av vaccin bland annat genom direktfinansiering till forskningsprojekt och genom Europeiska investeringsbankens lånefinansieringsavtal. Som nämnts administrerar EU även ett gemensamt upphandlingsförfarande. Enligt detta förfarande får medlemsstaterna tillgång till vaccinerna samtidigt baserat på befolkningsstorleken. Upphandlingsförfarandet har dock kritiserats för att utgöra en "buyers club rather than a shared resource" och att det inte skulle fungera vid kriser eftersom deltagandet i upphandlingen inte hindrar medlemsstater att samtidigt förhandla fram bilaterala kontrakt med läkemedelstillverkare (Greer & de Ruijter 2020). Dessa farhågor tycks nu ha besannats.

I juni 2020 lade Europeiska kommissionen även fram en vaccinationsstrategi²⁴ som alla medlemsstater har anslutit sig till. Strategin syftar till att säkerställa produktionen av vacciner genom att kommissionen för medlemsstaternas räkning ingår förhandsåtaganden om inköp av vacciner med vaccinproducenter.²⁵ Vaccinproducenter får således förfinansiering för att påskynda utveckling och produktion. EU har säkerställt tillgång till en bred "portfölj" av vaccinkandidater eftersom det är oklart vilka potentiella vacciner som slutligen kommer att bli godkända av EMA och därmed får saluföras i EU (och efter att vaccinet har godkänts och introducerats så kommer vaccinets säkerhet och effektivitet att övervakas av EMA).²⁶

EU har dock fått utstå kritik för att godkännandet av vaccin har dragit ut på tiden (se t.ex. Joanson, 2021). Ett exempel gäller godkännandet av Pfizers/BioNTechs vaccin som tog tre veckor längre tid än Storbritanniens godkännande och tio dagar längre tid än USA:s godkännande av samma vaccin. Man kan därför fråga sig vad denna senfärdighet beror på. Efter krisen kommer det

23 Kommissionens genomförandebeslut (EU) 2020/414 av den 19 mars 2020 om ändring av genomförandebeslut (EU) 2019/570 vad gäller rescEU-resurser för medicinsk lagerhållning C/2020/1827, EUT L 82I, s. 1–5. Bestämmelser om rescEU (som tidigare endast gällde skogsbränder) finns i Europaparlamentets och rådets beslut (EU) 2019/420 av den 13 mars 2019 om ändring av beslut nr 1313/2013/EU om en civilskyddsmekanism för unionen, EUT L 77I, s. 1–15.

24 Meddelande från Kommissionen till Europaparlamentet, Europeiska Rådet, Rådet och Europeiska Investeringsbanken EU:s strategi för vacciner mot covid-19, COM/2020/245 final, Bryssel den 17.6.2020.

25 Avtal ingåtts med Astra Zeneca, Sanofi-GSK och Johnson & Johnson, BioNTech/Pfizer och CureVac. Kommissionen diskuterar i skrivande stund även avtal med Moderna.

26 Europeiska rådets (extra) möte den 2 oktober 2020 – medlemsstaterna uppmanade rådet och kommissionen att intensifiera samordningen och arbetet med utveckling och distribution av vacciner på EU-nivå.

säkerligen att uppstå en debatt om effektivisering av EMA:s verksamhet och mer allmänt om EU verkligen ska ha så långtgående befogenheter på området i kristider eller om det är bättre att godkännanden då sker på nationell nivå.

Kommissionen uppmanade medlemsstaterna redan under oktober 2020 att förbereda en strategi för själva distributionen av vaccinerna²⁷: medlemsstaterna behövde se över sin kapacitet att tillhandahålla vacciner, se till att vaccinerna ska vara tillgängliga till överkomliga priser, och bygga upp allmänhetens förtroende för vaccinetets säkerhet och effektivitet. Kommissionen gav också förslag på vilka grupper som bör vara prioriterade när vaccinet kommer. Under december 2020 rapporterades det dock i Sverige om stora förseningar i regionernas förberedelser, så det är oklart vilket gehör kommissionens uppmaning hade fått.

Som nämndes ovan har den relativt nyinrättade hälsosäkerhetskommittén en viktig funktion vid pandemier eftersom medlemsstaterna ska konsultera varandra inom kommittén. Mellan januari och november 2020 sammanträdde den över 40 gånger. Det återstår dock att se vilken betydelse den egentligen har haft för att stoppa smittan. Även EU:s smittskyddsmyndighet ECDC bör nämnas i detta sammanhang. Myndigheten måste dock ha ansetts haft en ganska undanskymd roll i denna pandemi. Som nämnts ansvarar den endast för att analysera och tolka data från EU:s medlemsstater, ge vetenskapliga råd till medlemsstaterna och EU:s institutioner samt utföra riskbedömningar för EU.

Åsikterna går isär huruvida EU var förberett för krisen och huruvida EU:s agerande har varit effektivt och huruvida det kom i rätt tid (Clemens & Brand 2020). Men det är tydligt att det främst är medlemsstaterna som har möjlighet till att stoppa smittan: det är endast medlemsstaterna som har befogenhet att införa lockdown, begränsningar i antal för allmänna sammankomster, etc. EU:s roll handlar främst om koordinering, delning av information och på olika sätt ge stöd till medlemsstaterna (genom t.ex. vetenskapliga råd).

6. Möjliggör krisen en hälsounion?

Frågan har redan väckts hur EU:s svar kan stärkas både vad gäller denna kris och framtida kriser. I centrum för denna diskussion finns idén om en "hälsounion" (Vollaard & Sindbjerg Martinsen 2017). Men vad innebär egentligen detta begrepp? Det är viktigt att påpeka att det inte är fråga om en primärrättslig skapelse likt *Europeiska unionen* eller tidigare *Europeiska gemenskapen*; det handlar inte om att upprätta ett nytt fördrag mellan medlemsstater. "Hälsounion" ska snarare ses som ett retoriskt "buzz word" som markerar "nystart": en möjlighet till att ta ett helhetsgrepp på området hälsa och att visa

27 Meddelande från kommissionen, Beredskap inför covid-19: vaccinationsstrategier och vaccininsatser, COM(2020) 680 final, Bryssel den 15.10.2020.

på handlingskraft, riktning och enighet. Det är inte heller första gången som begreppet "union" används i detta syfte. Under senare år har flera sådana unioner föreslagits (och "upprättats") kring olika frågor, däribland bankunionen, energiunionen och säkerhetsunionen (som nu är på förslag).

Det finns också specifika definitioner av vad begreppet hälsounion innebär. Enligt Vollaard och Sindbjerg Martinsen till exempel, kan en hälsounion definieras som en uppsättning gemensamma värden och principer som styr hälso- och sjukvårdssystemen, gemensamma institutioner och en gemensam reglering eller finansiering av (delar av) sjukvårdssystemen (ibid., 338). De hävdar också att en hälsounion kan variera i styrka beroende på om värden, riktlinjer och lagstiftning är bindande och enheterna i unionen är ömsesidigt beroende och knutna till varandra.

Enligt Vollaard och Sinbjerg Martinsen höll en sådan hälsounion redan på att "framträda" före krisen. Men oavsett hur det ligger till med den saken så har diskussionen om vad EU bör göra nu tagit ny fart. Kommissionens ordförande Ursula von der Leyen framhöll i sitt tal den 16 september 2020 "om tillståndet i unionen" om behovet av att stärka EU:s hälsounion. I november 2020 presenterade sedan kommissionen den första "byggstenen" till en hälsounion²⁸ i form av en uppsättning nya lagförslag²⁹: en ny förordning om allvarliga gränsöverskridande hälsohot (som ska ersätta det nuvarande beslutet från 2013 som har beskrivits ovan) samt två förordningar som ändrar i de nuvarande två förordningarna om EU:s smittskyddsmyndighet (ECDC) respektive läkemedelsmyndighet (EMA).

Enligt kommissionen handlar hälsounionen om att EU ska rustas "för att förebygga, förbereda sig inför och hantera hälsokriser både i EU och globalt." Mer specifikt föreslås bland annat att EU ska få befogenhet att utropa hälsokriser, vilket i nuläget är någonting som endast WHO kan göra. Kommissionen föreslår också att upprätta en ny EU-myndighet med specifikt ansvar för hälsokriser. Vidare ska medlemsstaterna bli tvungna att förmedla mer data till EU om nationella förhållanden, till exempel antal IVA-platser och annan kapacitet. Kommissionen föreslår också att EU:s smittskyddsmyndighet ska få ge policyrekommendationer till medlemsstater – i nuläget är myndighetens befogenhet som beskrivits ovan begränsad till att utge vetenskapliga data. Det föreslås också att EU:s läkemedelsmyndighet ska få hantera brist på medicin och medicinska produkter.

Förslagen om en hälsounion handlar således om att EU ska använda sin *befintliga* befogenhet på ett bättre sätt. Några förslag om att *ändra* i EU:s

28 Det bör här påpekas att kommissionen är tvetydig vad gäller begreppet hälsounion. Enligt von der Leyens tal verkar det vara fråga om att *stärka* en hälsounion som redan är på plats medan kommissionen i sitt meddelande uttalar att det handlar om att *upprätta* en hälsounion.

29 Meddelande från Kommissionen, Skapande av en europeisk hälsounion – förstärkning av EU:s resiliens mot gränsöverskridande hot mot människors hälsa, COM(2020) 724 final.

fördrag, det vill säga *utöka* EU:s befogenhet på hälsoområdet ligger dock ännu inte på bordet. EU:s befogenhet på området folkhälsa är ju som nämnts begränsad i jämförelse med många andra politikområden.

Mycket tyder däremot på att frågan om utökad befogenhet kan komma att lyftas framöver. Kommissionen nämner i sitt meddelande om en hälsounion att frågan bör diskuteras vid den stundande så kallade framtidskonferensen som kommer att inledas i samband med Europadagen den 9 maj 2021. Även von der Leyen underströk vid sitt tal som nämndes ovan att EU:s befogenheter på hälsoområdet bör diskuteras vid denna konferens. Europaparlamentet, rådet och kommissionen har nyligen (mars 2021) kommit överens om formerna för denna konferens. Betoningen ligger på det deltagardemokratiska elementet. Institutionerna lämnar några förslag på frågor som kan diskuteras och även om inte hälsounionen nämns uttryckligen så lämnar de relativt öppet för medborgarna att själva föra upp frågan på agendan.³⁰

Det är vidare oklart vad kommissionen egentligen avser med *utökade befogenheter* på detta område. En fördragsändring skulle till exempel krävas för att ge EU:s smittskyddsmyndighet befogenhet att överta den svenska folkhälsomyndighetens roll att utfärda föreskrifter som till exempel syftar till att förhindra smitta på restauranger och kaféer eller att bära ansiktsmask. Men det är otänkbart att medlemsstaterna skulle gå så långt eftersom det skulle innebära avsevärda inskränkningar i den nationella suveräniteten. I vissa fall skulle det dessutom kanske krävas ändringar av grundlagar och säkerligen också i Sveriges fall.

Frågan om krisen möjliggör en hälsounion innefattar alltså egentligen två frågor: 1) om EU kan använda sig av den befintliga befogenheten på ett bättre sätt (enligt de förslag som kommissionen nu har lagt fram); och 2) om medlemsstaterna är villiga att ge unionen större befogenheter genom att ändra i fördragen (det vill säga i artikel 168, den rättsliga grunden för folkhälsa). Den första frågan blir därmed ett lackmustest för den andra frågan: det är otänkbart att medlemsstaterna skulle tilldela EU utökade befogenheter om EU inte skulle lyckas anta förslagen om en hälsounion.

Något som talar för utvidgad befogenhet skulle kunna vara om det skulle visa sig vara mer effektivt att bekämpa smittan på ett centraliserat snarare än decentraliserat sätt. Det finns möjligtvis vissa fördelar med större EU-samordning genom till exempel harmonisering av testmetoder, datainsamling, och råd och bestämmelser vad gäller karantän och social distansering. Genom större samordning skulle det till exempel kanske inte anses vara nödvändigt att stänga gränserna som nu har skett. Coronakrisen har visat att en pandemi och skydd för människors hälsa i högsta grad är en fråga med en gränsöverskridande

30 Gemensam förklaring om konferensen om Europas framtid, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/sv_-_gemensam_forklaring_om_konferensen_om_europas_framtid.pdf.

dimension. Det är därmed ett område som typiskt sett omfattas av subsidiaritetsprincipen, en grundläggande lagstiftningsprincip i EU (artikel 5.3 FEU): ett mål för en planerad åtgärd som inte i tillräcklig utsträckning kan uppnås av medlemsstaterna, utan bättre kan uppnås på unionsnivå. Centralisering verkar därmed ligga nära till hands.

Men det kan också vara så att ett mer *decentraliserat* tillvägagångssätt kanske är mer effektivt därför att det tar hänsyn till regionala skillnader (och kanske även kulturella skillnader) jämfört med ett *centraliserat* förfarande som måste passa alla ("one fits all"). Om EU trots det skulle tilldelas utökade befogenheter inom området folkhälsa så skulle man därför kunna anta att andra skäl ligger bakom, som till exempel identitet och statsbygge.

7. Slutsatser och avslutande diskussion

Hälsa är ett politikområde som EU:s medlemsstater traditionellt sett har varit ovilliga att samarbeta inom. Men trots denna motvilja har samarbetet inom EU bara blivit tätare och tätare: EU har fått utökade befogenheter för varje fördragsändring och har också använt sina befogenheter till att upprätta allt fler rättsinstrument, mekanismer, och myndigheter. Denna utveckling ska ses som ett svar på en rad olika hälsokriser som har briserat sedan 1990-talet. Men det som överhuvudtaget möjliggjorde denna utveckling var naturligtvis att EU genom Maastrichtfördraget tilldelades befogenhet på detta politikområde (även om, som beskrivits ovan, EU redan *innan* hade antagit rättsakter på detta område trots avsaknaden av uttrycklig rättslig grund). Det är tack vare denna utveckling som EU har kunnat anta rättsakter som syftar till att bekämpa allvarliga hälsohot som pandemier, särskilt EU:s "hälsosäkerhetsram" från 2013. Det bör betonas att EU därför stod betydligt bättre rustat inför coronakrisen än för bara några år sedan.

Krisen har inneburit ett "stresstest" för det befintliga ramverket och frågan är om EU:s svar kan anses tillräckligt starkt. EU:s åtgärder har till stor del bestått av koordinering och samordning. Hyllningarna av den gemensamma upphandlingen av vaccin, som inledningsvis räknades som en stor framgång, byttes snart ut mot kritik: EU var (bland annat) alltför senfärdigt med att godkänna av vaccin. Kommissionen hävdar att det krävs mer och har därför lagt fram förslag om en hälsounion. Nästa steg är att Europaparlamentet och rådet diskuterar förslaget och sedan (möjligtvis) antar det med eller utan ändringar.

Kan vi förvänta oss att EU får utökade befogenheter på hälsoområdet efter coronakrisen? Kommissionen har som nämnts uppmanat till att inleda diskussioner om utökade befogenheter. Det som är avgörande för denna diskussion är hur det går med kommissionens förslag om en hälsounion. Förslagen visar nämligen att EU kan göra mer inom ramen för den befintliga befogenheten.

Det är därmed otänkbart att nya befogenheter skulle tilldelas EU om inte de befintliga befogenheterna kan utnyttjas optimalt.

Coronakrisen är den senaste i en lång rad av kriser som har präglat unionen under det senaste decenniet, däribland den ekonomiska krisen (och eurokrisen), migrationskrisen, Brexit, och rättsstatskrisen (som fortfarande pågår). Som nämnts hävdas det ofta att kriser stärker EU och tenderar att leda till mer integration, inte mindre. Kriser skulle därmed leda till att medlemsstaterna ger sitt stöd till att utveckla politikområden, inkluderat annars ovilliga medlemsstater. Enligt Riddervold et al. har EU varit "förvånansvärt kapabel" när det gäller att hantera dessa kriser genom anpassning, reform och fördjupat samarbete. De hävdar till och med att kriser därför inte längre utgör något existentiellt hot mot EU (Riddervold, Trondal & Newsome 2021).

Gäller då devisen att EU alltid går stärkt ur kriser även för denna kris? Inte nödvändigtvis. Det råder andra förutsättningar än till exempel då den ekonomiska krisen briserade under 2008–2009: EU har aldrig varit så polariserat som det är idag. Röster börjar till och med höras om att kasta ut de medlemsstater som inte respekterar EU:s värden. EU-samarbetet har dessutom testats och ställts på sin spets många gånger under de senaste åren och vissa forskare hävdar att dessa kriser har transformerat EU till att bli mer differentierat (Båtora & Fossum 2020).

Frågan är också vad som egentligen avses med att EU "går stärkt ur en kris" (begreppet "resiliens") i detta sammanhang. Räcker det med att EU antar kommissionens förslag om en hälsounion eller skulle det krävas att EU:s befogenheter *utökas* på hälsoområdet som en följd av krisen? Men det är möjligt att det inte är på hälsoområdet som det hela avgörs utan snarare på det ekonomiska området. Samarbetet på hälsoområdet måste ju till viss mån ändå sägas ha fungerat relativt väl. EU kommer därför endast att tilldelas större befogenhet på detta område om medlemsstaterna ser att det finns något mervärde.

Litteraturlista

- Båtora, Jozef & Fossum, John Erik (red.), 2020. *Towards a segmented European political order: The European Union's post-crises conundrum*. London: Routledge.
- Bengtsson, Louise & Rhinard, Mark, 2019. "Securitisation across borders: the case of 'health security' cooperation in the European Union", *West European Politics* 42(2), s. 346–368.
- Clemens, Timo & Brand, Helmut, 2020. "Will COVID-19 lead to a major change of the EU Public Health mandate? A renewed approach to EU's role is needed", *European Journal of Public Health* 30(4), s. 624–625.
- de Ruijter, Anniek, 2019. *EU Health Law & Policy: The Expansion of EU Power in Public Health and Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Greer, Scott & de Ruijter, Anniek, 2020. "EU Health Law and Policy in and After the COVID-19 Crisis", *The European Journal of Public Health* 30(4), s. 623–624.

- Hervey, Tamara K. & McHale, Jean V., 2004. *Health Law and the European Union*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hooghe, Liesbet & Marks, Gary, 2019. "Grand theories of European integration in the twenty-first century", *Journal of European Public Policy* 26(8), s. 1113–1133.
- Joanson, Ove, 2021. DN Debatt: "Vaccineringen nästa katastrof i Sveriges coronahantering", *Dagens Nyheter*, 2021-01-09.
- Milward, Alan S. (with the assistance of George Brennan and Federico Romero), 1992. *The European rescue of the nation-state*. London: Routledge.
- Poiaries Maduro, Miguel & Kahn, Paul W. (red.), 2020. *Democracy in Times of Pandemic: Different Futures Imagined*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Purnhagen, Kai P., De Ruijter, Anniek, Flear, Mark L., Hervey, Tamara K. & Herwig, Alexia, 2020. "More Competences than You Knew? The Web of Health Competence for European Union Action in Response to the COVID-19 Outbreak", *European Journal of Risk Regulation* 11(2), s. 297–306.
- Riddervold, Marianne, Trondal, Jarle & Newsome, Akasemi (red.), 2021. *The Palgrave Handbook on EU Crises*. London: Palgrave Macmillan.
- Sindbjerg Martinsen, Dorte, 2012. "The Europeanization of healthcare: processes and factors", i Theofanis Exadaktylos & Claudio Radaelli (red.), *Research Design in European Studies: Establishing Causality in Europeanization*. Houndmills Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Södersten, Anna, 2020. "Solidaritet i coronakrisen", *Perspektiv*, Sieps.
- Vollaard, Hans & Sindbjerg Martinsen, Dorte, 2017. "The rise of a European healthcare union", *Comparative European Politics* 15(3), s. 337–351.