

Den norske velferdsstaten og EU

Av Else Øyen, professor i helse- og sosialpolitikk
Universitetet i Bergen

Sentralt i diskusjonen om medlemskap i EU står spørsmålet om hva som vil skje med den norske velferdsstaten dersom Norge går med i EU. Svaret er ikke enkelt, men en første avklaring får man ved å skille mellom de formelle avtaler som har betydning for den norske velferdsstaten under EØS/EU, og de beslutninger som tas utenfor de formelle avtaler.

De formelle avtaler

I prinsippet får Norge lov til å gjøre med velferdsstaten omtrent det vi vil. Både EØS-avtalen og den ferdig forhandlede EU-avtale om det sosiale område tillater Norge å beholde trygdene, øke sosialhjelpen, senke nivået på helsetjenester, eller slutte å bygge ut institusjoner for syke og eldre. Hittil har EU rett og slett ikke brydd seg

om slikt. På noen få områder har EU satt krav om minstandarder. Disse er ikke relevante for Norge som allerede har høyere standarder.

For EU er det *arbeidstakerne* og *arbeidslivet* som er i fokus. Den «sosiale dimensjon» i EU er «de samlede tiltak på fellesskapelig nivå som har til hensikt å bedre innbyggernes og særlig arbeidstakernes leve- og livsstandard». Det har medført at nesten all den sosialpolitiske lovgivningen innen EU er rettet mot å sikre arbeidstakernes rettigheter.

Dette er i overensstemmelse med den fremherskende velferdsstatmodell innen EU hvor velferdsrettigheter langt på vei er knyttet til yrkesaktivitet. Det er ikke i overensstemmelse med den nordiske velferdsstatmodell som er basert på prinsippet om *universelle* rettigheter, dvs. at *alle* borgere, også de ikke-yrkesaktive, skal ha rettigheter innen velferdsstaten, garantert av det offentlige.

Om EU ikke bryr seg om hvorvidt Norge fortsetter å bygge ut eller legge ned velferdsstaten, så bryr EU seg om på hvilken måte det skjer.

Dette har sammenheng med at de 4 frihetene står sentralt i EØS/EU. Den frie bevegelse av *arbeidskraft* og *tjenester* betyr sannsynligvis ikke så mye for ansatte innen velferdsstaten, fordi det kreves norsk-kunnskaper for å utøve de fleste profesjoner innen helse- og sosialsektoren. Problemene med den frie bevegelse av *teknologi* avspeiles allerede i diskusjonene om blant annet den norske medisinallovgivning og bruk av genmateriale og blodprodukter.

Den frie bevegelse av *kapital* blir sannsynligvis den største trusselen mot den norske velferdsstatmodellen. Prinsippet om lik adgang til helsegoder vil bli utfordret. Private sykehus er blitt en industri på lik linje med andre industrier. Tysk kapital har for eksempel investert i private sykehus rundt omkring i verden, spesialisert i forhold til



velstående pasienter, og delvis med bruk av høyteknologi. Hvis Norge oppfattes som et lønnsomt marked, skal det bli vanskelig å avvise kommersielle helseinstitusjoner.

Den frie bevegelse av kapital har også betydning for det private forsikringsmarkedet som med sterk europeisk kapital i ryggen, vil presse ytterligere for å overta for de universelle trygdeordninger. I verste fall kan man tenke seg en situasjon hvor det statlige monopol utfordres. Kjøp av private forsikringsordninger, inklusiv helseforsikringer av ulike sorter, kan i første omgang se ut som et tilskudd til offentlige trygder. I neste omgang vil private helseforsikringer bidra til å underminere det offentlige helsevesen, fordi de som har private og mer lukrative ordninger ikke lenger vil støtte opp om universelle ordninger som de selv får relativt mindre utbytte av.

Det er slik markedet virker, også innen velferdsstaten. Og i den forbindelse er det viktig å ta et historisk tilbakeblikk. Velferdsstaten ble i sin tid skapt som en buffer mot markeds-kreftene. Hvis markeds-kreftene styrkes, må også velferdsstaten styrkes, om Norge fortsatt vil sikre levekårene for de som ikke deltar på arbeidsmarkedet.

De uformelle beslutninger

Det er lettere å forholde seg til de formelle avtaler, enn til de uformelle beslutninger. De formelle avtaler er i alle fall synlige, selv om de er diffuse og kan tolkes på flere måter. De beslutninger som tas utenfor det formelle EU-apparat, er langt på vei usynlige. Derfor er det også vanskeligere å forholde seg til dem og å påvirke dem.



Over tid kan de mange små beslutninger rettet mot en EU-tilpasning av den norske velferdsstaten, være en større trussel mot velferdsstaten enn de formelle avtaler.

Innen Sosial- og helsedepartementet skjer det fortløpende endringer i vedtekter og organiseringen av helse- og sosialsektoren. Det er vanskelig å vite hva som er EU-tilpassing og hvilke endringer som ville ha kommet i alle fall. Når markeds-kreftene siger inn i helsevesenet, med vekt på lønnsomhetskriterier og stadig større bruk av egenbetaling og private klinikker, er det da uttrykk for EU-tilpassing? Når vilkårene strammes for enslige forsørgere, uføretrygdde og arbeidsledige, er det da en tilnærming til den dominerende modell innen EU? Når det sendes ut en prøveballong for å teste muligheten for å la yrkesaktive gå foran yrkespassive i helsekøen, kan det da ses som enda et skritt i retning av EU-modellen? Her er det ikke mu-

lig å bevise verken det ene eller det andre. Men det som i alle fall er helt klart, er at EU-ideologien om større rom for markeds-krefter, prissetting av tjenester, konkurransedyktighet, forventninger om økonomisk lønnsomhet og økonomisk vekst, sniker seg inn i alle departementale kroker. Så lenge det er forventninger om at Norge skal bli del av EU, vil EU-ideologien stå som en usynlig ramme rundt de beslutninger som fattes.

Brukere og medinteressenter i velferdsstaten påvirkes av de rasjonelle økonomiske argumenter og beslutninger som kryper inn og underminerer det ideologiske og etiske fundament for velferdsstaten. Uten refleksjon aksepterer vi litt etter litt de små endringer og nye normer for rettferdighet, på samme måte som vi langsomt har akseptert en økende arbeidsledighet og en økende avstand mellom rik og fattig.