

## FOKUS: NORGE OG EU: BETYDNINGEN AV MEDLEMSKAP

# I blindsonen av norsk EU-debatt: EUs helseberedskap i kjølvannet av koronapandemien

Øyvind Svendsen

*Norsk utenrikspolitisk institutt (NUPI), Norge***Sammendrag**

Denne artikkelen utfordrer den norske EU-debatten ved å sette søkelys på et oversett, men stadig viktigere politikkområde for europeisk samarbeid, nemlig helsepolitikk og mer spesifikt helseberedskap. EU har iverksatt store prosjekter knyttet til helseberedskap i kjølvannet av koronapandemien. Norge er omfattet av noen av disse gjennom EØS-avtalen, men står også utenfor viktige initiativer. Denne artikkelen tjener to formål: den kartlegger den pågående utviklingen i EU på helseberedskapsområdet og vurderer i hvilken grad nettopp dette området bør ta mer plass i den norske europadebatten og debatten om holdbarheten til dagens status quo. Artikkelen identifiserer videre to konkrete områder som er sentrale for Norge knyttet til helseberedskap. Det ene dreier seg om utviklingen av EUs helseunion og Norges politiske arbeid med å sikre formell tilgang til alle initiativene som nylig har blitt utviklet i EU. Det andre er virkningene EUs sterkt intensiverte arbeid med helseberedskap har for norsk helseindustri. Artikkelen konkluderer med at norske sårbarheter er særlig knyttet til det politiske utenforskapet, men at disse sårbarhetene må sees i sammenheng med eventuelle bidrag norsk helseindustri kan gjøre i det europeiske helsemarkedet dersom Norge blir tettere tilsluttet helseunionen.

**Nøkkelord:** helse · Norge · EU · helseberedskap · pandemiKontaktinformasjon: Øyvind Svendsen, e-post: [OyvindS@nupi.no](mailto:OyvindS@nupi.no)

©2023 Øyvind Svendsen. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially, provided the original work is properly cited and states its license.

Citation: Svendsen, Ø. (2023). *I blindsonen av norsk EU-debatt: EUs helseberedskap i kjølvannet av koronapandemien. Internasjonal Politikk, 81(4), 602–614. <http://doi.org/10.23865/intpol.v81.5898>*

## Introduksjon

Denne artikkelen utfordrer den bredere norske EU-debatten ved å sette søkelys på et nokså oversett, men viktig politikkområde for europeisk samarbeid, nemlig helsepolitikk og mer spesifikt helseberedskap. Helseberedskap henviser her til «forvaltningens og helse- og omsorgstjenestens forebygging av uønskede hendelser og håndtering av slike hendelser» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; se også Europakommisjonen, 2022a). Under og etter koronapandemien har EU tatt en rekke steg for å bedre og samordne sin evne til forebygging og krisehåndtering knyttet til helseberedskap. Denne satsingen inneholder flere elementer og er del av det bredere helserelaterte området EU kaller en helseunion (Europakommisjonen, u.å.). Helt sentralt i dette er opprettelsen av HERA – Health Emergency Preparedness and Response – i 2021. Gitt utviklingen innenfor helsepolitisk samordning i EU etter koronapandemien er det rimelig å fastslå at EU har styrket seg på dette feltet (se Riddervold & Trondal, 2020). Norge har hele veien ønsket en avtale for å bli fullverdig medlem i HERA, men uten at EU har vært villig til å iverksette formelle forhandlinger (Altinget, 2023). Først sent i 2023 åpnet EU for forhandlinger om deltakelse i helseunionen for Norge og de andre EØS-landene. I kjernen av det arbeidet fra regjeringens side ligger erfaringene Norge gjorde seg med covid-19, og særlig de sårbarhetene som viste seg i forbindelse med håndteringen av pandemien. I forlengelse av erfaringene med covid-19 retter denne artikkelen søkelys på særlig ett viktig aspekt ved helseberedskap, nemlig tilgangen på vaksiner, medisiner og annet medisinsk utstyr i helsekriser. Det dreier seg i denne sammenheng altså om et enkeltsaksfelt, men et saksfelt som også reiser prinsipielle problemstillinger knyttet til Norges forhold til EU.

Mye tyder på at en ny norsk EU-debatt ikke ligger altfor langt frem i tid. De siste par årene har vært preget av Russlands invasjon av Ukraina, noe som blant annet førte med seg en jevn strøm av argumenter i Norge om at det er på tide med en ny debatt om norsk medlemskap i EU (Eriksen, 2022). Den kontinuerlige offentlige samtalen om norsk europapolitikk dreier seg derimot ofte om enkeltsaker, slik som tilknytningen til EUs energibyrå ACER. Ut over dette har det blitt fremmet argumenter om at Norge har ført en passiv europapolitikk i perioden etter at EØS-avtalen trådte i kraft i 1994 (Olsen et al., 2017). I den overordnede debatten, både i den norske forskningen og den bredere debatten, er det rimelig å si at spørsmål om suverenitet og demokratisk underskudd utgjør kjernen (Eriksen, 2008; Rye, 2019). Noen har gått så langt som å hevde at Norge sitter i en integrasjonsfelle der «landet har pådratt seg et betydelig demokratiproblem», mens «det motsatte er tilfellet med EU» (Eriksen, 2022). Fra EU-siden har det etter hvert blitt en etablert tradisjon i forskningen å vurdere i hvilken grad kriser driver EU-samarbeidet fremover (Riddervold et al., 2021; Riddervold & Trondal, 2020). Dette er særlig relevant med hensyn til denne artikkelens fokus på helseberedskap, ettersom covid-19-pandemien har drevet frem en rekke nye initiativer på EU-nivå.

EUs styrking av helseberedskapen i Europa og Norges tilsynelatende krevende vei inn i dette samarbeidet viser begrensninger i Norges tilknytning til unionen.

EØS-avtalen dekker sentrale områder, og Norge har siden den ble inngått også signert en rekke spesifikke avtaler med EU på ulike felt (NOU 2012: 2). Men i møte med en rekke utfordringer, slik som eurokrisen, migrasjonskrisen, brexit og krigen i Ukraina, har EU i stadig større grad løst enkeltsaker ved bruk av ulike politiske og juridiske mekanismer uten å gjøre endringer i traktatene. Dette setter Norge i en sårbar posisjon all den tid det er tverrpolitisk enighet om at europeisk samarbeid vil være viktig i fremtidige helsekriser á la koronapandemien. Hensikten med denne artikkelen er å tjene to formål: den vil gi en systematisk vurdering av samtidige utviklingstrekk i EUs helseberedskap og den vil plassere et viktig politikfelt inn i den overordnede norske europadebatten. Artikkelen identifiserer videre to konkrete områder som er sentrale for Norge i tiden fremover. Det ene knytter seg til utviklingen av EUs helseunion og Norges arbeid med å sikre formell tilgang til alle de initiativene som har blitt utviklet i EU siden 2020. Det andre er virkningene EUs sterkt intensiverte arbeid med helseberedskap har for norsk helseindustri. Betydningen av norsk helseindustri i denne sammenhengen knytter seg til to forhold. Det ene er spørsmålet om hvilke muligheter og begrensninger EUs utvidede politikk på dette området kan ha for norsk helseindustri. Det andre, og som er enda mer sentralt, er hvordan norsk helseindustri kan bidra inn i det europeiske helseberedskapsarbeidet og på den måten gjøre det mer attraktivt for å EU å innlemme Norge tettere i helseunionen – noe det er tverrpolitisk enighet om at er i norsk interesse. Artikkelen konkluderer med at norske sårbarheter er særlig knyttet til det politiske utenforskapet, men at disse sårbarhetene må sees i sammenheng med eventuelle bidrag norsk helseindustri kan gjøre i EUs helsearkitektur dersom Norge blir tilsluttet HERA.

## Norge, EU og koronapandemien

Utfordringene med Norges utenforskap knyttet til helseberedskap startet allerede før flere av EUs nye initiativer ble lansert i kjølvannet av koronapandemien. Dette knyttet seg særlig til anskaffelser av vaksiner i krisehåndteringsfasen. Historien er kjent for mange, men det er nødvendig å gjengi den kort her for å tydeliggjøre relasjonen mellom Norge og EU i spørsmål om helseberedskap.

Koronapandemien utløste et globalt vaksinekappløp der land og blokker av land kjempet om kontrakter for tilgang på vaksiner og annet medisinsk utstyr. Den stadig mer volatile globale politiske situasjonen endret også rammebetingelsene for å sikre kritisk helseutstyr i Norge og Europa – og resten av verden – i møte med en stor og alvorlig grensekryssende helsekrise. Økt konkurranse mellom land og tiltagende geopolitisk spenning førte til at det som før har blitt sett på som trygge forsyningslinjer i en globalisert økonomi, falt under et enormt press. Da pandemien brøt ut i 2020, brøt også de globale forsyningslinjene sammen, og Europa fikk ikke tilgang på kritisk utstyr fra verken USA eller Kina.

Det europeiske vaksinasjonsprogrammet, ledet av Europakommisjonen, startet opp den 27. desember 2020 og ble hyllet som et rørende øyeblikk og et uttrykk

for europeisk solidaritet (BBC, 2020). Imidlertid startet 2021 med konflikter og forsinkelser i vaksinasjonsprogrammet, til tross for at det var forhandlet frem store bestillinger av vaksiner til lave priser i 2020. Dette førte til at EU lå bak sammenlignbare land som USA og Storbritannia. Selv om Europakommisjonen lyktes i å sikre felles europeiske tiltak som respons på det som til slutt ble nasjonale reaksjoner og grensestengninger på tvers av EU i mars 2020, fremstod EUs globale innsats som mindre vellykket da den møtte motstand fra vaksineindustrien (Svendsen, 2021). Brugner og Schuch (2020, s. 2) tilskriver noe av skylden for EUs svake prestasjoner i håndteringen av krisen til Europakommisjonens begrensede kompetanse innen helse: «Situasjonen ble ytterligere forverret av det faktum at Europakommisjonens kompetanse innenfor offentlig helse er marginal, og det lille som er tilgjengelig har vist seg uheldig.»

Naturlig nok ble det derfor også debatt i Norge, der flere partier stilte spørsmålstegn ved EU-sporet og der særlig de britiske og israelske tilnærmingene ble fremmet som alternative veier til å sikre vaksiner til den norske befolkningen. Regjeringen gjentok i denne debatten budskapet om at selv ikke Norges enorme rikdom ga handlingsrom til å handle alene med vaksineprodusenter som i praksis opplevde uendelig etterspørsel fra alle verdens land og blokker. Derfor ble det, på tross av vurdering av flere alternativer, via EUs innkjøpsavtaler at Norge anskaffet vaksiner. Dette var riktignok ikke gitt, ettersom EU benyttet seg av en anskaffelsesmekanisme ved navn The Emergency Support Instrument (ESI), som juridisk sett ikke åpnet for tredjelandsdeltagelse (Melchior, 2021). Dette ble en stor utfordring for Norge, ettersom ESI er forbeholdt EUs medlemsland. Til slutt var det den svenske vaksinekoordinatoren, Richard Bergström, som jobbet frem at Norge (og de andre EFTA-landene) fikk ta del i EUs vaksineanskaffelser. Denne prosessen er grundig dokumentert i kapittel 8 i Koronakommisjonens rapport (NOU 2022: 5), og Richard Bergström har mottatt Den Kongelige Norske Fortjenstorden for sitt bidrag til Norges koronabekjempelse (Regjeringen, 2022a). I forbindelse med tildelingen uttalte statsminister Jonas Gahr Støre at «samarbeidet med EU har vært avgjørende for håndteringen av pandemien i Norge. Derfor følger vi Koronakommisjonens anbefaling og arbeider for å delta i EUs samarbeid om helseberedskap og kriserespons» (Regjeringen, 2022a).

### **Utviklingstrekk i EUs helseberedskap – på vei mot strategisk autonomi?**

Det europeiske integrasjonsprosjektet har fra sin opprinnelse midt på 1900-tallet ikke vært ment å drive med utstrakt politikk på helseområdet. På EU-språket er helse stadig en nasjonal kompetanse. Men med fullføringen av det indre markedet frem mot Maastricht-traktaten i 1992 ble helse gradvis satt på agendaen, og EU kan spille en rolle som koordinerende instans og supplement til medlemslandene (Veggeland, 2017). Helse har også blitt viktigere i forbindelse med regulering av det indre markedet. Pandemien må sies å ha drevet medlemsstatene til å ta nye felles steg innenfor helseberedskap, og Europakommisjonens president Ursula von der Leyen lanserte

disse tiltakene under overskriften «Helseunion» i sin årlige tale den 16. september 2020 (Europakommisjonen, 2020). Noen år inn i arbeidet med dette er det flere sentrale initiativer og endringer som har vokst frem på helseberedskapsområdet (se også Time & Veggeland, 2022).

For det første har unionen vedtatt en ny forordning om alvorlige grensekryssende helsetrusler (2022/2371; EU, 2022). EU brukte lang tid på å vedta denne forordningen, men det ble omsider enighet mellom medlemslandene, og forordningen skal blant annet sikre nasjonale planer knyttet til helseberedskap, rapportering, integrerte overvåkningssystemer og risikovurderinger. Videre har EU styrket mandatene til EUs smittevernbyrå (ECDC) og legemiddelbyrå (EMA). Mye av dette bygger på et etablert samarbeid og er således ikke helt nytt: Norge er med grunnlag i EØS-avtalen omfattet av disse, herunder forordningen om alvorlige grensekryssende helsetrusler (siden 2013), EMA (etablert 1995) og ECDC (etablert 2004). Samtidig er dette et område i stadig utvikling. Til tross for dette er den norske debatten i all hovedsak innordnet rundt *nasjonal* beredskap. Dette gjelder også på industrisiden: Industriaktørene er først og fremst opptatt av at norske myndigheter i samspill med helseindustrien bidrar til verdiskapning i forbindelse med beredskapsarbeidet. For eksempel legges det vekt på at den norske staten må bidra som en god innkjøper, ofte uten en diskusjon om hvordan verdien av et europeisk marked i den sammenheng kan være stor. Dette henger sammen med helseindustriens fokus på at næringsutvikling og beredskap må sees i sammenheng, og at en konkurransedyktig norsk legemiddelindustri er en forutsetning for å sikre helseberedskap i Norge. Men de ovennevnte endringene i EUs helseberedskapsapparat omfatter altså Norge.

Det kanskje viktigste tiltaket i forbindelse med EUs styrking innenfor helseberedskap er opprettelsen av et nytt generaldirektorat: DG HERA. HERAs mandat går ut på å hindre, oppdage og reagere på helsekriser som koronapandemien. For å sørge for dette skal HERA «koordinere/sikre utvikling, produksjon, anskaffelse og distribusjon av nødvendige varer og utstyr som kan dekke EUs behov i en krisesituasjon. Dette omfatter blant annet legemidler, vaksiner, og smittevernutstyr/medisinsk utstyr. HERA skal også sikre beredskapslagre for viktige produkter/utstyr» (Time & Veggeland, 2022, s. 3). Videre opererer HERA i to faser, en beredskapsfase og en krisefase – sistnevnte som utløses når en helsekrise inntreffer.

Fordi HERA er organisert slik det er – som et eget generaldirektorat med en ansvarlig kommisær – finnes det ikke formelle mekanismer eller presedens for hvordan tredjeland kan inviteres inn i samarbeidet. En kan også spekulere i hvorvidt nettopp det også er årsaken til at Norges forespørsel om forhandlinger med sikte på deltagelse har dratt ut i tid. Det skyldes neppe at medlemslandene ikke har noe ønske om å innlemme EØS-landene. Mer sannsynlig er det at arbeidet med å få HERA opp å stå som en fullverdig institusjon tar tid i seg selv, noe som flytter innlemming av tredjeland nedover på EUs prioritetsliste. Norge står foreløpig utenfor, selv om Europakommisjonen har åpnet for forhandlinger, og med alle tiltakene knyttet til den nye helseunionen vil EU søke å sikre seg ved neste krise. Omstillingsevnen og

produksjonskapasiteten av utstyr, medisiner og vaksiner skal sikres innenfor EUs egne grenser for å unngå kappløpet og eksportrestriksjonene som oppsto under koronapandemien. For eksempel vil HERA legge til rette for at en fabrikk i EU som vanligvis produserer alminnelige legemidler ved en helsekrise raskt skal kunne gå i krisemodus og isteden produsere de medisiner og vaksiner som trengs for å håndtere krisen.

Rammen som omfatter alle de ovennevnte utviklingstrekkene i EUs tilnærming til helseberedskap, er ambisjonen om det som ofte omtales som strategisk autonomi. Begrepet er omdiskutert, men det knytter seg til den stadig mer usikre globale situasjonen og hvordan EU på flere felter er nødt til å sørge for større uavhengighet fra omverdenen. Dette begrepet vokste frem utover på 2010-tallet og handlet i stor grad om at EU var nødt til å utvikle kapasiteter som satte Europa i en posisjon til å handle på internasjonale utviklingstrekk uavhengig av andre. I Frankrike ses dette særlig i relasjon til kontinentets stadige avhengighet av USA, og spesielt knyttet til sikkerhetspolitikk. I andre land er ideen om strategisk autonomi langt mer kontroversiell nettopp fordi USA fremdeles er sett på som en ønsket partner og alliert.

Målsettingen om strategisk autonomi må også forstås i forbindelse med EUs generelle dreining i retning av en mer intervensjonistisk og proteksjonistisk nærings- og industripolitikk. Som nevnt tidligere innførte også EU-land eksportrestriksjoner under pandemien, og arbeidet med helseunionen kobles nå opp mot ønsket om å oppnå større grad av strategisk autonomi gjennom bedre beredskap og krisehåndtering fra innsiden av unionen. Det er riktignok en iboende spenning i ambisjonen om strategisk autonomi: På den ene siden ønsker EU å fremme global handel så langt det er mulig. På den andre viser erfaringer de senere årene at unionen også ser behov for å gjøre seg uavhengig av omverdenen på enkelte områder. Derfor har også begrepet *åpen strategisk autonomi* dukket opp i EUs dokumenter, uten at det nødvendigvis tar bort den iboende spenningen. Her ser vi paralleller til den norske debatten om behovet for selvforsyning innenfor helseberedskap. Et viktig poeng er uansett at et lite land som Norge alene ikke kan være selvforsynt i møte med en stor, grensekryssende helsekrise i koronapandemiens størrelsesorden. Dette gjelder spesielt i en tid preget av større usikkerhet og flere og ofte parallelle kriser, med behov for beredskap på mange ulike områder. Det betyr i praksis at Norge kan bli avhengig av å koble seg opp mot EUs beredskap og krisehåndteringssystemer for å kunne ha tilgang til nødvendig medisinsk utstyr, legemidler og vaksiner i en krisesituasjon. Dette er også bakgrunnen for at det er bred politisk enighet om at Norge bør knytte seg tettest mulig opp mot EUs helseunion. Her kan det selvsagt innvendes at Norge lyktes godt med pandemihåndteringen, men å satse på ad hoc-løsninger fra vennligsinnede og kreative vaksinekoordinatorer i EUs medlemsland er neppe en strategi mange vil mene er god på lang sikt. Neste avsnitt skifter fokus fra de institusjonelle rammebetingelsene knyttet til EUs helseberedskap og sammenfatter de mulige virkningene en eventuell avtale om helseberedskap mellom Norge og EU kan ha på aktiviteten i norsk helseindustri.

## Virkninger for norsk helseindustri

Den norske helseindustrien er også positiv til norsk deltagelse i HERA. Det er det naturlig at den er, all den tid det følger økonomiske insentiver og økte markedsmuligheter. Helseindustriens budskap til myndighetene er gjerne knyttet til virkemiddelapparatet, og HERA-deltakelse vil kunne spe på det apparatet. En omfattende rapport fra Menon Economics (2021) konkluderte kraftig med at eksportpotensialet i norsk helseindustri er stort, og dette refereres flittig når industrien ber myndighetene om å skape gode vilkår via EU-sporet. En industriorientert forutsetning for at en avtale mellom Norge og EU på helseberedskapsfeltet skal øke produktiviteten i den norske helseindustrien er at Norge og EU inngår en avtale som sikrer varme fasiliteter / løpende produksjon og støtte i hele innovasjonsprosessen fra utvikling via testing og verifisering til kommersialisering. Med det menes det at de bedriftene som stiller seg til rådighet for europeisk helseberedskap og krisehåndtering skal kunne være konkurransedyktige også når de ikke kalles på for å løse en helsekrise. En konkurransedyktig industri som fungerer i normale tider er en forutsetning for å ha tilgjengelig kapasitet når det blir behov for å tilpasse eller legge om produksjonen i henhold til de konkrete behovene ved en gitt krise. Dette kan også bety økt beredskap fordi tilgangen på et europeisk marked ved krise gir anledning til å opprettholde nødvendig produksjon også i tider der det *ikke* er etterspørsel etter varene – nettopp de varene det er behov for i en krise – i hjemmemarkedet. En avtale med EU vil dermed kunne gi industrien bedre og mer langsiktige rammebetingelser og økonomisk stabilitet.

Et av Europakommisjonens svar, og som er relevant for den norske helseindustriens interesser som definert over, er EU FAB, et instrument som sikrer deltakende bedrifter såkalt varme produksjonsfasiliteter mot at de fristiller sin kapasitet til å produsere vaksiner etter EUs behov (Europakommisjonen, 2022b). Helseindustrien i Norge etterspør også i stor grad denne typen kontrakter, og bedrifter i EØS-landene kan allerede delta i dette programmet. Gjennom denne mekanismen lyses det ut tilbud der industrien får mulighet til å ta del i nettverk av varme produksjonskapabiliteter for vaksiner. Norske bedrifter kan ta del i dette fordi mekanismen er utlyst gjennom helseprogrammet EU4Health fra 2021 som har blitt innlemmet i EØS-avtalen gjennom avtalens protokoll 31 som omhandler samarbeid på særlige områder som faller utenfor de fire friheter (Regjeringen, 2021).

Et annet viktig ledd for norsk helseindustri i å sikre økt aktivitet som følge av en avtale med EU er å fremme de kapasitetene som norske aktører kan bringe med seg inn i et helhetlig europeisk beredskapssystem. Dette har vært en kommunikasjonsutfordring i Norges sonderinger med EU. Her trekkes særlig kvaliteten og tilgangen på sterke forskningsmiljøer og de norske helseklyngene frem fra norsk side. I et avtaleverk der Norge tar del i HERA vil norske industriaktører være en del av den samlede europeiske helseberedskapen, noe som også kan skape muligheter for norske bedrifter. Dette fordrer at merverdien av den kunnskaps- og teknologiintensive

helseindustrien i Norge blir tilstrekkelig promotert og inkludert i den fremvoksende europeiske arkitekturen for helseberedskap. En stor helsekrise som koronapandemien er, paradoksalt nok, også en stor markedsmessig mulighet for helseindustrien i seg selv, der det offentlige er primærkunden. Det samspillet mellom industrien og myndighetene som EU på sedvanlig vis legger opp til blir dermed ansett som en fordel for helseindustrien. Gjennom investeringsinitiativet som reaksjon på covid-19-viruset (CRII/CRII+) under samhørighetspolitikken, frigjorde for eksempel EU en stor mengde ubrukte midler for å støtte helsetjenestene i Europa. Deler av dette kom også den europeiske helseindustrien til gode.

Den norske helseindustrien er videre en av fastlandsøkonomiens største eksportnæringer. En eventuell avtale mellom Norge og EU om helseberedskap vil ifølge næringen selv kunne legge til rette for å øke eksporten ytterligere. Selv om den norske helseindustrien er en stor eksportnæring, er den allikevel nokså liten sammenlignet med land det er naturlig å sammenligne seg med. Norge er relativt sett blant de minste eksportnasjonene i Europa, og Danmark har for eksempel mer enn 20 ganger større eksport av legemidler enn Norge. Det er her verdt å nevne at Norge er som en lilleputt å regne innenfor europeisk helseindustri, noe som tross en avtale med EU vil kunne kreve en stor nasjonal satsing for å sikre gode vekstvilkår, dersom det er politisk vilje til det. Det uttrykkes også bekymring i helsenæringen knyttet til at Norge har en for ensidig næringsstruktur basert på eksport til stagnerende markeder, og at Norge taper markedsandeler internasjonalt. En eventuell avtale mellom Norge og EU vil ifølge helsenæringen kunne kompensere for dette fordi en slik avtale vil gi tilgang til det viktige – strategisk autonome – europeiske markedet for helseindustri og helseberedskap.

En eventuell avtale med EU kan videre bidra til å øke aktiviteten i norsk helseindustri gjennom å knytte den tettere til nettverket av beredskapsaktører som stiller seg disponible til å bidra i en grensekryssende helsekrise. Det er i denne sammenheng avgjørende å merke seg at størsteparten av legemidlene som produseres i Norge allerede blir eksportert, og at det meste som anvendes i Norge er importert. Et av de store fortrinnene i norsk helseindustri er at den er kunnskapsintensiv og høyteknologisk. Det tette samarbeidet mellom helseindustrien og de sentrale forskningsmiljøene i Norge omtales ofte som en stor styrke for Norge og en avtale mellom Norge og EU kan i enda større grad legge til rette for at norske aktører kan få tilgang på forskningsmidler fra EU. Norske suksesshistorier i forskningsprogrammet Horisont Europa blir gjerne trukket frem, det samme gjør betydningen av Sintef, som en stor node i dette nettverket. Forskningen på dette feltet foregår i tett samarbeid med norsk legemiddelindustri. På samme måte som i EU, ser helseindustrien også på helseberedskapsarbeidet i sammenheng med det grønne skiftet. En eventuell avtale mellom Norge og EU vil derfor kunne hjelpe den norske helseindustrien i arbeidet med å skape en fremtidsrettet og bærekraftig næring – slik de selv formulerer det. I denne sammenhengen kan helseindustrien bidra til grønn økonomisk vekst, noe det er bred politisk enighet om at er nødvendig i Norge.



Samtidig finnes det utfordringer knyttet til samspillet mellom industri og myndigheter på ulike nivåer, som *kan* tenkes bedret dersom Norge inngår en avtale med EU. Når det kommer til samspillet mellom myndighetene og helseindustrien har det blitt trukket frem at det stadig rår stor usikkerhet knyttet til innordning av privat-offentlig samarbeid om helseberedskap. En tilbakemelding fra industrien er også at de i liten grad får relevant informasjon fra myndighetene om hvilke muligheter som ligger i EU-samarbeidet på dette området. En annen utfordring er at industrien opplever uklarhet med hensyn til hvem som er relevante myndighetsaktører i Norge og EU på helseområdet. Dette henger også sammen med at stadig flere av EUs initiativer – helseunionen inkludert – er sektorovergrepene. Dette er ikke et ukjent fenomen, og en eventuell avtale mellom Norge og EU kan tydeliggjøre samspillet mellom offentlige forvaltningsorganer og skape forutsigbarhet for industriaktørene. Samtidig ligger det her et betydelig ansvar hos helsenæringen selv, også i en situasjon der den i større grad knyttes til EUs mekanismer for helseberedskap og må forholde seg til Brussel.

Det finnes allikevel stadig en generell usikkerhet knyttet til hva som skal være rammebetingelsene for bedrifter som stiller sine kapasiteter til disposisjon gjennom det europeiske helseberedskapssystemet. En eventuell avtale mellom Norge og EU om helseberedskap vil legge deler av samordningen inn i et europeisk system som har kommet lenger i formuleringen av samarbeidet enn det som er tilfellet nasjonalt. En av kjerneoppgavene til HERA er å styrke samordningen mellom statene og industriaktørene, og en eventuell norsk tilslutning til HERA vil derfor kunne bidra til å klargjøre hvilken rolle helseindustrien skal spille i det nasjonale og europeiske beredskapsarbeidet. I sammenheng med det ovennevnte kan en eventuell avtale mellom Norge og EU om helseberedskap også bidra til å trekke private investeringer fra utlandet til norsk helseindustri. Ved å bli del av et stort regulatorisk rammeverk for helseberedskap er det rimelig å anta at det norske markedet vil bli ansett som en lavere risiko enn om det holdes utenfor.

Gjennomgangen i dette avsnittet har i stor grad trukket på bakgrunnssamtaler med representanter fra norsk helsenæring og arbeidsgiversiden. Som nevnt har norsk helseindustri et stort opplevd potensial, og det oppleves i industrien som at norsk helsenæring vil kunne tjene godt på at Norge slutter seg til HERA, noe som betyr at industrien og myndighetene langt på vei ser på denne tilknytningen på samme måte, nemlig som et gode. Det essensielle her er at dialogen og samarbeidet mellom myndigheter og industrien selv er god ettersom EUs helseunion trekker nettopp på et tett slikt samarbeid for å lykkes med instrumentene og virkemidlene sine.

## Konklusjon

Denne artikkelen har gitt en evaluering av hvordan EUs fremvoksende helseunion, og satsingen på helseberedskap spesielt, får konsekvenser for Norge. Artikkelen har lagt vekt på den raskt fremvoksende empirien knyttet til EUs helseunion etter

koronapandemien og den norske helseindustriens syn på økt norsk tilknytning til EUs helseunion. Artikkelen har videre vist hvordan helseberedskap er i ferd med å bli en lakmustest for holdbarheten av Norges valgte tilknytning til EU. På den ene siden kan ikke Norge fullt ut sikre fullstendig helseberedskap nasjonalt, særlig i møte med alvorlige grensekryssende helsekriser slik som koronapandemien. På den andre siden tikker klokken mot neste helsekrise uten at EU har vært villig til å sette i gang forhandlinger før sent i 2023. Spørsmålet om dette forblir status quo er derfor hvorvidt Norges nåværende tilknytningsform er holdbar. Samtidig kan dette argumentet også snus om på: Norges dialog med EU om tilknytning til HERA viser hvordan EØS-avtalen bidrar til at Norge fremstår som en privilegert partner, for eksempel i motsetning til Sveits, selv om prosessen trekker ut i tid.

Dette fokusnummeret som helhet er rammet inn som et alternativ til Ap/Sp-regjeringens utredning av Norges erfaringer med EØS-samarbeidet de siste årene der utvalget også skal se på erfaringene til andre ikke-medlemmer, herunder Storbritannia, Sveits og Canada (Regjeringen, 2022b). Arbeiderpartiet og Senterpartiet bestemte i Hurdalsplattformen i 2021 at denne utredningen skulle gjennomføres, og gitt særlig Senterpartiets EU-motstand var det ikke overraskende at medlemskap i unionen ikke skulle vurderes som alternativ. Allikevel skapte denne beslutningen frustrasjon blant flere norske miljøer som er positive til norsk EU-medlemskap (Dagens Næringsliv, 2022; Five, 2023). Dette fokusnummeret kan klart leses inn i denne konteksten. Mitt bidrag legger seg dog nærmere utvalgets mandat, særlig formuleringen om å vurdere «EØS-samarbeidets rolle i krisehåndtering og beredskap, herunder helseberedskap, inkludert avveininger mellom nasjonale kapasiteter og internasjonale samarbeidsløsninger som EØS-samarbeidet» (Regjeringen, 2022b). En analyse av Norges relasjon til EU innenfor helseberedskap alene kan ikke autoritativt konkludere at eneste gangbare vei for Norge er medlemskap. Det den har vist, er at i skrivende stund er Norge i en utsatt posisjon innenfor helseberedskap, og den skyldes delvis Norges nåværende posisjon som EØS-land.

Denne artikkelen har i hovedsak vist til de mulige oppsidene ved et norsk medlemskap i HERA, særlig knyttet til tilgang på vaksiner, medisiner og annet medisinsk utstyr i forbindelse med helsekriser. EU-skepsisen er naturligvis stadig stor i Norge, og Nei til EU har påpekt hvordan helseunionen bidrar til videre svekkelse av det offentlige helsevesenet i europeiske stater gjennom å tilrettelegge for privatisering (Harper, 2021). Det som ikke nevnes, er hvordan Norge skal forholde seg til EU og helseberedskap når det kommer til å sikre tilgang på vaksiner, medisiner og annet medisinsk utstyr når neste helsekrise inntreffer. I tillegg har HERA en bredere relevans særlig knyttet til forsyning som kan oppstå som følge av andre forhold og kriser. Det er heller ikke uvesentlig at Senterpartiet sitter i regjeringen som jobber hardt for å knytte Norge tettere til helseunionen gjennom en formell avtale om deltagelse i HERA. Nettopp på bakgrunn av disse trekkene befinner dette viktige saksområdet seg i blindsonen av EU-debatten: EU-motstanderne mobiliserer ikke motstand mot samarbeid om kritisk helseberedskap i sin argumentasjon knyttet til helseunionen,

og forkjemperne for EU-medlemskap har kun delvis løftet frem dette saksfeltets betydning for begrensningene i Norges bredere tilknytning til EU. Løsningen blir, i det minste på mellomlang sikt, status quo og norsk lobbyvirksomhet i Brussel.

Vi vet ikke når neste pandemi eller store helsekrise kommer. Det vi vet, er at Norge ikke kan løse den alene og at EU har gjort grep for å samhandle bedre neste gang krisen inntreffer. For Norges del *kan* dette løse seg når EU nå har åpnet for forhandlinger om deltagelse. Dersom det derimot skulle dra ut til neste krise inntreffer, ligger det stadig en skygge av sårbarhet over Norges evne til å effektivt bekjempe krisen. Denne utfordringen knytter seg mer til Norges politiske utenforskap enn til begrensningene for næringslivet. De to må allikevel ses i sammenheng: Selv om Norge har en relativt liten helseindustri – og enda mindre vaksineproduksjonskapasitet – vil norsk deltagelse i HERA kreve at Norge kan stille med produksjonsfasiliteter og kapasitet innenfor rammen av EUs helsekrisehandtering. Derfor er også dette området til syvende og sist et politisk spørsmål, selv om konsensusen i Norge er stor. Den neste alvorlige, grensekryssende helsekrisen kan være like alvorlig som koronapandemien eller verre, eller den kan være av en mindre alvorlig art. Denne artikkelen har vist hvordan helseberedskap uansett er en reell utfordring for Norge i Europa slik tingenes tilstand er i dag, og dette sakskomplekset bør derfor ta større plass i EU-debatten – ikke bare som enkeltsak, men som en lakmestest for Norges tilknytningsform til EU.

## Om forfatteren

**Øyvind Svendsen** er seniorforsker i Forskningsgruppen for global orden og diplomati ved NUPI. Hovedtema i forskningen hans er utenrikspolitikk, diplomati og forsvars- og sikkerhetspolitikk. Svendsen forsker særlig på disse temaene i en europeisk kontekst. Hans doktorgrad er fra Institutt for Statsvitenskap ved Københavns Universitet (2020). Svendsen er redaktør i tidsskriftet *Cooperation and Conflict*, 2023–2027.

## Referanser

- Altinget. (2023). *Om norsk deltagelse i HERA: Er de formelle forhandlingene med EU fortsatt ikke startet?* <https://www.altinget.no/helse/statsradensvarer/10919>
- Brugner, P. & Schuch, K. (2021). The EU's global response to the COVID-19 crisis with a focus on the Eastern neighbourhood and Africa. *ÖGfE Policy Brief*, 13(2), 1–12. [https://www.oegfe.at/wp-content/uploads/2020/06/PB\\_132020\\_Brugner\\_Schuch.pdf](https://www.oegfe.at/wp-content/uploads/2020/06/PB_132020_Brugner_Schuch.pdf)
- Dagens Næringsliv. (2022). DN mener: Problemet med regjeringens nye Europa-utredning, er spørsmålene den ikke våger å stille. *Dagens Næringsliv*. <https://www.dn.no/leder/eos/eu/jonas-gahr-store/dn-mener-problemet-med-regjeringens-nye-europa-utredning-er-sporsmalene-den-ikke-vager-a-stille/2-1-1215425>
- Eriksen, E. O. (2008). Norges demokratiske underskudd. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 25(4), 368–377.
- Eriksen, E. O. (2022). Demokratisk overskudd i Europa – hva med Norge? *Nytt Norsk Tidsskrift*, 39(3), 187–200.
- EU. (2022). *Regulation (EU) 2022/2371 of the European Parliament and of the Council on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 1082/2013/EU of 23 November 2022*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32022R2371>

- Europakommisjonen. (2020). *State of the Union 2020*. [https://state-of-the-union.ec.europa.eu/state-union-2020\\_en](https://state-of-the-union.ec.europa.eu/state-union-2020_en)
- Europakommisjonen. (2022a). *State of health preparedness report*. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-11/hera\\_shp-report-2022\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-11/hera_shp-report-2022_en_0.pdf)
- Europakommisjonen. (2022b). *EU4Health call to guarantee a fast response to future health emergencies*. [https://hadea.ec.europa.eu/news/eu4health-call-guarantee-fast-response-future-health-emergencies-2022-04-27\\_en](https://hadea.ec.europa.eu/news/eu4health-call-guarantee-fast-response-future-health-emergencies-2022-04-27_en)
- Europakommisjonen. (u.å.). *European Health Union. Protecting our health together*. [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union\\_en](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_en)
- Five, C. K. (2023). *En bremsekloss mot utredning av EU-medlemskap*. Altinget. <https://www.alinget.no/artikkel/en-bremsekloss-mot-utredning-av-eu-medlemskap>
- Harper, M. (2021). *EUs nye helseunion kommer med alvorlige bivirkninger*. Nei til EU. <https://neitileu.no/aktuelt/en-kur-for-alt>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Å verne om liv og helse. Nasjonal helseberedskapsplan*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/planer/helseberedskapsplan\\_010118.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/planer/helseberedskapsplan_010118.pdf)
- Melchior, A. (2021). Global handel og medisinsk beredskap: NUPI-innspill til Koronakommisjonen. I *NOU 2021:6, Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Menon Economics. (2021). *Strategier for økt produksjon og eksport av norsk helseindustri*. <https://cdn.sanity.io/files/loal7n8w/inno-prod/c893ecc44ad2ec2f82d2863da086d407d7105a1a.pdf>
- NOU 2022: 5. (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*. Statsministerens kontor. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/>
- Olsen, E. D. H., Rosén, G. & Trondal, J. (2017). *Hvordan virker EU? Institusjoner og politiske prosesser*. Universitetsforlaget.
- Regjeringen. (2021). *EU4Health-programmet*. <https://www.regjeringen.no/no/sub/eos-notatbasen/notatene/2020/juni/eu4health-programmet/id2706164/>
- Regjeringen. (2022a). *Norge hedrer svensk vaksinekoordinator*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/norge-hedrer-svensk-vaksinekoordinator/id2950062/>
- Regjeringen. (2022b). *Utvalg skal vurdere erfaringene med EØS-avtalen*. [https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvalg\\_eosavtalen/id2911741/?expand=factbox2911764](https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvalg_eosavtalen/id2911741/?expand=factbox2911764)
- Riddervold, M., Trondal, J. & Newsome, A. (2021). *The Palgrave handbook of EU crises*. Palgrave Macmillan.
- Riddervold, M. & Trondal, J. (2020). Hvorfor EU vil komme styrket ut av koronakrisen. *Samtiden*, 129(2–3), 142–149.
- Rye, L. (2019). *Norge i Europa*. Fagbokforlaget.
- Svendsen, Ø. (2021). The politics of competence in global health: The European Commission's global response to the COVID-19 pandemic. *European Foreign Affairs Review*, 26(SI), 15–30.
- Time, M. S. & Veggeland, F. (2022). *Europeisk helsesamarbeid etter covid-19 pandemien (NUPI policy brief, 4/2022)*. NUPI. <https://www.nupi.no/publikasjoner/cristin-pub/europeisk-helsesamarbeid-etter-covid-19-pandemien>
- Veggeland, F. (2017). Europeisering av helsepolitikken. *Michael*, 19, 228–240.

### Abstract in English

#### In the Blind Spot of the Norwegian EU Debate: EU Health Preparedness After COVID-19

This article challenges the Norwegian EU debate by focusing on an overlooked but increasingly important policy area for European cooperation, namely health policy and more specifically health preparedness. The EU has started major processes related to health preparedness in the wake of the coronavirus pandemic. Norway takes part in some of these processes through the EEA agreement but is also currently excluded from important areas. This article serves two purposes: it maps ongoing EU development in health preparedness and assesses the extent to which this area should occupy more space in the Norwegian EU debate, including the sustainability of the current status quo. The article further identifies two specific areas that are central to Norway in

relation to health preparedness. The first concerns the development of the EU's Health Union and Norway's political work to ensure formal access to all the initiatives that have recently been developed in the EU. The other concerns the effects that the EU's intensified work on health preparedness has for the Norwegian health industry. The article concludes that Norwegian vulnerabilities are particularly linked to Norway's political role as an EU outsider, but that these vulnerabilities must be considered in the context of any contribution the Norwegian health industry can make in the European health market if Norway becomes more closely connected to the Health Union.

**Keywords:** health · Norway · EU · health preparedness · pandemic