

Det forberedes et fritt marked for helsetjenester innafor EU. I to kronikker vil Bjørg Njaa og Siri Jensen ta opp EU/ EØS' virkning på helsepolitikken.

Siri Jensen er faglig leder i AKP.

Bjørg Njaa er sosiolog og medlem av representantskapet i Oslo «Nei til EU».



# EU og helsetjenestene

**R**EGJERINGA, og EU-tilhengere, understreker ved enhver anledning at helse og sosialpolitikken er nasjonalstatenes oppgave, og at vi kan fortsette vår politikk uavhengig av EØS-avtale og EU-medlemskap. Samtidig har det fra mange hold, også fra tilhengere av EØS/EU, blitt påpekt at grunnlaget for å føre en tradisjonell nordisk velferdspolitikken basert på solidariske verdier, vil bli svekket. Likevel har EU-motstanderne ikke klart å gi spørsmåla den plass i debatten de bør ha. Den debatten som har vært ført, har etter vårt syn i for liten grad vært ført på et plan som angår folks dagligliv. Dette til tross for at store deler av kvinners syn på EU trolig er knytta til velferdsstatens framtid.

Også helsevesenet er underordna «fri flyt»

Den felles EU-politikken angår helse på flere ulike måter: 1. Den generelle økonomiske politikken har nedskjæring i offentlige utgifter som et viktig element. EU-landa har vært kjennetegnet av harde nedskjæringer i offentlig sektor siden slutten av 80-tallet. Dette forsterkes av Maastrichttraktatens krav til unionsmedlemskap: at underskuddet på statsbudsjettet ikke skal overstige 3 prosent av BNP.

Harmonisering av skatte- og avgiftspolitikken vil gi lavere offentlige inntekter, beregnet til et tap på mellom 16 og 23 mrd årlig. EUs retningslinjer for den økonomiske politikken slår også fast at skattene skal senkes ytterligere.

2. Selv om helsevesen og helsepolitikk formelt sett ikke har vært et EU-anliggende, er det viktig å slå fast at også helsevesenet er underordna EUs overordnede prinsipp: fri flyt av kapital, varer, tjenester og arbeidskraft; dvs. markedskreftene.

Dette betyr at nasjonale ordninger og en nasjonal politikk i strid med disse prinsippene, må vike. Og at helsevesenet ikke kan unndras lønnsomhetskriterier og forretningsmessig drift. Med andre ord vil EU i praksis få stor innflytelse på premissene for det enkelte lands helsepolitikk, uavhengig av hvilken formell status helsevesenet har i EUs traktatgrunnlag.

Samtidig varsler også Maastricht-avtalen en mer direkte interesse for helsepolitikk, i og med at folkehelse («public health») er traktatfestet som samarbeidsområde, sammen med for-



I dag kreves statlig godkjenning for å etablere sykehus i Norge, og dette er formelt ikke-diskriminerende lovgivning. Foto: Klassekampen

brukervern. (paragraf 128 og 129). 3. Det har også før Maastricht-avtalen foregått et formelt og uformelt samarbeid med sikte på å utvikle felles tenkning omkring helsepolitikken gjennom:

– møter mellom helseministrene. – seminarer om innføring av markedsystemer og konkurranse, oppsummert i bøkene: *Competitive Health Care in Europe* og *Health Care in Europe after 1992*, begge av Casparie, Hermans og Paelinck.

– «The hospital committee of the European Community», opprettet i 1966. I regi av dette samarbeidet er det gitt en rekke anbefalinger vedr. EU-sykehus og helseprofesjoner, terminologi, sykehuspasienters rettigheter, sykehus, planlegging og ledelse, medisinsk etiske spørsmål etc.

– Et utvekslingsprogram for unge sykehusadministratorer, opprettet i 81, med subsidier fra EU, som i 1989 besluttet å sette igang en rekke tiltak for europeiske sykehus.

Selv om det understrekes at landa er ulike og at samarbeidet ikke innebærer felles sykehuslovgivning, dreier det seg om en gradvis utforming av felles mål. Og retningen er entydig – mer konkurranse og marked som drivkraft for å få ned utgifterne og lønnsomhet som overordna prinsipp. Det forberedes et fritt marked for helsetjenester innafor EU.

4. Grunnprinsippene for det indre markedet, de fire «frihetene», legger som allerede nevnt avgjørende premisser for utviklinga av helsevesenet. Delvis skjer dette direkte gjennom direktiver, men minst like mye gjennom at markedskreftene styrker seg på alle områder. Av områder som er

regulert av direktiver for å sikre fri flyt kan vi nevne:

- \* Forsikringstjenester
- \* Etableringsrett for helsepersonell
- \* Trygderettigheter
- \* Medisiner

Både de fire overordnede «friheter», og direktivene som er en nødvendig følge av dem, står i grunnleggende motsetning til det norske planstyrte helsevesenet og dets verdigrunnlag som innebærer at staten skal ta et helhetlig ansvar for innbyggerne i eget land, uavhengig av inntekt, alder, bosted/geografisk tilhørighet, finansiert av alle gjennom skatten. EU/EØS innebærer at finansiering og organisering skal tilpasses et regime der kapital, tjenester, varer og arbeidskraft skal flyte over landegrensene. Om det legges nasjonale hindre for mobiliteten, kan EU-domstolen gripe inn. Rettigheter knytta til at du er innbygger i Norge og som ikke kan tas med til andre EU/EØS-land, kan være et slikt hinder.

Større innflytelse for markedskreftene fører med nødvendighet til økning i antallet private, kommersielle helseinstitusjoner, og det er da også hensikten. Helsetjenester blir en vare som kan kjøpes for penger; profittmulighetene er store. Stadig ny teknologi og videre innstramminger i det offentlige helsevesen setter fart i en slik utvikling og skaper et stadig større marked.

I dag kreves statlig godkjenning for å etablere sykehus i Norge, og dette er formelt ikke-diskriminerende lovgivning (gjelder både nordmenn og utlendinger). Samtidig kan det være vanskelig å nekte opprettelse av sykehus som skal ta seg av lidelser der det er lange ventelister, eller som ikke er prioritert i det offentlige helsevesen.

Offentlig innsparing driver fram kommersielle tilbud. Else Øyen, professor i sosialpolitikk, sa på en høring om EU/EØS 12. mars i år at hun mente det i praksis ville være vanskelig å hindre etablering av private sykehus. Helsepersonell, som f.eks. leger, kan dessuten fritt etablere seg i Norge, og grensene mellom legefelleskap og poliklinikker/sykehus kan være flytende. Professor Per Kuile fra Nederland, slo på «Nei til EU»s konferanse i Oslo i mars fast at dette ikke er mulig å nekte; andre var mer i tvil. Her dreier det seg om private sykehus for profitt. Både i Norge og ellers i EU finnes private ikke-profitable helseinstitusjoner som drives med offentlig støtte. Utviklinga fører til at disse i større grad nå blir kommersielle.

\* Forsikringselskapene og fri flyt av

forsikringstjenester vil spille en svært viktig rolle som drivkraft for et mer markedsbasert helsevesen:

– privat helseforsikring, både individuelle og kollektive gjennom arbeidsgiver, vil være det viktigste finansieringsgrunnlaget for private, kommersielle helseinstitusjoner.

– mer omfattende helseforsikring knytta til jobb vil øke skillene mellom yrkesaktive og de som ikke er i fast jobb. Dette vil bidra til en utvikling i retning et todelt system, med forsikringsfinansiert helsetjeneste med bedre tilgjengelighet og kvalitet for dem som har jobb og statlig minimum for dem uten.

\* Adgang til å ta med seg trygderettigheter og rettigheter til helsetjeneste på tvers av landegrensene utgjør en drivkraft for utforming av enhetlige og forenklede systemer. Presset vil gå i retning av at ulike former for forsikringssystemer overtar for generelle offentlige ordningerm, med standardpriser for behandlingsopplegg. Dette står i motsetning til et skattefinansiert system med like rettigheter for alle. Det fremmer et syn på helse som vare, og svekker prinsippet om helhetlig behandling av mennesker.

\* Fri flyt av medisiner innebærer at et medikament som er godkjent i ett EU/EØS-land også må godkjennes i

**Fri flyt av medisiner**

de andre. Dette undergraver muligheten for en restriktiv nasjonal politikk for godkjenning og for å begrense antallet medikamenter. Norges system, som altså nå er i strid med EØS-avtalen, er forøvrig anbefalt av WHO.

\* Fri flyt av helsepersonell innebærer direktiver om gjensidig godkjenning av utdanning og yrkesopplæring. Dette betyr at grupper med kortere utdanning og/eller utdanning på lavere nivå, f.eks. sykepleiere og psykologer, har krav på offentlig godkjenning i Norge. Det betyr også at f.eks. hjelpepleiere uten formell utdanning, men med praktisk erfaring, ikke kan nektes offentlig godkjenning. Språkproblemer og Norges beliggenhet vil trolig begrense omfanget, men vi kan likevel ikke se bort fra en viss signaleffekt. Det vil kunne bidra til å presse lønningene nedover, særlig for de som fra før ligger lavest, og det kan bidra til senkede kvalitetskrav.

Konsekvensene av det indre markedet og de ulike direktivene knytta til det gjelder like mye ved en EØS-avtale som ved EU-medlemskap.