



**TRUER EU'S «HELSEUNION»
NORDENS SOLIDARISKE
HELSEPOLITIKK?**

Stein Reegård

TRUER EU'S «HELSEUNION» NORDENS SOLIDARISKE HELSEPOLITIKK?

Konklusjon.....	s. 3
0 Innledning.....	s. 4
1 EUs «helseunion».....	s. 6
2 Mulige perspektiver på EUs rolle.....	s. 8
3 Helsestellets samfunnsmessige betydning.....	s. 10
.	
4 Noen trekk ved ulike lands organisering.....	s. 12
5 Sykehusstilbud kombinerer forsikring og tjenesteyting.....	s. 14
6 Aktuelle saker i Indre marked.....	s. 19
7 Hvordan velferd og offentlige tjenester «utilsiktet» påvirkes....	s. 22
Vedlegg Om finsk helsereform og EU-notifikasjon.....	s. 26

Et notat skrevet for SAMAK av seniorøkonom Stein Reegård, LO Norge.
Notatet kan lastes ned på www.samak.info.

14. mars 2022

Konklusjon

De nordiske landene har et av verdens beste og mest likeverdige helsetilbud. Det bygger på omfattende offentlig styring, eierskap og finansiering, selv om kommersielle interesser stedvis har fått innpass. Særlig i forbindelse med pandemien har EU engasjert seg sterkere i helsesektoren, og det arbeides med å utvikle en såkalt «EUs helseunion». Dette notatet forsøker å vurdere hva som kan være rekkevidden av en slik utvikling mot en mer felles, og eventuelt mer markedsmessig, helsepolitikk i EU/EØS, også i lys av regelverk for det indre markedet.

Trues den nordiske måten å organisere helsetilbudet på, som har vært så vellykket, av EUs arbeid på helsesektoren?

Konklusjonen er at dagens nasjonale styring og organisering av helsesektoren er så forskjellig over hele EU at en felles politikk for de grunnleggende organisatoriske og finansielle forhold er helt urealistisk i overskuelig fremtid, selv hvis noen skulle ønske dette. Likevel er det behov for økt kompetanse og oppmerksomhet mot EUs helsepolitikk – og EUs politikk på andre velferdsområder og utdanning – for å sikre at en «indre marked»-logikk på enkeltområder ikke undergraver våre nasjonale styringsmuligheter og ikke minst våre ønsker om et solidarisk helsestell.

0 Innledning

Det franske formannskapet våren 2022 mener EU må styrke samarbeid og koordinering på helseområdet, og fortsette å jobbe mot en europeisk folkehelseunion. Begrepet «helseunion» ble brukt i 2020, men begrenset seg egentlig til samarbeid om smittebekjempelse og pandemihåndtering.

Bruken av betegnelsen «helseunion» om EUs organisering av helsetjeneste fremstår som overdrevet. Det sies lite om organiseringen av helsetjenesten utover det som i 2011 ble Pasientdirektivet¹ og skulle fremme lettere tilgang på tjenester utenfor eget land. Selve tjenesten forutsettes både i EU-traktaten og statsstøtteregler å ha nasjonal autonomi.

Men det er motstridende tendenser. Utstrakt valgfrihet som også omfatter utenlandsbehandling, går over i Indre markeds generelle logikk og svekker nasjonal styring og autonomi. Så lenge helsetjenesten skal være gratis, må etterspørselen styres av den instans som betaler. Det var en viktig bakgrunn for at helsetjenester ble tatt ut av det forslagsvis helt generelle Tjenstedirektivet og deretter omfattet av et eget sådan.

I utgangspunktet faller nemlig helsepolitikk utenfor de «opprinnelige» ansvarsområder for EU-EØS, men denne begrensningen² har over tid blitt mindre tydelig. EU og EØS sin rolle preges, som på andre områder, av ofte litt motstridende tendenser³:

- Det er på den ene siden udiskutable behov for praktisk-organisatoriske samarbeidstiltak mellom nærstående land. Slik er det også på global basis bla gjennom WHO.
- EUs indre marked og dermed EØS, har betydelige innslag av helseindustri og andre næringsbaserte aktører. Dette kan være pasientbehandling og helsetjenestene selv direkte. Eller det kan være industri eller nært tilknyttede tjenester som har grensekryssende aktiviteter i Indre marked.
- Landenes nasjonale helsestell er dominert av statlig styring, men har innslag av markedsaktører og som kan være ulike og dermed vanskelig å standardisere og harmonisere innen felles regelverk på tvers av land. En

¹ Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU 2006/123/EF 12. desember 2006.

² Union action shall respect the responsibilities of the Member States for the definition of their health policy and for the organisation and delivery of health services and medical care. The responsibilities of the Member States shall include the management of health services and medical care and the allocation of the resources assigned to them... (Artikkel 168). Tilsvarende artikkel ble ikke å finne i EØS-avtalen.

³ Martina Axmin 17. januar 2022 i Europakommentaren, Lunds universitet.

tjeneste som er gratis og statlig i ett EØS- land, kan være kommersiell i et annet. Og det er mange mellomløsninger.

Indre marked blir også mer relevant over tid, fordi helsestell og helsetjenesters betydning vokser i betydning i ethvert land. Dels fordi Indre marked som redskap for europeisk integrasjon involverer både kommersielle og ikke kommersielle aktører (eller økonomisk/ikke-økonomisk aktivitet). Helsepolitikk blir på dette vis en voksende arena for den krevende balansen mellom stat og marked og mellom kollektive og individuelle interesser og hensyn.

En slik tendens blir en særlig utfordring for den nordiske modellen. De nordiske land har, tross en viss langvarig og nå økende privat medvirkning, de mest statlig dominerte helsevesen i den rike del av verden. Dette mer helhetlige statlige ansvar for de store velferdsområdene er, sammen med arbeidsmarkedets spesielle virkemåte, de definerende grunntrekk i den nordiske modellen. Slikt vet vi er kontrasten til den amerikanske samfunnsmodellen. Men også i de fleste EU-land er statens rolle til dels svært ulik den nordiske, selv om innslaget av solidariske løsninger er stort sammenliknet med USA.

Som oppfølging av Pasientdirektivet er det blant annet etablert et statistikkprosjekt som følger grensekryssende pasientbevegelser. Foreløpig er tallene mikroskopiske; på det meste er 0,025 % av befolkningen gjenstand for utenlandsbehandling, mens årlig innenlandsk behandling tilsvarer nesten halve befolkningen (ca 400 ganger flere). Og det er grensebefolkning som særlig omfattes.

1 EUs «helseunion»

I 2021 ble det brukt større ord enn tidligere om utfordringer og ambisjoner for EU på det helsepolitiske området. Angela Merkel kommenterte slike⁴ tanker med at det i så fall er en prinsipiell nyorientering, uten dermed å utelukke en endring i Traktaten.

Hittil har EUs helsepolitikk, utover det som følger av Indre marked, dreiet seg mest om organisatoriske samarbeidstiltak. Det ble i 2021 etablert et nytt «byrå»; the Health and Digital Executive Agency, med start 1. april. Fra før har man hatt enheter for legemidler og smittevern.⁵ Dette er fagorganer under EU-kommisjonen som diskuterer lovgiving og strategier på helseområdet som primært har rådgivende funksjoner.

Programmet EU4Health var en videreføring og forsterking for perioden 2021-2027 sammenliknet med tidligere. Innholdet ble særlig rettet mot grenseoverskridende helsetrusler gjennom forebygging, beredskap og krisekoordinering. Etter forhandlinger mellom EU-organene høsten 2020 ble den økonomiske rammen for programmet oppjustert til 5,1 mrd euro.⁶

I tillegg til EU-landene selv kan EFTA-land og Storbritannia bli omfattet⁷. De sistnevnte vil da kunne bidra økonomisk som en fortsettelse på tidligere samarbeid innen EØS. Det skal blant annet være samkjøring med forskningsprogrammet Horizon Europe.

Programmet ble presentert som en «tidobling» sammenliknet med tidligere helseprogrammer for EU. Bruken av begrepet «helseunion» fremsto mer vidtgående enn det var grunnlag for. Selv om det er tale om store milliardbeløp, begrenser selv 5,1 mrd euro seg til ca 10 kr per EU-innbygger i årlig utgift. Det er således i praktisk innhold mest tale om bygging av nettverk, inspirasjon for aktivitet og koordinering av innsats som styres og foregår nasjonalt, og ikke store overnasjonale grep.

I de fleste medlemsland er helsepolitikk et offentlig ansvar og fortsatt i et format som overstiger det meste annet i politikken av sosialt og økonomisk styringsansvar overfor befolkningen. I de nordiske land dreier det seg om årlige utgifter til helsestell på 40-50 tusen (norske) kroner per innbygger. Det meste av

⁴ "In the area of health Europe needs more powers that may require treaty change,"
Euobserver 22. april.

⁵ Det europeiske legemiddelbyrået (EMA) og Det europeiske smittevernsenteret (ECDC).

⁶ Pressemelding EU-Kommisjonen 26.mars om EUROPA-PARLAMENTETS OG RÅDETS FORORDNING 24. mars 2021 om opprettelse av EU-handlingsprogram for helse.

⁷ EU kommisjonen: Questions and answers on EU-UK Trade and Cooperation Agreement december 2020.

dette er tjenesteyting som foregår nasjonalt, men det er mye eksport og import av utstyr og medisiner og utveksling av helsepersonell EØS-land imellom.

I dette notatet konsentrerer vi oss om sykehusenes rolle, som er et tyngdepunkt for helsevesenet i alle land. Det er også her vi finner det sterkeste nordiske fellestrekk, med en større statlig dominans enn i andre land. En annen viktig del av helsepolitikken er den lokale og nære helsetjenesten. Den har et viktig samspill med sykehusene, men det felles nordiske særdraget er mindre markert. Blant annet er innslaget av marked større og mer ulikt enn for sykehustjenester.

2 Mulige perspektiver på EUs rolle

I en situasjon der Europa er dominert av nasjonalt styrte tjenester og oppgaveløsning, oppsto en pandemi som demonstrerte mangler i pasientbehandling, utstyr, samordning, beredskap og forebygging som er store i hvert enkelt land og for EUsom helhet. Dette er problemer som ofte nok kommer i tillegg til de «normale» problemer en hadde på forhånd med udekkede behov og lavere effektivitet enn man kunne ønske. Når EUs rolle skal vurderes, er det ikke nok å peke på problemer. En må analysere hvordan de skal løses og blant annet hvilket institusjonelt nivå som er mest relevant. EU har store utfordringer på de fleste områder og det er neppe alle områder som egner seg like godt for overnasjonale løsninger.

Det som er formalisert i Traktatens artikkel 168 gir EU en begrenset rolle i helsepolitikken hva selve tjenesteytingen gjelder. Dette er en avgrensning som også ble et viktig tema i behandlingen av Servicedirektivet.⁸ Konklusjonen ble her at helsetjenester ikke skulle underlegges en generell logikk som tjenester ellers, i et mer åpent og felles marked. Etter en lang prosess endte det med et ganske generelt unntak for helsetjenester i en juridisk og økonomisk logikk som ellers gikk ut på å styrke Indre markeds rolle i den økonomiske integrasjonen: Direktivet får, ifølge direktivteksten, ikke anvendelse på *«helsetjenester, uansett om de ytes innenfor rammen av helseinstitusjoner, og uansett hvordan de er organisert og finansiert på nasjonalt plan, eller om de er offentlige eller private (artikkel 2f)»*.

Medlemslandene så det da altså ikke som viktig å fremme grensekryssende regulering av tjenesteyting og mer felles «marked» på helseområdet. Bakgrunnen for dette var trolig ønsker om å verne om subsidiaritet på dette området og å unngå å bli pådyttet et mer kommersielt preget helsestell. Heller ikke under behandlingen av «Pasientdirektivet», var medlemslandene pådrivere for mer åpne grenser⁹. Dette tilsiktede preg av subsidiaritet har imidlertid vært under påvirkning av Indre markeds mer generelle konsekvenser i retning av at:

- Helsetjenester i seg selv i EU-jussens forstand kan opptre som grenseoverskridende innslag i en av de fire friheter (tjenester)
- Bruk av slike tjenester kan begrunnes i hensyn til fri bevegelse av personer
- Sykehusenes egenproduksjon av medisiner, tester og utstyr utfordres av industriens «rett» til grenseoverskridende markedsadgang

⁸ Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2006/123/EF 12. desember 2006.

⁹ Professor Frode Veggeland i [Tidsskriftet Michael](http://tidsskriftet.michael.no) : 19: [Europeisering av helsepolitikken \(michaeljournal.no\)](http://tidsskriftet.michael.no)

- Arbeidskraft med helserettet profesjon omfattes av rett til fri bevegelse og aktualiseres også i tjenestens voksende rekrutteringsbehov

Vi omtaler i et senere punkt blant annet aktuelle saker fra Finland, Norge og Slovakia som noe av utgangspunktet for en mulig nordisk plattform for helsepolitikk i europeisk sammenheng.

Den delen av EUs helsepolitikk med felles initiativer, nevnt i vår innledning, vil ha karakter av offentlig styring og organisering av helsepolitikk over landegrensene. Slik fremstår det godt forenlig med sosialdemokratiske prinsipper som bygger på helsetjeneste som offentlig ansvar. Det er jo bakgrunnen for at svært mange land, men mest utpreget i Norden, har utviklet et helsevesen dominert av staten og nokså gjennomførte solidariske løsninger.

Både mer privatøkonomisk basert etterspørsel og kommersiell produksjon ville, som alternativer, på hver sin måte bidra til både større underdekning av viktige behov og sosiale skeivheter. Erfaringer særlig fra USA tyder også på at det lett gir mindre effektive og ofte for samfunnet unødig kostbare tjenester.

På denne bakgrunn er det derfor viktig å tenke over mulige motsetninger i en mer fellesskapsorientert EU-politikk på helseområdet. På den ene siden kan EU-EØS etablere koordinert offentlig styring på visse elementer av helsepolitikken. På den annen siden vil mekanismene i Indre marked med forrang for konkurranse og individuelle rettigheter trekke i en mer problematisk retning.

3 Helsestelletts samfunnsmessige betydning

Helsepolitikk er dypst sett den viktigste samfunnsoppgave i nesten et hvert land ved siden av skole og utdanning. Helsetilstanden har dominerende betydning for folks leve- og livsstandard. Denne betydningen reflekteres på EU-EØS nivå ved at det nå utarbeides landvise statusrapporter på helseområdet i et stort internasjonalt prosjekt mellom bl.a EU, OECD og WHO. Det foreligger for 2019 slike rapporter for hvert av de nordiske land i et brukervennlig format ca 20 sider der det legges stor vekt på standardisert og sammenliknbare indikatorer og statistikk¹⁰. Målet er læringsbasert informasjonsutveksling til kunnskapsbasert politikk i medlemslandene.



For politikk i Norden er dette et svært relevant materiale blant annet fordi:

- Helsesektoren er det samfunnsområdet som i våre land sammen med skole som tradisjonelt er sterkest politisk styrt
- Det har størst økonomisk betydning samfunnsmessig og for staten
- Det er den største jobbmaskinen; samlet sysselsetting på hele 10-20 pst av totalen; en andel på vei opp¹¹. I OECD-landene var veksten i perioden 2000-2017 på 42 pst mot «bare» 15 pst for totalen
- Tjenestene er altoverveiende nasjonalt produsert og konsumert, det som er internasjonalisert er først og fremst utstyr og teknologi som er utpreget globalt

Den store samfunnsmessige betydning helsetjenester har kan illustreres ved noen samletall fra nasjonaløkonomiens samlede utgifter¹². Regnet per innbygger, beregnes samlet årlig utgift til opp mot 50 000 n. kr per år. Om vi regner tallet i forhold til arbeidsstyrken, tilsvarer det snarere i størrelsesorden 100 000, eller nær 1/5 del av en brutto årslønn.

¹⁰ State of Health in the EEA · Country Health Profile 2019. European Observatory on health system and policy, Brussels.

¹¹ I OECD-landene var veksten i perioden 2000-2017 på 42 pst mot «bare» 15 pst for totalen; Health at a Glance 2019.

¹² Summen av privat og offentlig utgift.

Det er ikke uten videre enkelt å lage slike helsetall som er godt sammenliknbare. Her er det trolig gjort etter aller beste metode, med OECD som hovedkilde. USA er det land som skiller seg ut med tall for helseinnslag i økonomien langt høyere enn alle andre. Det er imidlertid som følge av landets særtrekk med en særlig vekt på kommersiell forsikring, uklart i hvor stor grad tallene skyldes høye priser og/eller reelt høyt forbruk.

For å sette Norden inn i et mer relevant internasjonalt perspektiv enn det amerikanske, har vi med tall for Sveits og Tyskland, der særlig førstnevnte kan ha noe felles med USA, med sin plassering på topp i Europa.

Helseutgifter 2018 per innbygger i n.kr (kjøpekraftsjustert)

Sveits	59 500
Norge	50 300
Tyskland	48 700
Sverige	44 300
Danmark	43 100
Island	35 400
<u>Finland</u>	<u>34 400</u>

OECD Health at a glance,2019

Det vi vet i tillegg til at helseutgifter allerede veier så tungt, er at områdets betydning antas å vokse mer enn mye annet som følge av to viktige drivere i den økonomiske strukturen:

- «Alle» land bruker mer på helse når inntektsnivået stiger
- «Alle» land vil bruke mer som følge av en aldrende befolkning

4 Noen trekk ved ulike lands organisering

Helsestell egner seg lite for ren markedsorganisering fordi behovsusikkerheten er så stor og eventuell kostnad særlig ved omfattende sykehusbehandling kan være ødeleggende for en privat husholdningsøkonomi. Markeder egner seg dårlig når brukerne ikke lett kan sikre seg hva de trenger av ytelser, og ikke kan vurdere kvalitet og relevans når de trenger dem. Kunnskapen om dette særtrekket ved helseområdet er etablert for å begrense sosial segregering og ulikhet i behovsdekning.¹³

Den erkjennelsen er det landene i Norden som mest utpreget har tatt konsekvensen av ved å «statliggjøre» nesten «alt» ansvar i sykehusorganiseringen. Ellers i Europa har det vært mer tradisjon for annen type organisering med «solidarisk profil». Ofte har for eksempel kirkelige eller andre typer sosiale organisasjoner en viktig rolle. NGO-er eller det vi i Norden kanskje kaller «ideell sektor» er aktuelle betegnelser. Men også i land med slike løsninger gis staten et overordnet styringsansvar. Variantene er mange, noe som gjør eventuelle felles markedsregler i EØS særlig krevende.

En internasjonal oversiktstabell kan vise noe av det institusjonelle bildet. En svært høy andel av samfunnets helseutgifter dekkes gjennom kollektiv finansiering; enten skatt eller det som defineres som pålagt forsikringsordning. Den øvrige delen, er i hovedsak brukerbetaling. I Norge og mange andre land begrenser den seg til 15-20 prosent.

Andel

fellesfinansiering

Norge	85 %
Tyskland	84 %
Danmark	84 %
Japan	84 %
Sverige	84 %
Frankrike	83 %
Nederland	82 %
Island	82 %
Slovakia	80 %
New Zealand	79 %
Belgia	77 %
Storbritannia	77 %
Finland	75 %
Sveits	64 %

Kilde: Oecd Health at a Glance 2018

¹³ Nærmere omtale av dette i bl.a. «En fjerde vei for velferden» av Jan-Erik Støstad, Gyldendal 2015.

Helsetjenester har generelt i stor grad vært skjermet for markedets hovedmekanismer. Selv USA og Storbritannia, som har de vanligvis mest «markedsbaserte» samfunn i den rike del av verden, har gitt staten et sterkt ansvar for behovsdekningen.

Helsetjenestene er som følge av det statlige forsørgeransvar overfor egen befolkning og tjenestenes behov for lokal pasientkontakt i praksis skjermet for internasjonalisering. Alle land må ha helsestell og de fleste er selvforsynte. Det betyr at helsetjenester tradisjonelt ikke er gjenstand for handel mellom land. Det er noe av bakgrunnen for at helsetjenester, i likhet med en del andre velferdstjenester, i utgangspunktet ikke skulle omfattes av EØS-regler.¹⁴

Når det over tid har oppstått overnasjonal «innblanding» også i helsesektoren, kan det tilskrives en kombinasjon av næringsinteresser og mer eller mindre planmessig regelutvikling og rettspraksis i samspill med internasjonaliseringens økte reiseaktivitet.

Eksport av helsetjenester vil det i utenriksøkonomisk logikk være når et lands sykehus behandler tilreisende pasienter fra andre land i tillegg til sine egne. Per definisjon vil eksport fra ett land alltid motsvares av import til et annet. Motstykket til at en norsk pasient behandles for eksempel i Tyskland er at pasientens hjemland i sin økonomiske statistikk vil registrere importverdien av den tjenesten som blir utført på et tysk sykehus. På den måten synliggjøres at helsestell blir et element i internasjonal tjenestehandel.

På tross av sektorens størrelse (10-20 prosent av økonomien i rike land) og mange felles utfordringer på tvers av enkeltland, er organisering og finansiering til dels svært ulik. Det gjør den særlig krevende å underlegges felles regler og systemer. For å gi et minimum av overblikk, må vi forenkle beskrivelsen til noen få av de mange tjenester og temaer som kunne nevnes. Og vi starter med sykehus som er en bærebjelke i et hvert helsevesen.

Alle land og all sykehustjeneste har litt blanding av solidaritet, konkurranse og profitt. Men blandingsforholdet kan variere fra det nesten rent «kommunistiske» i de nordiske land, der alle får etter behov uten å betale individuelt, til systemer som er klart nærmere markedsøkonomiens prinsipper. Aldrende befolkning og rikere behandlings- og tjenestetilbud trekker i «markedets retning». Mange EU-lands statsfinansielle situasjon peker også mot økende brukerbetaling som svar på budsjettutfordringene.

¹⁴ Se fotnote 1.

5 Sykehusstilbud kombinerer forsikring og tjenesteyting

Det vanlige i tjenesteyting er at en kunde betaler og en bedrift leverer en bestemt ytelse. I helsesektoren er det vanligvis mer komplisert, med flere parter og varierende rollefordeling. Det er ikke bare leverandør og bruker som møtes rundt en «markedspris». Forsikringsordninger kommer imellom og staten har/tar i større eller mindre ansvar for finansiering, organisering og priser. I en eller annen utstrekning er det dessuten «normale» kommersielle markeder som supplerer eller konkurrerer med offentlig styrte tilbud. Graden av planøkonomi og sosial profil varierer i en sektor med enorm bredde av tjenester og andre produkter.

Det er ikke stor tilgang på oversiktlige sammenlikninger av helsetjenesten mellom land. Løsningene er så forskjellige, og «produktene» så mange, at opplysende oversiktsbilder kan bli like kompliserte som EU-reglene selv. Det synes som om nasjonale utredninger gir opp å gi den type internasjonale oversikter som ellers ofte gis.

Hovedinntrykket etter å ha lest noe av det som foreligger, er rett og slett at ingen land har særlig mye felles fordi de er utviklet ut fra hver sine tradisjoner uavhengig av hverandre. De mangler den graden av standardisering av begreper og statistikk som internasjonal handel har gitt for handelen med varer.

Ett fellestrekk er å ha sykehus som et tungt institusjonelt innslag i ethvert helsevesen. Sykehusene er i en særklasse i sine krav til stordrift, kompetanse og materielle ressurser. Vi begrenser oss til å se på sykehus som hovedinngang til et forenklet internasjonalt perspektiv på helseområdet.

Mer ikke-offentlig drift i mange land enn i Norden

De nordiske land har de mest utpregede offentlige sykehussystemer, der stat eller kommune både er eier, leverandør og betaler for tjenestene. Mer vanlig i Europa er det at sykehuset (uansett eierform) leverer, men at det er staten eller en forsikringsinstitusjon som betaler for tjenesten. Pengene kommer enten fra skatt eller en skatteliknende forsikringspremie som alle er pålagt å betale. Grovt sett kan vi si at dette er en offentlig hovedfinansiering i litt ulike former og dekningsområder. Eierskapet til selve sykehusene og dets utstyr er også ofte offentlig, også i tilfeller der driften forestås av private.

Gjør vi en omfattende rundtur i Europa, finner vi de fleste varianter av styring, eierskap og blandingsforhold mellom marked og ikke-marked for det store mangfold av tjenester som er tilgjengelig. Det er variasjon i behandlingstilbud som gis og graden av brukerbetaling. Gratistilbudet til pasientene gjelder sjelden

alt. For tjenester som ikke er på fellesmenyen, må det eller kan det betales fra egen lomme eller gjennom tilleggsforsikring.

Norden er, med Skottland som tilleggseksempel, stedet der offentlig regi er mest dominerende. I andre land er det mest vanlig med andre og ofte mer sammensatte drifts- og eierformer. Det kan være skille mellom eierskapet til investeringene av realkapitalen (sykehus og utstyr), drift og institusjonelt eierskap. Staten kan ofte eie realkapitalen, mens driften kan ha både privat eller mer ideell eierform.

I Nederland er det private, men ikke-kommersielle institusjoner som både drifter sykehusene selv og den forsikring som er innkjøper av sykehustjenester på pasientenes (de forsikredes) vegne. Mens det ellers i Europa kan være private i ulike varianter og utstrekning, som blant annet i Frankrike og Tyskland. Sistnevnte også med offentlig eie i ulike blandinger og varianter (kommune, delstater, universitet osv.). England har dominerende statlig finansiering, mye statlige institusjoner, men med stort og voksende innslag av leveranser fra private og kommersielle tilbydere. Dette i motsetning til Skottland som foran nevnt, der staten dominerer mer som i Norden.

Men mye fellesfinansiering i de fleste land

Det er vanlig å skille mellom skattefinansierte helsesystemer som i de andre nordiske landene og helsesystemer som er finansiert med utgangspunkt i obligatoriske offentlige eller private forsikringsordninger (som i USA, Nederland og Tyskland).

Det er imidlertid ulike metoder for gjennomføring av denne fellesskapsfinansiering. Det illustreres i tabellen der skillet mellom «ren» stat og andre mer forsikringsbaserte løsninger er forsøkt tydeliggjort. Begge skal ivareta solidariske formål. Tabellen viser den direkte statlige dominansen i Norden og i de engelsktalende land, mens mange av de kontinentale har obligatorisk forsikring som det dominerende element (Kilde: Oecd Health at a Glance 2018).

Pst. andel av utgift	Forsikring	Stat
Norge		85
Danmark		84
Sverige		84
Island		82
Storbritannia		79
Irland		73
Finland	14	62
Sveits	42	22
Tyskland	78	6
Frankrike	78	5
Nederland	75	6
Belgia	56	21

Og så har vi Sveits, Belgia og Finland med enda mer blandet finansiering. I Finland reflekterer dette at bedriftshelsetjenesten har en rolle vi ikke finner i det øvrige Norden, og at denne rubriseres som «forsikringspremie».

Markedsinnslag langs flere kanaler

Nettopp begrepet «forsikring» står sentralt for forståelsen av ulike måter å drive helsetjenesten på. Det gir samtidig et innblikk i forsikrings rolle i samfunnsøkonomien mer generelt. Det grenser opp mot finanssektorens rolle i økonomi og samfunn. I de mest ensidige markedsøkonomier, som vi finner i USA og Storbritannia er det nettopp finanssektorens rolle som avviker fra hva vi finner i mer *koordinerte markedsøkonomier*, omfattende de nordiske land, gjerne mest i selskap med Nederland, Tyskland og Østerrike¹⁵.

Vi kan litt enkelt si at statlig ansvar er en form for forsikring som erstatter det som kan være mer kommersiell forsikring. I Norge og Danmark brukes uttrykket trygder om det som egentlig er forsikring mot inntektsbortfall. Således blir de kalt forsikring i svenske ordninger med tilsvarende formål.

Men det kan være store forskjeller på forsikring; særlig i graden av individualisering. I det man kan kalle kommersiell forsikring er differensieringen etter individuell risiko for ulike personer eller tilfeller størst. Om vi sier at staten har de mest vidtgående kollektive forsikringsordninger, er

¹⁵ Eksempler på dokumenterende litteratur kan være:

Partisan Politics, the Welfare State, and Three Worlds of Human Capital Formation, Torben Iversen, Harvard University, Cambridge, MA, John D. Stephens University of North Carolina, Chapel Hill, 2008.

Hall, Peter A., and Daniel W. Gingerich, 2009. Varieties of capitalism and institutional complementarities in the political economy. *British Journal of Political Science* 39(3): 449-482.
https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4481421/hall_varietiescapitalismempirical.pdf

The German Model: Seen By its Neighbours, 2018, Birgitte Unger: <https://www.socialeurope.eu/wp-content/uploads/2015/04/German-Model.pdf>.

Jukka Snell: Varieties of Capitalism and the Limits of European Economic integration: <https://www.jus.uio.no/ifp/forskning/prosjekter/markedsstaten/arrangementer/2011/free-movement-oslo/speakers-papers/jukka-snell.pdf>.

Globalisation and the Reform of European Social Models, Presentasjon for ECOFIN I EU, ved Andre Sapir, september 2005.

Linda Berg og Andrea Spehar, EU og velferdens Europa, Liber AB, 2011.

det en glidende overgang via kollektivt organiserte ordninger i arbeidslivet eller andre store kollektiver til «smale» ordninger. Forskjellen er graden av differensiering i premie og ytelse etter individuelle kjennetegn og risiko. I statlige ordninger skal grovt sett de med størst risiko betale minst og «få mest». I kommersielle ordninger er hovedtendensen motsatt. Det er ett av flere bidrag til at finanssektoren snarere skaper ulikhet, mens staten prøver å gjøre det motsatte.

Det er slike samfunnsutfordringer som et kollektivt organisert helsevesen skal løse. Det gjøres dels ved «sosialisert» organisering av produksjonen av de nødvendige tjenester i statlige sykehus eller for eksempel non-profit institusjoner. Dels ved at forsikringen mot økonomiske belastninger «sosialiseres» gjennom stat eller andre kollektive finansieringsordninger.

Langs begge disse dimensjonene kan graden av markedsinnslag variere. Sykehusene kan konkurrere om pris og utforming av tjenester i pasientbehandlingen. Og på «forsikringsperspektivet» kan det også være ulik grad av marked og konkurranse. Jo flere aktører, jo mer marked. Jo flere varianter og behandlingsvalg det er, jo mer lik annen konkurranseøkonomi.

Stort og voksende mangfold av tjenester

I tilknytning til den institusjonelle og systemmessige beskrivelsen i punktene foran har vi fremhevet helsetjenestenes særtrekk som berettiger annet enn markedsorganisering. Et viktig trekk i bildet er tjenestenes mangfold og bredde. Vi omtaler noen eksempler for å illustrere.

Med behandling i sykehus tenkes «spesialisthelsetjeneste» med diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. I norsk begrepsverden omfatter spesialisthelsetjenesten også psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.

Primærhelsetjeneste leveres i lokalsamfunnet i det daglige av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder, tannleger, annet helsepersonell som kiropraktorer, bedriftshelsetjeneste, og av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester er en tjeneste alle mennesker berøres av minst en gang i livet.

Som vi forstår, er dette tjenester av svært ulikt omfang og kompleksitet og mange som kan finnes i andre bransjer og sammenhenger og som innsatsfaktorer. Selv om mange tjenester er gratis eller sterkt subsidiert, er det

betydelige unntak ut fra dette prinsippet ut fra enten tjenestens innhold eller brukergruppe. Dette er vesentlige forhold når det kommer til markedsregler (blant annet i EØS) for statsstøtte eller offentlige innkjøp. Nesten all velferdspolitikken bygger per definisjon på det som i økonomiske termer kan kalles statsstøtte. Staten eller skatten betaler enten for tjenester i egen regi eller ved innkjøp fra markedets aktører.

6 Aktuelle saker i Indre marked

EØS-reglers påvirkning av samfunnsorganiseringen er ikke så lett å se om man leser regler og juridiske vurderinger alene. Temaene kan bli tydeligere ved å ta utgangspunkt i aktuelle konkretiserte saker og sette dem inn i en større sammenheng. Vi omtaler kort noen slike før vi går inn på markedsreglenes rolle og måter man kan forholde seg til dem på.

Nestenulykke for sykehus i Slovakia

Den mest aktuelle saken gjelder sykehustjenesten i Slovakia der en kommersiell konkurrent til det statlige forsikringssystemet krevde «likebehandling» holdt opp mot den statlige «forsikringskassen». Den fikk etter flere års prosess medhold i EU-domstolens første instans.¹⁶ Et slikt resultat ville over tid vanskeliggjort videreføring av en solidarisk sykehustjeneste basert på like tilbud til alle. I EU-domstolens øverste instans fikk slovakiske myndigheter og EU-kommisjonen støtte for at helsetjenesten måtte anses som en helhet der staten måtte styre og dermed defineres utenfor det å være tjenester i et marked.¹⁷

Dette var ikke første gang et statlig styrt helsevesen ble utfordret. En EU-dom i 2010 konkluderte med at et sykehus i Belgia tross solidarisk prissetting og fellesskapsfinansiering (liknende i Norden) tilbød behandling som ble ansett å være «i markedet» påbudt endret.¹⁸

I saken mot den tyske ambulansetjenesten Glöckner helt tilbake til 1999 kom domstolen til at når slike tjenester foregikk mot betaling, var de å anse som markedsaktivitet.¹⁹

I Finland var helsevesenet til EU-rettslig debatt

En stor mobilisering av juridiske perspektiver fikk en vakkende borgerlig regjering til å trekke seg i 2019. Etter mange års forberedelse ble en stor helse- og samfunnsreform forskjøvet i tid blant annet som følge av usikker forståelse av EU-regelverket. Regjeringen hadde her uformelt forespurt EU-kommisjonen siden helsevesenet i Finland, som i de fleste land, ville inneholde visse områder

¹⁶ ECJT-216/15, dom 5.2.2018. *Dôvera*.

¹⁷ Judgment in Joined Cases C-262/18 P and C-271/18 P Commission and Slovak Republic v *Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.*

¹⁸EU- domstolen T-137/10 om Coordination *Bruxelloise d'institutions sociales et de santé*.

¹⁹ Sak C-475/99 *Glöckner*.

med konkurranseforhold mellom offentlig og private aktører.²⁰ EU-kommisjonen la seg på samme linje som i tilfellet med Slovakia. Man betraktet helsevesen som en helhet under nasjonal styring. Å gå inn på alle enkeltelementene der stat og marked blandes, ville bli for komplisert med et stort antall saker både om statsstøtte og offentlige innkjøp. Det hører med til historien at en ny regjering 2020-21 fikk en noe justert helsereform vedtatt uten at EU ble bragt inn.

Begge deler i Norge

I helsesektoren har saker behandlet etter EØS-reglene gitt blandede utfall i Norge når det gjelder skjermingen av det offentlige helsevesenet. I den nyeste saken ga både EFTA-domstolen og tilsynsmyndigheten (ESA) støtte til å betrakte statens innkjøp og organisering av IKT-tjenestersom en del av et samlet offentlig helsesystem og ikke som markedsaktivitet.²¹

Man kom til motsatt konklusjon da ESA i 2013 påla utskilling av de statlige sykehusenes apoteker fordi en tidel av omsetningen skrev seg fra andre kjøpere enn sykehusene. Det at apotekene ble etablert og var en del av sykehusene, skjermet dem ikke fra «markedsreglene».

Man valgte altså den gang ikke å se sykehusene som en helhet. Det gjorde man heller ikke da en sak mot et kjøkken på et offentlig sykehus ble vurdert. Tilsvarende så ESA heller ikke den regionale tannhelsetjenesten som en helhet da man i 2014 påla å utskille den lille delen som ble ytt overfor betalende pasienter, hovedsakelig i norske utkantkommuner med dårlig tannlegetilbud.

I samme retning har man nå en sak om EUs pasientdirektiv. ESA reiste sak overfor EFTA-domstolen, da man fant den norske praksis for begrensning av pasientbehandling i andre EØS-land som «for restriktiv».²²

Uten å gå fullt inn i sakene rettslig og samfunnsmessig, illustrerer de to viktige forhold:

- Det er potensielt variabelt i hvilken grad en juridisk basert logikk ser et offentlig og solidarisk innrettet helsevesen som en helhet. Det norske systemet har, i likhet med det finske og andre nordiske et stort antall

²⁰ Utskrift YLE 8.mars 2019 i vedlegg.

²¹ EFTA Court REPORT FOR THE HEARING in Case E-9/19.

²² ESA Case No: 72376 Document No: 1095594.

ordninger, der en ut fra markedsreglene kan hevde at det er statsstøtte, innkjøp og annet offentlig samarbeid som kan diskuteres.

- Kommersielle aktører har i Indre marked et regelverk de kan benytte seg av for å utvide sin «markedsandel».

I Norge fikk man et løft i den generelle oppmerksomheten omkring disse problemstillingene da høyreregjeringen i 2016 nedsatte et utvalg som skulle påskynde markedsretting med utgangspunkt i en ESA-sak om offentlig støtte: «Vil øke konkurransen» var overskriften på den pressemeldingsom tok utgangspunkt i en klage fra ESA, der man krevde at offentlige virksomhet (sykehusene var spesielt nevnt) måtte pålegges selskapskatt og fratas statsgaranti for tjenester som kunne ha preg av markedsaktivitet.²³ Først etter adskillig kritikk i samfunnsøkonomiske utredninger²⁴ og press fra Ap, LO og kommunenes interesseorganisasjon, ble en aktiv «juridisk» prosess lagt til side.²⁵

²³ Pressemelding fra Næringsdepartementet 13. juni 2016.

²⁴ KS/BDO desember 2018 med samfunnsøkonomisk vurdering av Hjelmeng-utvalget og ESAs forslag, Oslo Economics del 2 fra 5. januar 2020: Samfunnsøkonomiske effekter av tiltak for å fremme like konkurransevilkår for offentlige og private aktører i markedet.

²⁵ Pressemelding fra Næringsdepartementet 4. mai 2021.

7 Hvordan velferd og offentlige tjenester «utilsiktet» påvirkes

Hvordan har det seg at EU-politikk har kommet til å påvirke forholdet mellom stat og marked når det gjelder samfunnsorganisering? Selv om offentlig oppgaveløsning for helse, i likhet med annen velferd og offentlig tjenesteyting ikke skal forhindres av markedslogikken,²⁶ har det oppstått problematiske utslag fra et nordisk sosialdemokratisk perspektiv.

Noen oppfatter dette som en «politisk skuffelse» fordi en kunne anse EU som et politisk prosjekt med sosialdemokratisk samfunnsforståelse og vilje til styring. Venstrefløyen i Norden kritiserer det som kan høres ut som overdreven tro på marked og konkurranse. Dette er forståelig, men ikke uten videre riktig. Mye av EØS-reguleringer kan da også oppleves som «overdreven» myndighetsaktivisme.

EUs konstitusjon har i liten grad utviklet en felles stat i økonomisk forstand, men i hovedsak basert den økonomiske integrasjonen på felles markeder og felles handelspolitikk. Men nettopp utviklingen av slike åpne markeder mellom land reiser utfordringer når et stort mangfold av både statlige systemer og arbeidsmarkeder møter hverandre og skal virke sammen på tvers av grenser.

Når EU-institusjonene satset på felles markeder, var dette den åpenbart enkleste metode for å skape økonomisk, og etter hvert også samfunnsmessig integrasjon. Alternativet kunne teoretisk vært oppbygging av styringsinstitusjoner og instrumenter på europeisk nivå. Slike ville krevd avståelse av økonomi og makt som mange medlemsland ville betakke seg for. Det politiske grunnlaget kunne vanskelig mobiliseres i kjølvannet av de dårlige øst-europeiske erfaringer og over tid også generelt dårligere erfaring enn i Norden med statlig styring av økonomi og samfunn.

Det viste seg da også i praksis at det mest ambisiøse økonomiske styringsprosjektet, ØMU, ikke har vært en udelt suksess. Man kan kritisere enkeltbeslutninger og enkeltland. Men erfaringene fra ØMU viser vel at «det ikke er så lett».. Mange land, ikke minst nord i Europa, ble ikke overbevist om fordelene. Det manglende gjennomslag i sør-Europa har medvirket til at mye overnasjonal styringskraft har gått med til forsøk på statsfinansiell disiplinering av utsatte land. Regler for statsstøtte og bolagisering av offentlig virksomhet har nok vært like mye rettet mot slike utfordringer som å skape en «liberalistisk økonomi».

²⁶ Artikkel 59 i EØS-avtalen.

For nordisk sosialdemokrati har den mest markerte felles motivering for EØS vært økonomisk begrunnet. Også i Norden var det mange som hadde samarbeid og samling av Europa som viktig mål, men mest konsensus innad i og på tvers av Norden var ønsket om tilgang til åpne eksportmarkeder på linje med handelspartnere. Også EU selv hadde i opprinnelsen handel og økonomisk samarbeid som «operativt» mål. Først med tanke på kull og stålindustri, dernest handel med varer generelt, med gradvis overføring av en parallell forståelse for tjenester, arbeid (personbevegelse), investeringer og betalinger (kapitalbevegelse).

Regelstyring uten samfunnsanalyse

Selv med de diskusjoner som foregår i de fleste land, er det stor enighet om EUs politiske betydning for Europa og for den stadig større og viktigere handelsvirksomhet. Det som har skapt mer diskusjon er at økonomisk åpenhet og harmonisering også samtidig har visse samfunnsorganiserende virkninger. Mest diskusjon og uforutsette utfordringer har kommet når det gjelder arbeidsmarked og organisering av offentlig sektor.

At dette skjer får lite oppmerksomhet dels fordi det er krevende å analysere, det blir lett et begrenset innslag av den type utredning, analyse og kvalitetssikring vi baserer oss på i hjemlig politikk og forvaltning. På overnasjonalt nivå er de politiske og institusjonelle prosessene så krevende i seg selv med mange ulike land og med juss og regelstyring som sentrale virkemidler.

På nasjonalt nivå skal man ha ansvar for å medvirke til utvikling av regler på overnasjonalt nivå. Dette er krevende prosesser som det sjelden blir tid til å underlegge normale demokratiske prosesser nasjonalt. Like viktig er at reglene skal forvaltes i en ofte komplisert og skiftende virkelighet. Det blir lett til at den overlates juridiske prosesser.

Men juridiske prosesser kan vanskelig ta ansvar for å analysere samfunnskonsekvenser og behovet for aktive tilpasninger og kanskje mobilisering av politiske organer for å oppnå en god tilpasning til nasjonale forhold og hensyn. Det oppstår en selvforsterkende passiviserende prosess. Fravær av oversikt i både substans og prosess virker demobiliserende på politisk interesse, medieinteresse og sakseierskap. Uheldige virkninger kan oppstå. Det regelverk mange forstår som markeds- og konkurransefremmende kan paradoksalt nok ha svakheter som likner de som oppsto i sentralt styrte planøkonomier i øst-europa. Markedenes iboende kompleksitet og behov for dynamikk er ikke lettere å forstå om detaljstyringen skjer i markedskonkurransens navn. Fjernstyring av enkeltstater og kommuners virksomhet blir ikke enkel selv om man kaller dem konkurransefremmende regler for innkjøp og statsstøtte.

Nordisk modell krever aktiv bruk av handlingsrom

Det siste gir særlig stor spenning overfor de nordiske land. De forskjeller vi har beskrevet for helseorganisering og arbeidsmarked i foregående tekst, er en underliggende forklaring for spenninger på EU-EØS-nivå. I Norden har man dels større innslag av koordinert og kollektiv samfunnsstyring via en «sterk stat» og gjennom koordinerende mekanismer i arbeidsmarkedet. Samtidig legger man stor vekt på effektive markeder der disse er gitt en sterk rolle i blandingsøkonomien.

I mange europeiske land er blandingsforholdet annerledes. Staten og fagbevegelsen deler ansvar med andre sosiale institusjoner. Markedsøkonomien er mindre konsekvent gjennomført selv på de områder den egner seg best. Denne mer kompliserte formen for blandingsøkonomi forsøkes ofte kompensert med sterke individuelle rettigheter enn den vi har i en forhandlingspreget nordisk tradisjon.

På europeisk nivå får en lett et dobbelt utslag av denne mer «uklare» styringsform. Først ved at mange av EUs medlemsland har en slik tradisjon «hjemmefra». Dernest ved at EUs institusjoner av andre grunner lider av en liknende begrensning. Virkemidlene er lite utviklet målt mot ambisjoner medlemslandene lett konkurrerer om å pålegge fellesskapet. EUs budsjett er minimalt målt i prosent mot nasjonale statsbudsjetter. Viljen til å innordne seg flertallsbeslutninger og å gi nødvendig overnasjonalt mandat mangler ofte.

Dette styringsparadokset forsøkes forståelig nok kompensert gjennom det virkemiddel man har: regelstyring og juss. I diskusjonen om «helseunion» kommer det til uttrykk i henvisningen til EUs pakt om grunnleggende rettigheter fra 2012. Denne er en blanding av sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle «rettigheter, friheter og prinsipper». Denne er ikke en del av EØS-avtalen men påvirker gjennom prinsippet om parallellitet eller «homogenitet» mellom EU og øvrig EØS på de områder avtalen dekker. Fordi EU-retten er uklar, utvikler seg over tid og inneholder visse indre motsetninger, er potensielle konsekvenser også for Island og Norge aktuelle.

Dynamikk i samfunn og rettspraksis kan påvirke

EUs viktigste praktiske oppgave helt fra starten for 70 år siden og fram til i dag har vært å fremme handel mellom medlemslandene. I første omgang mellom de seks geografisk mest nærstående kontinentale land. Også Norden ble omfattet tidlig av denne prosessen (fra 1960) gjennom EFTA. Det var en «lillebror til

EU» beliggende litt mer «perifert» nord og sør i Europa²⁷. Og det var handel med varer det primært dreide seg om i begge institusjoner.

Den grunnleggende EU-jussen ble formet i 1950-tallets virkelighet; regelen for statsstøtte er uforandret fra 1957. Det uheldige for velferdsområdet og offentlig tjenesteyting er at denne handelslogikken, lagd for industri og kullgruver, i uheldig grad ble overført på tjenester. Dernest det faktum at tjenester som er statlige eller kommunale blant annet i nordiske land også var å finne i kommersiell leveranse i noen andre. Det ble konflikt mellom handelsreglene for tjenester og «løftet» om nasjonal styring av stat og kommunes rolle.

Samtidig ble et annet hensyn stadig viktigere i EU, særlig fra 1990-tallet. Mange EU-land har hatt altfor store utgifter målt mot hva de tok inn i skatt. Statsgjelda var kraftig stigende og kunne true den felles valuta som etter hvert skulle etableres. Først i 2012 ble det for første gang åpent formulert av EU-kommisjonen at handelsregelen fra 1950-tallet også kunne benyttes for å fremme medlemslands budsjett disiplin.

Også andre «ytre» formål enn stabile konkurranseforhold og fravær av subsidiekappløp har over tid spilt en rolle for EUs store vekt på holde «statsstøtten» under tilsyn og kontroll. Uryddige forhold mellom stat og næringsliv, herunder korrupsjon, er en kjent problemstilling i internasjonal økonomi. Slikt har også vært til stede i EU sin gradvis mer sammensatte krets av medlemsland.

Den over en lang periode skjerpede «disiplineringsstrategi» ble fra rundt år 2010 etterfulgt av reversering de påfølgende år. Kommisjonen så at det måtte gjøres stadig flere omfattende unntak for å hindre en uhåndterlig mengde saker.

²⁷ Ved inngåelsen av Stockholm-konvensjonen i 1960 bestående av Danmark, Norge, Portugal, Storbritannia, Sveits, Sverige og Østerrike. Senere kom Island, Finland og Liechtenstein.

VEDLEGG Om finsk helsereform og EU-notifikasjon

EU-kommissionen har bett Finland att inte notifiera EU om reformen. Det berättar ambassadör Marja Rislakki vid Finlands ständiga representation i Bryssel för Svenska Yle. YLE 8.mars 2019

Statsminister Juha Sipilä berättade i lördags i statsministerns frågetimme i radio att EU-kommissionen bett Finland att inte notifiera kommissionen om vård- och landskapsreformen. Uppgiften överraskade många eftersom [riksdagens grundlagsutskott har förutsatt att en sådan anmälan görs](#) och regeringen har fått kritik för sin ovilja att notifiera EU.

Ambassadör Marja Rislakki vid Finlands ständiga representation i Bryssel bekräftar för Svenska Yle att hon fått en sådan uppmaning från kommissionen och att Sipilä uppfattat den riktigt.

Enligt Rislakki fick hon i onsdags (27.2) ett samtal från konkurrenskommissionär Margarethe Vestagers kabinettschef Ditte Juul-Jørgensen.

- Hon förmedlade informationen att Finland inte bör sända några notifikationer gällande vårdreformen, säger Rislakki.

Kan man tolka det här som att EU-kommissionen officiellt har bett Finland att avstå från att notifiera?

- Hon rekommenderade att Finland inte skickar in en notifikation.

Hur officiellt är det?

- Det kan jag inte avgöra. Jag har bara verkat som budbärare.

Ambassadör Marja Rislakki vill inte dra några slutsatser om huruvida kommissionens besked betyder att vårdreformen är förenlig med EU:s konkurrenslagstiftning. - Kabinettschefen sa att det skulle vara svårt att få juridisk klarhet i en så här mångfacetterad fråga.

Vad föreslår alltså kommissionen att Finland gör?

- Hon sa att kommissionen är redo att diskutera hur man på andra sätt kunde föra saken vidare. Men hon berättade inte på vilket sätt det kunde skötas, bara att man kunde diskutera saken med finländska tjänstemän.

Skulle en så kallad rättssäkerhetsanmälan som regeringen talat om vara en sådan metod?

- Det är också en slags notifikation. Jag fick beskedet att man inte bör skicka in någonting sådant här, säger ambassadör Marja Rislakki.