

hva de lovet. Vil alle EU-tilhengerne faktisk arbeide for å begrense EUs makt, eller glemmer de det like raskt igjen? I Folkebevægelsen mod EU har vi tænkt å minne dem om deres løfter, og den dag i dag administrerer regjeringen stadig etter EUs regler om barnetrygd, selv om praksisen er i direkte motstrid med dansk lov. Regjeringen har nemlig ikke kunnet få flertall i Folketinget for å endre den danske lovgivningen. Dermed har vi også fått slått det ubetinget fast: EU-lov står over dansk lov, og det er enklere for en dansk regjering å bryte med dansk lov enn med EU-lov. Det sier da noe om styrkeforholdet.

Artikkelen er oversatt fra dansk.

28 %

28 prosent av barna i EU-landene er fattig eller sosialt utestengt. Det viser Redd Barna-rapporten *Child Poverty and Social Exclusion in Europe* fra april 2014. I perioden 2008 til 2012 økte antallet fattige barn med én million. Økningen har vært størst i Bulgaria, Ungarn, Hellas, Irland og Latvia. Mer overraskende er det at også Sverige er blant landene med høy økning av fattige barn. Rapporten beskriver disse utviklingstrekkene:

- Avstanden mellom fattig og rik øker.
- Økningen i antallet fattige barn er størst de siste årene.
- Landene som har klart å snu økonomien ut fra EUs krav har ikke nødvendigvis samtidig redusert barnefattigdommen.

Hvem som er fattig eller sosialt utestengt er basert på den såkalte AROPE-indikatoren. Den måler tre forhold. For det første personer som lever i husholdninger med disponibel inntekt under fattigdomsgrensen (60 prosent av medianinntekten i landet). For det andre personer i husholdninger med svært lav yrkesaktivitet, der de i arbeidsfør alder (18-59 år) har arbeidet mindre enn 20 prosent det siste året. Folk som ikke har råd til en del definerte kostnader som en ukes ferie borte fra hjemmet i løpet av et år, et måltid med fisk eller kjøtt annenhver dag og tilstrekkelig oppvarming av hjemmet.

Redd Barna-rapporten har også tall for Norge, Island og Sveits. Ut fra AROPE-indikatoren er det 140 000 barn i Norge som vokser opp i dårlige levekår.



Foto: Geir Mogen / NTNU

- EØS-avtalen representerer et kontinuerlig trykk for markedsretting

Professor i sosialmedisin Steinar Westin ser en markedsgjøring av helse i Europa: – Det er et påtrykk for å skape systemer for kjøp og salg, og dette kamoufleres som pasientrettigheter.

Steinar Westin intervjuet av Morten Harper

Steinar Westin er lege og professor i sosialmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU i Trondheim. Han har publisert en rekke studier om relasjonen mellom sosial ulikhet og helse, og har skrevet flere lærebøker blant annet i sosialmedisin. Westin var inntil nylig leder av Helsedirektoratets Fagråd for sosial ulikhet i helse. Ved siden av sin akademiske forskning og undervisning, er han deltids fastlege ved Mathesongården legesenter i Trondheim.

Helsesektoren har tradisjonelt vært ansett som et område det enkelte EU-land styrer over, men vi ser stadig eksempler på at EU-regler griper inn. Hvor stor innvirkning har EU på europeisk helsesektor?

Føringene i EU-regelverket viser at man er entydig opptatt av konkurranse. Måten EU griper inn i helseområdet på, bygger også på ideer om at konkurranse skal være et gode, selv på områder der det ikke er egnet. EU har et vedvarende trykk på å legge flere og flere sektorer ut på et kommersielt marked.

Det var særlig to store sektorer som ble løftet ut av markedet etter andre verdenskrig: helse og utdanning.

De skulle være et offentlig ansvar, betalt gjennom skatter, slik at alle skulle ha tilgang, uavhengig av pengeboka. Dette var del av den store sosiale kontrakten mellom samfunnsklassene, mellom rik og fattig, som hadde slåss side ved side. Utdanning og helse ble ansett som menneskerettigheter som man ikke skal handle med. Satt på spissen: mannen i gata kan bli operert av de samme kirurgene som behandler kongen og statsministeren. «If everybody is insured, nobody needs insurance», var slagordet da den britiske helse-tjenesten NHS ble skapt.

Hva ser du som sentrale utviklingstrekk ved helsevesenet i Europa på 2000-tallet?

En tiltakende markedsføring av helse. Det er en større villighet til å benytte kjøp- og salgssystemer, og dette kamoufleres gjerne som pasientrettigheter. Altså retten til å shoppe helse hvor som helst. EU er i ferd med å gjøre oss til helseshoppere. Det er veldig ødeleggende for kontinuiteten i forholdet mellom lege og pasient og for tillitsforholdet til sykehusene.

Har EØS-avtalen i særlig grad virket inn på det norske helsevesenet?

Foreløpig har vi langt på vei råderett. Samtidig ser vi at EØS-avtalen og håndheverne i ESA går løs på kjerneverdier i den norske samfunnsmodellen. Med stigende forbauselse ser jeg at det på område etter område kommer meldinger om at norske ordninger er konkurransvridende eller hindrer konkurranse. Og det skjer på områder der jeg som doktor tenker at konkurranse er oss fremmed, og egentlig helt ødeleggende. La meg ta ett eksempel: Den norske legeföreningen har en såkalt Normaltariff for hva standardtjenester skal koste. Så kom det plutselig en melding om at faste satser for attester, som førerkort og lignende, det kunne man ikke lenger ta med i oversikten, fordi det var konkurransehindrende. Fastlegeordningen går jo

nettopp ut på stabilitet og tillit, og hvis fastleger skal konkurrere på pris bryter det med alt ordningen står for.

Overvåkingsorganet ESA har åpnet sak mot Norge for brudd på EØS-avtalens regler om pasientrettigheter, ved at Norge stiller krav om forhåndstillatelse for å benytte retten til behandling i et annet EØS-land. Helseministeren har varslet at regjeringen vil tilpasse seg. Hva kan dette bety for det norske helsevesenet?

De vil altså ha europeisk helseshopping. Men det er usikkert om behandling i utlandet vil få så stort omfang. Det er «no place like home when you're not feeling well», som en amerikansk komiker formulerte det. Sykdom er ikke bare en teknisk reparasjonssak. Det handler om å bli tatt hånd om i et miljø du kjenner og der du føler deg trygg. Jeg tror utfordringen fra EU muligens vil bremses av dette ønsket om nærhet i behandlingen.

Et annet aspekt er problemene med mikrober på vandring. Erfaringene fra behandling av pasienter i utlandet viser at det øker risikoen for spredning av multiresistente bakterier. Turisme sprer også bakterier, men helseturisme gjelder per definisjon mennesker som feiler noe og som utgjør en større risiko for smitte.

Du er opptatt av den britiske helsedebatten. Hvorfor er angrepene mot National Health Service viktig i en europeisk sammenheng?

Det ser ut som en samlet kampanje mot det britiske NHS for å åpne helsesektoren for private aktører. NHS ble etablert allerede i 1948, og har vært modell for mange av Europas offentlige helsetjenester. Derfor er oppstykkingen vi nå ser av NHS ideologisk viktig. Cameron-regjeringen har satt i gang en storstilt privatisering gjennom anbud, og de private er gitt såkalt utfordringsrett. Markedet domineres av et titalls store

selskap, særlig amerikanske. Og de kutter hjørner og unngår risikopasienter der de kan. Mine engelske venner og kolleger undrer seg over at det er mulig å bombe et system som er så effektivt og faglig godt.

Det kan se ut som om velferdsordningene i Norge og Norden på mange måter er utrydningstruet. Når en sektor er omgjort til varemarked med kjøp og salg, er fellesskapsordningene vanskelig å få tilbake. Hvis det viser seg mulig å bygge ned et velfungerende system som NHS i England, skal vi være på tå hev også i Norge mot forføreriske argumenter. Men Skottland holder foreløpig stand. For all rimelig erfaring viser at helsetjenester ikke er egnet for marked og kjøp og salg – det medfører mer byråkrati og større forskjeller mellom fattig og rik.

6 %

6 prosent er den maksimale andelen av BNP som Troikaen – EU-kommisjonen, EUs sentralbank og IMF – tillater at EU-landene som mottar krisehjelp bruker på helse. Dette har særlig gitt negative konsekvenser for helsesektoren i Hellas, Spania og Portugal, viser artikkelserien «Financial crisis, austerity and health in Europe» i det medisinske fagtidsskriftet *The Lancet* (mars 2013). 6 prosent av BNP er mindre enn land som for eksempel Storbritannia og Tyskland bruker på helse. Antallet selvmord har økt, og smittsomme sykdommer sprer seg mer enn før, til og med malaria har kommet tilbake som helsetrussel i enkelte land.

Troikaens hovedmål er balanse eller overskudd i statsbudsjettene. Middelet er krav om budsjettkutt. Innsparingene skal blant annet komme fra færre midler til medisiner, redusert helsepersonell, lønnskutt og endringer som gjør helse i større grad til et privat ansvar.

En rekke EU-land – nærmere bestemt Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Hellas, Irland, Italia, Latvia, Nederland, Portugal, Romania, Slovenia og Tsjekkia – har redusert helsedekningen ved å øke brukerbetalingen på enkelte tjenester.

Island holdes i *The Lancet* frem som et motsatt eksempel: landet avviste gjeldskrav, og finanskrisen har hatt få eller ingen synlige effekter på folkehelsen. Analysene viser, skriver forskerne, at selv om nedgangstider utgjør en helserisiko, er det vekselvirkningen mellom offentlige nedskjæringer, økonomiske sjokk og svak sosial beskyttelse som til syvende og sist forsterker helsekrisen i Europa.

«The Body Economic» – hvorfor ned- skjæringene dreper

Noen få viktige beslutninger kan stanse en økonomisk resesjon fra å slå ut i en epidemi.

Av David Stuckler, senior forskningsleder ved University of Oxford, og Sanjay Basu, amanuensis i medisin og epidemiologi ved Stanford University

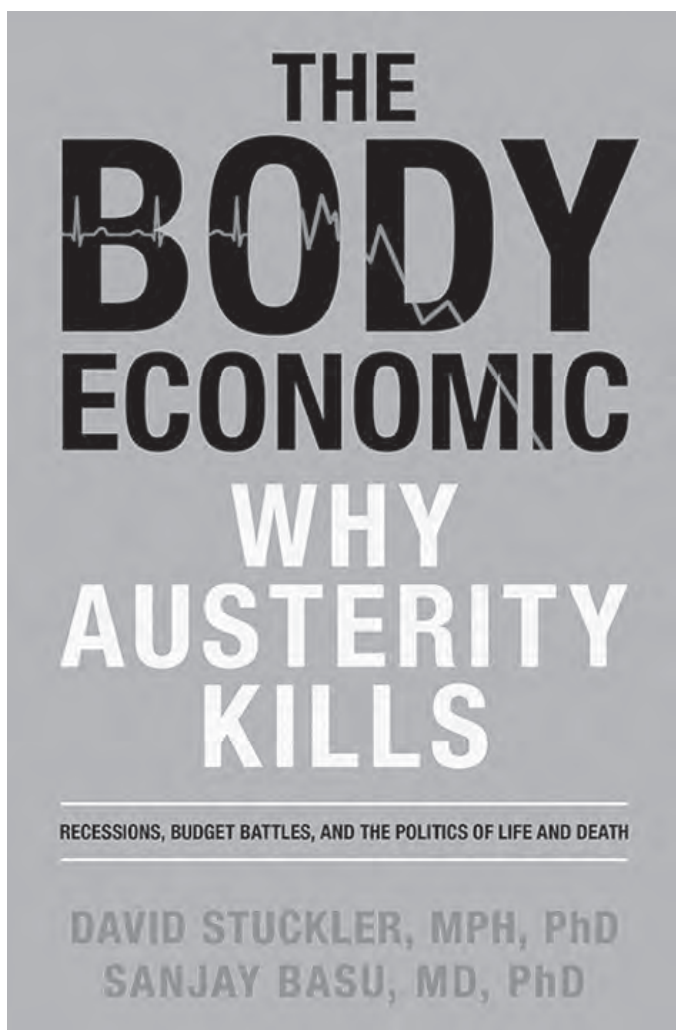
Olivia var åtte. Hun ble skremt av lyden av tallerkener som ble knust på kjøkkengulvet. Foreldrene hennes kranglet igjen. Hun løp opp trappen til soverommet sitt, og gjemte seg under en pute. Utmattet av gråt, falt hun i søvn.

Hun våknet opp med en stikkende smerte på høyre side av ansiktet. Rommet var sort av røyk. Lakenet hennes hadde tatt fyr. Skrikende løp hun ut av rommet og rett inn i armene på en brannmann som hadde spurtet opp trappen. Han tullet henne godt inn i et teppe. Som hun senere skulle høre sykepleierne på sykehuset hviske, hadde faren hennes – full og sint – satt huset i brann.

Det var våren 2009, under den pågående Great Recession – Den store resesjonen. Olivias far, en bygningsarbeider, hadde blitt permittert. Millioner av amerikanere hadde sluttet seg til arbeidsløshetskøen, og noen søkte trøst i narkotika eller, som Olivias far, alkohol.

Olivias far havnet i fengsel. Olivia måtte gjennomgå omfattende behandlinger for brannsårl, og vil utvilsomt trenge mange års terapi for å lege de mentale arrene fra den forferdelige natten.

Men Olivia overlevde heldigvis. Andre var ikke så heldig.



Selv mord som ikke er selvmord

Tre år senere og en halv verden unna, om morgenen den 4. april 2012, bega Dimitris Christoulas seg til den greske parlamentsbygningen i sentrum av Athen. I en alder av 77, så han ingen annen utvei. Christoulas hadde vært farmasøyt, han pensjonerte seg i 1994, men nå hadde han problemer med å betale for

medisinene sine. Livet hadde vært bra, men den nye greske regjeringen hadde kuttet pensjonen hans, og livet var nå uutholdelig.

Den morgenen gikk Dimitris Christoulas til Syntagma-plassen, byens viktigste torgplass. Han gikk trappetrinnene til parlamentet, satte en pistol mot hodet og sa: «Jeg begår ikke selvmord. De dreper meg.» Så trakk han på avtrekkeren.

Senere ble et dokument som ble funnet i sekken hans utgitt. I det satte Christoulas likhetstegn mellom den nye regjeringen og den allment forhatte regjeringen til Georgios Tsolakoglou under andre verdenskrig, som samarbeidet med nazistene:

«Tsolakoglou-regjeringen har utradert alle muligheter for min overlevelse, som var basert på en svært verdig pensjon som jeg alene betalte for i 35 år uten hjelp fra staten. Og siden min høye alder ikke tillater meg å reagere på en aktiv måte (men om en landsmann skulle ta en Kalashnikov, ville jeg være rett bak ham), ser jeg ingen annen løsning enn dette for en verdig slutt på livet mitt, så jeg ikke ender med å tråle gjennom søppelbøtter for min å finne næring. Jeg tror at ungdom uten fremtid en dag vil ta til våpen og henge forræderne i dette landet på Syntagma-plassen, akkurat slik som italienerne gjorde med Mussolini i 1945.»

«Dette var ikke selvmord,» uttalte en demonstrant senere. «Han ble myrdet.» En sørgende spikret en lapp på et tre i nærheten av stedet der Christoulas døde. «Nok er nok,» sto det. «Hvem blir neste offer?»

Økonomiske sjokk og folkehelsen

Olivia og Christoulas var kanskje 8000 kilometer fra hverandre, men livene deres ble vevd sammen av den verste økonomiske krisen siden Den store depresjonen på 1930-tallet (Great Depression). Som to forskere

i folkehelse – en ved Stanford i California og den andre ved Cambridge, England – ble vi bekymret for at Den store resesjonen ville sette sitt preg på folks kropper. Vi hørte historier fra våre pasienter, venner og naboer som mistet sin helseforsikring, men også opplevde skader som gikk langt utover den medisinske klinikken eller apoteket. Skader som trengte inn i selve grunnstoffet i livene deres – evnen til å ha råd til sunn mat å spise, unngå høyt stress av frykt for å miste jobben, og beholde et tak over hodet. Vi lurte på hvilken innvirkning Den store resesjonen ville ha på forekomsten av hjertesykdom, selvmord og depresjon, og til og med spredningen av smittsomme sykdommer. På jakt etter svar har vi gravd i data fra hele verden og fra tiår med tidligere resesjoner. Vi har funnet ut at folkehelsen kan bli sterkt berørt av økonomiske sjokk. Noen av våre funn var forventet. Når folk mister jobbene, er det mer sannsynlig at de tyr til narkotika og alkohol eller blir suicidale. Når de mister sine hjem, eller er nedsunket i gjeld, tyr de ofte til junk food, for trøst eller rett og slett for å spare penger.

Landene som fikk bedre helse

Tragisk som de er, er de ulykksalige skjebnene til folk som Olivia og Dimitris ikke overraskende. Mer enn 600 greske borgere drepte seg selv i 2012. Før Den store resesjonen hadde Hellas den laveste selvmordsraten i Europa. Nå er det tallet doblet. Og Hellas er ikke alene. Antallet selvmord i de andre EU-landene hadde gått jevnt nedover i over tyve år før Den store resesjonen. Men i vår globale forskning oppdaget vi også noen overraskelser. Enkelte lokalsamfunn, til og med hele nasjoner, ble sunnere enn noensinne samtidig som økonomiene ble ødelagt. Island gjennomgikk tidenes verste bankkrise, men befolkningens helse ble faktisk bedre. Helsen i Sverige og Canada ble også bedre. Norge nådde sin høyeste levealder noensinne. Men dette hadde ingenting å gjøre med det kalde klimaet.

Japan, som hadde lidd et «tapt tiår» fra de langvarige effektene av tilbakevendende nedgangstider, rapporterer nå noen av de beste helsestatistikkene i verden.

Resesjon en velsignelse for sunnere livsstil?

Enkelte økonomer så på disse dataene, og konkluderte med at resesjoner var «en livsstilsvelsignelse i forkledning,» og årsaken til disse helsegevinstene. Takket være Den store resesjonen, hevdet de, ville folk bli sunne: drikke og røyke mindre, og gå heller enn å kjøre. De fant at resesjoner samsvarte med en nedgang i dødelighet mange steder. Skuende bistert inn i fremtiden, spådde en økonom at en «økonomisk oppgang vil drepe 60 000 mennesker i USA.» Slike merkelige og bakvendte uttalelser blir motsagt av tallmateriale fra helsedepartementer rundt om i verden. Under Den store resesjonen, falt forventet levealder i USA for første gang på minst fire tiår. I London økte hjerteinfarkt med 2000 tilfeller under urolighetene i markedene. Og rapporter om selvmord og alkoholrelaterte dødsfall hopper seg fortsatt opp på pultene våre.

Disse dataene var et mysterium. Hvorfor var det slik at noen mennesker hadde blitt sunnere i nedgangstider, mens andre endte opp som Olivia og Dimitris?

Svarene kunne finnes i politikken i Den store resesjonen. Det amerikanske presidentvalget i 2012 bidro til å definere en tilsynelatende evig konflikt mellom nedskjæringer og stimulans, tjenester og inntekter. Se og hør; nedskjæringene tapte. President Barack Obama førte kampanje for å øke skattene på de rike og investere i sosialtjenesten, og han vant. Etter hvert som USA sakte reiser seg ut av resesjonen, bør andre land ta lærdom. Storbritannia, styrt av en Høyre-regjering siden 2010, har vedtatt et innsparingsregime som, per januar 2013, har vist tegn til å sende landet inn i en fryktet trippel-dip

resesjon (en tredje nedgangsperiode innenfor få år, red.anm.).

Politiske valgmuligheter

I løpet av det siste tiåret har vi sett gjennom store mengder data og rapporter på jakt etter svar. Nedskjæringer eller stimulans? Kutt eller fritak i skatt til de rike? Kutt eller fritak i tjenester til de fattige? Vi reiste fra den kaldeste gulagen i Sibir, til red-light-distriktet i Bangkok, til den største intensivavdelingen i USA for å finne svar. Statistikken vi har samlet fører ugjenkallelig til denne konklusjonen: samfunn som holdt seg sunne under resesjoner, hadde nesten alltid det sterkeste sikkerhetsnettet, den sterkeste sosiale beskyttelsen.

Katastrofer som Olivias inferno og Dimitris selvmord følger ikke alltid økonomiske nedgangstider. Snarere er de konsekvensene av ett enkelt politisk valg — et valg om å redde bankfolk og kutte sikkerhetsnettet for alle andre. Noen få viktige beslutninger, har vi funnet, kan være nok til å stanse en resesjon fra å slå ut i en epidemi. Men vår forskning viser at «nedskjæringer» (austerity) innebærer den dødeligste sosialpolitikken. Nedgangstider kan såre, men nedskjæringer dreper.

Utdrag fra introduksjonen til boken The Body Economic – Why Austerity Kills. Allan Lane 2013.

200 %

200 prosent er økningen i den registrerte HIV-smitten i Hellas siden finanskrisen. Det vil si en tredobling av antallet grekere med smitte, skriver den britiske avisen *The Guardian* (15.05.2013).

De offentlige nedskjæringene har gjort at Hellas har kuttet helsevesenet med over 40 prosent. Det har rammet blant annet programmer for å forebygge mot HIV-smitte. Samtidig har det vært en betydelig økning i bruken av narkotika satt med sprøyter, som ses i sammenheng blant annet med økende ungdomsledighet som nå er mer enn 50 prosent.

Verdens helseorganisasjon anbefaler at 200 rene nåler per år er tilgjengelig for hver narkoman som setter sprøyter. Ifølge hjelpegrupper er antallet som nå er tilgjengelig i Athen 3 nåler for hver bruker.

Fremtiden for «Social Europe»

Hvorfor det sosiale Europas fremtid ligger i medlemslandene.

Av Paul de Beer

Direktør ved Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies (AIAS)

I motsetning til den enkle anti-EU retorikken hos populistiske partier, fikk de partiene som inntar en mer moderat holdning til EU en vanskelig oppgave i valget til EU-parlamentet. Hvordan overbevise velgerne om at det gode som EU har gitt oppveier det dårlige, mens man for å beholde et minimum av troverdighet i befolkningen samtidig er kritisk til dagens EU-politikk?

Sosialdemokratene prøver å unnsnippe dette dilemmaet ved å understreke at EU har bidratt mye til vår velstand, men samtidig har sviktet innen sosialpolitikk. Dermed ber de om at den sosiale dimensjonen i EU skal balanseres med den monetære og økonomiske dimensjonen. Det som er slående, er at forkjemperne for et «Social Europe» vanligvis er skarpe og tydelige om hva de ikke ønsker – den ensidige vekten på innstrammingspolitikk – men er langt fra klare om hva de ønsker. Selvfølgelig, de vil ha et sosialt Europa. Men hva er et sosialt Europa?

For store forskjeller

Ganske passende viser den nye rapporten *Roadmap to Social Europe*¹ av flere tyske og franske tenketanker tilknyttet fagforeningene og sosialdemokratene en labyrint på forsiden. Etter å ha lest rapporten, som omfatter om lag førti bidrag fra anerkjente forskere og representanter for fagforeningene, er det imidlertid ikke mye klarere for leseren hvordan et sosialt Europa

skal se ut og hvordan det kan oppnås. Å lese de utallig andre aktuelle rapportene, heftene og artiklene om «Social Europe» endrer ikke denne konklusjonen.

Dette er ingen tilfeldighet. Det finnes simpelthen ikke noe sammenhengende konsept for et sosialt Europa som er både ønskelig og mulig. Den som tar til orde for et sosialt Europa, trygler om en illusjon.

Etter mitt syn bør et sosialt Europa være karakterisert av et sett tilstrekkelige sosiale rettigheter som er tildelt på grunnlag av europeisk medborgerskap, snarere enn nasjonale statsborgerskap. Så lenge nederlandske borgere nyter mer sosial beskyttelse enn bulgarske eller rumenske borgere, er det ikke snakk om et sosialt Europa. Følgelig er de fortsatt svært store forskjellene i velstand mellom medlemslandene den viktigste hindringen for å oppnå et sosialt Europa. For å illustrere forholdet, la oss ta dette eksemplet: Nivået på nederlandsk sosialhjelp, uttrykt i euro, er dobbelt så høyt som gjennomsnittslønnen for en rumensk arbeidstaker. Det er derfor utenkelig at de rumenske myndighetene skulle tilby sine borgere samme nivå av inntektsbeskyttelse som nederlenderne.

Problemene med minstelønn

På grunn av disse store forskjellene i velstand innen EU, er det ofte foreslått å knytte sosiale rettigheter til nivået av velstand i medlemsstatene. For eksempel er det noen som ønsker innføring av et lovfestet minstelønn i EU, som er satt til en fast prosentandel av medianlønn (det midterste lønnsnivået) i den enkelte medlemsstaten. Men hvorfor skulle dette bidra til et sosialt Europa? Romanias minstelønn vil da fortsatt være litt mer enn en sjettedel av den nederlandske minstelønnen. Man kan knapt kalle dette like rettigheter for rumenske og nederlandske arbeidere.

En relativ minstelønn ville dessuten bidra lite til å skape like vilkår for konkurranse mellom medlemsstatene. Det ville utgjøre liten forskjell

for nederlandske selskaper som konkurrerer med rumenske selskaper om den rumenske minstelønnen er en sjettedel av den nederlandske minstelønnen eller en åttendedel, som tilfellet er i dag. Dessuten ville en obligatorisk minstelønn tvinge noen av de mest velstående og sosiale medlemsstatene som nå ikke har noen lovfestet minstelønn – de skandinaviske landene, Østerrike og Tyskland, per dags dato – til å innføre en minstelønn. I de skandinaviske landene møter innføring av en lovfestet minstelønn mest motstand fra den gruppen der man kunne forvente det minst, nemlig fagforeningene. De frykter at en lovfestet minstelønn vil svekke deres makt. Så, hvorfor skulle forkjemperne for et sosialt Europa ønske å innføre en lovfestet minstelønn også for disse medlemsstatene?

Europeisk forsikring for arbeidsledige?

En alternativ vei til et sosialt Europa kan være å overføre en del av de sosiale beskyttelsessystemene i medlemslandene til EU. For eksempel, i *Roadmap to a Social Europe*, argumenterer Martin Seeleib-Kaiser² for innføring av en europeisk forsikringsordning for arbeidsledighet. 'Brussel' ville da kreve inn et trygdebidrag for alle europeiske arbeidstakere for å finansiere en ytelse for alle arbeidsledige i EU. Jeg har alvorlige tvil om nederlandske, tyske og danske arbeidere ville være villig til å betale for ytelsene til spanske og greske arbeidsledige. Men selv om man skulle overkomme dette hinderet, ser forslaget bort fra det faktum at høy arbeidsledighet ikke uten videre rammer et land, men er i det minste delvis forårsaket av landets egen politikk.

For eksempel kan den høye arbeidsledigheten i Spania delvis tilskrives spansk arbeidslivslovgivning, som sterkt beskytter fast sysselsatte, men knapt gir noen beskyttelse til den store gruppen av fleksible arbeidstakere. Etter innføringen av en europeisk forsikringsordning for arbeidsledighet,

kan medlemsstatene overføre konsekvensene av en mislykket arbeidsmarkedspolitik på de andre medlemsstatene. Med mindre, selvfølgelig, vi også overfører kompetanse i arbeidsmarkedspolitikken til Brussel. Og, som et neste trinn, trolig også lønnsdannelsen, fordi kollektive forhandlinger påvirker arbeidsledigheten. Med andre ord, hvis vi skulle ta et første skritt i å overføre kompetanse på området sosial beskyttelse til EU, ville uunngåelig mange andre skritt følge fordi man ikke ustraffet kan ta ett element ut av systemet for sosial beskyttelse. For noen talsmenn for et sosialt Europa kan dette høres ut som himmelen. Men de bør være klar over at den typen sosialt Europa som dette vil resultere i, kan være svært langt unna det de har i tankene.

EU bør holdes unna sosialpolitikken

Hvis europeiske minstestandarder, som for eksempel en lovfestet minstelønn, ikke reduserer lønnskurransen og egentlig ikke er ønskelig, mens overføringen av kompetanse på sosialpolitikens område til Brussel er en illusjon, hva er perspektivet som står igjen for et sosialt Europa? Paradoksalt nok er trolig den beste måten å nærme seg et sosialt Europa å avstå fra enhver direkte involvering av EU innen sosialpolitikk. Faktisk koker dette ned til i stor grad å opprettholde dagens situasjon, der sosialpolitikk er kompetansen til medlemsstatene.

Derfor bør vårt hovedmål være å sikre at EU avstår fra å blande seg inn i sosialpolitikken i medlemsstatene med sin økonomiske politikk og pengepolitikken, en innblanding som skjer i økende grad gjennom prosedyren for makroøkonomiske ubalanser³. Det bør være opp til medlemsstatene selv å bestemme hvordan de ønsker å forme sin sosiale politikk, og hvilken pris de er villige til å betale for det. Til syvende og sist vil dette resultere i det mest sosiale utfallet for EU som helhet, selv om det ikke vil føre til et egentlig sosialt

Europa. Den som tar til orde for et sosialt Europa, bør forsikre seg om å ikke gjøre dette til EUs ansvar.

Artikkelen har vært publisert i Social Europe Journal, og er oversatt fra engelsk.

Noter

1 *Roadmap to Social Europe*, oktober 2013, <http://www.social-europe.eu/reports-2/ser-ii-roadmap-to-a-social-europe/>

2 Leder for Department of Social Policy and Intervention ved University of Oxford, red.anm.

3 Macroeconomic Imbalances Procedure, EU-kommisjonens kontroll av medlemslandenes økonomiske situasjon, innført i 2011, red.anm.

«Det er et påtrykk for å skape systemer for kjøp og salg, og dette kamoufleres som pasientrettigheter.»

Steinar Westin, lege og professor i sosialmedisin ved NTNU i Trondheim

Om påvirkningen fra EU på Europas helsesektor

PRESS PÅ VELFERDEN EØS-avtalen og EUs grenseløse marked påvirker den norske velferdsmodellen og arbeidslivet. Tåler velferdsordningene uregulert arbeidsinnvandring? Heftet går også inn i den britiske debatten om «welfare tourism» og striden i Danmark om EU-borgeres rett til barnetrygd.

SUNN STYRING Overvåkingsorganet ESA mener at EØS-avtalens regler om pasientrettigheter gjør at Norge ikke kan stille krav om forhåndstillatelse for behandling i et annet EØS-land. Truer EØS-reglene om sykehusbehandling i utlandet sunn styring av helsevesenet?

«SOCIAL EUROPE» EUs pålegg om nedskjæringer i medlemslandene har svekket velferdsordningene. Det har allerede fått følger for folkehelsen i mange land. Er veien til et mer sosialt Europa å begrense EUs makt over arbeidslivet og i sosialpolitikken?

