

Lenge leve de rike

VERDENSHELSE: På tross av medisinsk framskritt, på tross av gjentatte reformer, er helseforskjellene fortsatt urovekkende store mellom land og innad i hvert land. En rekke faktorer spiller inn (miljø, ernæring, arbeid), men helsesystemene og finansieringsmåtene står sentralt.

MARTINE BULARD

Redaksjonsmedlem, franske Le Monde diplomatique.

Fra Amerika til Asia, fra Afrika til Europa, skyller det en bølge av helse reformer inn over alle verdens land. I utgangspunktet skulle det være all grunn til å glede seg, med tanke på at udekte behov og stadige pandemier gjør det umulig å bli værende i dagens situasjon.

Mens USA, som er verdensledende på private systemer, og Kina, som har prøvd det ut med en nyomvendts glød, nå forsøker å begrense markedstenkningen for å få på plass en allmenn dekning, har de rike landene bestemt seg for å begrense statens rolle og fellesskapets utgifter. En overraskende historisk vending. Samtidig som den amerikanske modellen viser seg ikke å fungere, fortsetter markedet å være retningsgivende – selv om noen hist og her mener at staten igjen må komme på banen.

USA ligger på andre plass blant verdens land i helseutgifter (15,3 prosent av BNP i 2007), men landet må helt ned på trettiende plass når det gjelder forventet levealder «ved god helse» (69 år).¹ Med slike resultater er det forståelig at president Obama ønsker å gi så mange som mulig beskyttelse, selv om problemene ikke bare dreier seg om tryggedekning. Men ingen vet om han vil være i stand til å få det flertallet han trenger for å holde løftene sine.

IDÉEN OM sosialforsikring dukket opp på 1800-tallet med utbredelsen av den industrielle revolusjon og store konsentrasjoner arbeidere i byområdene. Gjennom sykekassene, som siden ble utvidet til sosiale forsikringssystemer (det første ble opprettet av Otto von Bismarck i 1883) ville de økonomiske og politiske lederne sikre seg en frisk arbeidskraft som tålte utmattende arbeidsbetingelser. Dette ble en enda mer tvungende nødvendig etterhvert som de sosiale kampene for bedre levekår utviklet seg.

Slik vokste det etter andre verdenskrig fram diverse systemer som skulle sikre sosialt samhold – et slags forebyggende middel mot klassekamp. I Frankrike framhevet den provisoriske rådgivende forsamling 5. juli 1945 at *la Sécurité sociale* (det franske trygdevesenet) «er svaret på ønsket om at arbeiderne skal slippe bekymringen for morgendagen (...) som skaper en underlegenhetsfølelse i dem, som ligger til grunn for klasseskillet mellom eierne som er trygge på seg selv og sin framtid og arbeiderne som hele tiden har elendighetstrusselen hengende over seg.»² På verdensbasis anerkjente man «alles rett til helse». Det førte til opprettelsen av Verdens Helseorganisasjon (WHO) i 1948. Selv om alle de 194 FN-landene fornyet sine forpliktelser i Alma Ata i 1978, er det i dag langt mellom ideal og virkelighet.

Det første man kan slå fast, er de grenseløse ulikhetene, særlig nasjonene imellom. Selv om legevitenkapen utvilsomt har gjort framskritt, opplevde 30 land (deriblant Sør-Afrika, Botswana, Gabon, Russland og Ukraina) at forventet levealder sank mellom 1990 og 2006. Afrika kommer for en stor del fortsatt sist i klassen: I Sierra Leone er forventet levealder 29 år, i Angola 31, i Republikken Kongo 37. I den andre enden springer Japan foran med 75 år.

Visst lider enkelte av områdene der folk dør i ung alder også under indre konflikter eller kriger med utallige ofre. Men på grunn av manglende og for dårlig helsestell, lider disse befolkningene først og fremst av smittsomme infeksjonssykdommer (malaria, tuberkulose, diaré/sykdommer, HIV/aids)

som finner god grobunn i nøden og mangelen på sanitæranlegg.³ Dette er verken skjebnebestemt eller mystisk. Denne typen sykdommer finner man særlig i landene i Sør (Afrika, enkelte land i Asia som Øst-Timor, Laos, Bangladesh og Burma), og de går tilbake der den økonomiske utviklingen går framover, et fenomen som spesialistene kaller «den epidemiologiske overgang». I de rike eller framvoksende landene dominerer kroniske lidelser (hjerte-, kar- og lungesykdommer, diabetes, kreft).

Utviklingslandene er på ingen måte spart for disse siste sykdommene. Her øker de i takt med en framvoksende middelklasse (Ghana, Gabon, Sør-Afrika, Pakistan). På samme måte som sykdommer som var forsvunnet i de utviklede landene – som tuberkulose – nå er tilbake igjen i Russland. Fortsatt gjelder den grunnleggende diagnosen at et lands rikdom og nivået på helseutgiftene, er avgjørende for livslengden.

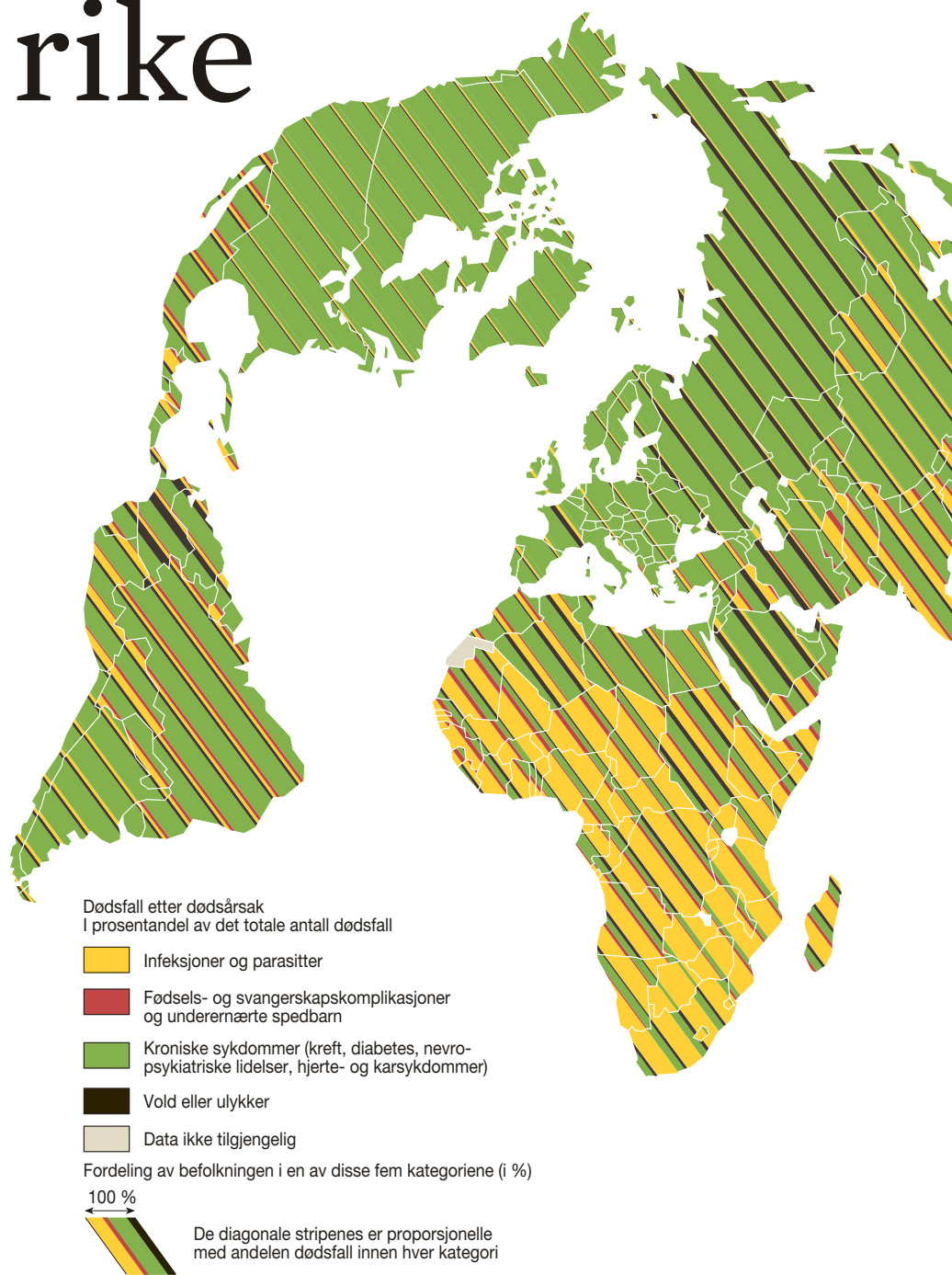
OECDs 30 medlemsland, som har høyest forventet levealder, står for 90 prosent av verdens helseutgifter, men teller bare 20 prosent av verdens befolkning. Afrika har 14 prosent av verdens befolkning, men står bare for én prosent av disse utgiftene.⁴ Ikke noe mirakel altså. Helsemidlene er oppe i 3, 5 prosent av BNP i Sierra Leone og 2,1 prosent i Republikken Kongo, mens de i Norge er over 8 prosent⁵ og 11 i Frankrike. Selv om tilfellet USA viser at disse midlene ikke alltid blir godt anvendt, må landene likevel opp på et visst nivå. Økonomen Amartya Sen sier det slik: «Vi burde alle kunne vedgå at urettferdigheter, som manglende helsestell og medisiner, kan utrykkes uten å vente på alt alle skal bli enige om hvilken samfunnsvisjon man skal gå inn for. [...] På samme måte som Concordet, som i sin tid tok opp prinsippet om å få slutt på slaveriet, må vi nå reise dette spørsmålet om urettferdighet.»⁶

SELV OM PENGER er nerven i krigen mot sykdom, trengs det også en skolert hær (medisinsk personell) og virkningsfulle våpen (medisiner, utstyr, opplæring). Tilgangen til behandling avhenger også av organiseringen av helsevesenet og måten det finansieres på. Man kan skille mellom tre hovedsystemer: Det postkoloniale, det postkommunistiske og systemet i i-landene, som ofte innføres med modifikasjoner i de framvoksende landene.

I de rike landene er det svært helseskadelig å være fattig

De 79 landene i ACP-gruppen (Afrika, Karibia og Stillehavet) arvet en pyramidestruktur fra sine koloniherrer: et primærnivå med lokale helsestasjoner og enkelte steder mobile enheter, et sekundærnivå med allmennsykehus, og et tredje nivå bestående av spesialenheter (klinikker) og universitetssykehus. Fram til midten av 1980-tallet sikret midler fra staten og internasjonale organisasjoner en skjor balanse i systemet.

Men i sin rapport for 2008 bemerker WHO at IMF's og Verdensbankens krav om «strukturtilpasning har gitt det offentlige helsesystemet et stygt skudd for baugen. Gapet mellom private og offentlige behandlingstilbud er blitt større.» Og at «den uregulerte kommersialiseringen av helsesystemene gjør dem svært dyre og ineffektive. Den forsterker ulikhetene og fører til middelmådighet og noen ganger farefull behandling.» Rapporten bruker Den demokratiske republikken Kongo som eksempel.



Der brukes «uttrykket 'safari kirurgi' om en vanlig praksis blant enkelte helseaktører: Blindtarmsoperasjoner og andre kirurgiske inngrep utføres svart i hjemmet til den syke til en ofte svimlende pris». Knapphet på et gode, følges alltid av korrupsjon.

Internasjonale bistand (WHO, Unicef, FN-programmer, bilaterale programmer og større stiftelser) er uunnværlig, men den kommer fra så mange forskjellige kilder at det i blant er vanskelig å etablere den minste sammenheng i bruken av midlene. Reformene, om de finner sted, fokuserer på å bygge eller renovere helsestasjoner og klinikker.

En talende historie går som følger: Som kjent prøvde flere europeiske land i begynnelsen av 2010 å kvitte seg med sine overskuddslagre av svineinfluensavaksine. Ifølge WHO hadde «95 fattige land bruk for den», men på grunn av manglende utstyr til å sikre produktene og personell til å tildele dem på korrekt måte hadde bare to land fått den i begynnelsen av januar.⁷ Man kan stille spørsmål ved WHO's forestillinger om influensapandemien, som utvilsomt var mer preget av press fra legemiddelindustrien enn den medisinske virkeligheten.

Å bygge behandlingsnettverk er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. «Utstyr og tjenester kan være tilgjengelige, men ikke tilpasset kulturen», skriver forskere som i *The Lancet* gjør opp status etter seksti år med «retten til helse».⁸ De gjengir et eksempel fra Peru, der mislyktes programmer for å redusere modredødeligheten inn til de tok i betraktning at kvinnene vanligvis fødte på huk og skaffet tilpasset utstyr. Rett og slett sunn fornuft. Det sier sitt at i Afrika og India innførte kolonisystemene vestlige metoder uten å bry seg om lokal kunnskap og praksis. Mao Zedongs Kina gjorde det motsatte og støttet seg på den tradisjonelle medisinen, som sammen med vestlige behandlinger bidro til å redusere infeksjonssykdommer.

DET ANDRE hovedsystemet finner vi i de tidligere østblokklandene. Det var bygget rundt store sykehus og sanatorier. Lokale helsetjenester fantes så å si ikke. Allerede før det gamle regimet falt var dette systemet lite effektivt, og det gikk fullstendig i oppløsning da den offentlige støtten bortfalt med de nye liberale dogmene og det økonomisk sammenbruddet. Livet ble hardere, felles referansepunkter gikk tapt og skapte risikoadferd (vold, alkoholisme), samtidig som midlene til helse ble redusert (slutt på gratis medisiner, sykehussektoren ble privatisert, utslitt utstyr). Resultatet ble at forventet levealder, som i 1990 var 69 år i Russland, var falt til 66 år i 2006. I det samme tidsrommet falt den fra 70 til 67 år i Ukraina og fra 65 til 64 år i Kasakhstan. Dårlig oppfølging har også ført til muterte sykdommer som multiresistent tuberkulose, særlig i de overfylte fengslene i Russland. I dag forsøker man å opprette en primærhelsetjeneste og et trygdeapparat, men resultatene står ikke i forhold til forventningene.

I systemet i de rike landene går tilgang til behandling for massene via leger i nærmiljøet, spesialister, allmennsykehus og ultraspesialiserte klinikker. Her kan man skille mellom systemer som holder fast på gratisprinsippet og behandlingen betales av staten (Sverige, Storbritannia), systemer der offentlig og privat behandling dekkes via sykeforsikring (Tyskland, Frankrike, Japan), og hovedsakelig private systemene (USA og Sentral-Europa).

Selv om alle er enige i at det er nødvendig å beskytte befolkningen mot livets tilfeldigheter, har valget mellom offentlig eller privat konsekvenser. I etterkrigstidens Europa var den rådende tanken at «alle skulle bidra til systemet etter økonomisk evne – og ikke i forhold til sin helsetilstand – og behandles i henhold til sin helsetilstand – og ikke sin økonomiske yteevne».⁹ Prinsippene var allmenne, men kom til å bli utsatt for alvorlige angrep.