

Global Governance for Health: Hva er utfordringene?

Michael 2012;9:222–5.

I arbeidet med globale styringsutfordringer for helse kan man være visjonær eller pragmatisk. Men man må være klar over at det handler om vilje og om redskap for samstemt politikk. Denne må avveie og overkomme både tilsynelatende og reelle interessemotsetninger, på tvers av aktører og landegrenser. Global styring er ikke bare FN. Global helse er ikke bare bistand og ikke bare WHO.

Den norske regjering har foretatt en gjennomgang av samstemt politikk for utvikling. En kunne gjøre en tilsvarende gjennomgang for en samstemt politikk for global helse. Den nye stortingsmeldingen om global helse kan være en anledning til å se på hvilke krav en må stille til at norsk politikk er samstemt for helse – nasjonalt og globalt. Og hva det vil innebære av behov for styring, både gjennom eksisterende og nye mekanismer.

Utenriksministeren viste i sitt innlegg til behovet for uavhengig kunnskap og nytenkning om hvordan en bedre kan ta tak i faktorer på tvers av ulike politikkområder som påvirker helse. Han etterspurte kunnskap som kan brynes mot praksis og skape endring, uten å sementere og handlingslamme.

I denne sammenhengen kan det være behov for å peke på at det er ikke bare kunnskap som kan sementere og handlingslamme, det gjelder også styring. På mange måter står vi i dag ved et vannskille – både når det gjelder styring og helse. Vi har mer kunnskap om global helse enn vi har redskaper og vilje til å bruke. Og vi har global styring som ikke mestrer den økende kompleksiteten av aktører og faktorer med betydning for helse. Mange er på leting etter nye grep.

Nasjonal debatt illustrerer utfordringene

Vi diskuterer i dag global styring for helse, midt i en aktuell og intens nasjonal debatt der meninger brytes og interesser står mot hverandre:

- Samhandlingsreform og rasjonell organisering av tjenestetilbud.
- Regionalisering og desentralisering.
- Forholdet mellom offentlige og private tjenester.
- Fastlegeordningen og prioriteringer av innsats.

Debatten er mest intens og har høyest folkelig engasjement når det gjelder tjeneste tilbud for syke. Det er påfallende lite engasjement og debatt om hvordan andre sektorer og politikkområder påvirker helse – trygd, arbeid, lokalmiljø, sikkerhet og vold, innvandring og marked, med mindre det smeller med utslag i sykdom.

Fattigdom, sosiale ulikheter og helse er et viktig helsepolitisk tema, men vekker bare interesse når skiftende regjeringer ikke får det til.

Det store spørsmålet er *styrbarhet* – hva staten kan styre, finansiere, regulere og delegere og virkemidlene for dette. Interessesmotsetninger fører til stadighet til grøftekrig.

Nasjonale utfordringer og interessesmotsetninger forsterkes på den globale arena

Ikke bare Norge, men alle land strever med å mestre sykdom, helse og sosiale ulikheter – med ulike forutsetninger og ulike typer helse og styringsmekanismer. Dette betyr tunge utfordringer og mange motstridende interesser når land skal forhandle og finne fram til måter å styre på sammen.

WHO er FN's spesialiserte organ for helse og helseministrene på verdensarenaen. Ikke rart at det også her er sykdom som får størst oppmerksomhet. Sosiale og politiske faktorer med påvirkning på helse er utenfor WHO's rekkevidde. WHO har likevel oppnådd mye gjennom forhandlinger, slik som det internasjonale helsereglementet, tobakk-konvensjonen og koden for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

Samtidig ser vi både i WHO og i bredere FN sammenheng at landene står systematisk fast i uenighet og politisering av interesser – særlig når det gjelder legemiddelpolitikk, rettighetsspørsmål og sikkerhet, og i posisjonering knyttet til landenes ansvar for bistand og godt nasjonalt styresett. Dette løses ikke gjennom gjentatte forhandlinger.

I spørsmål om helsesikkerhet vil landene primært prioritere sikkerhet for eget land framfor felles sikkerhet.

Global styring for helse – Fiks ide eller nødvendig for å oppnå helsemål?

Det er neppe mulig å mestre de nye utfordringene gjennom WHO slik organisasjonen er i dag, og neppe aktuelt med en enhetlig overstatlig sty-

ringsmodell. Behovet for nye grep er ikke bare uttrykk for en fiks idé, men uttrykk for at vi på mange måter kommer til kort med å skape synergier for en god, helsefremmende global-politikk som tar på alvor at:

- det er en økende *kompleksitet* – globalisering, *gjensidig avhengighet* («interdependence») og *gjensidig påvirkning* («interconnectedness») – med økende antall aktører, behov for større bruker deltakelse, desentralisering,
- felles ansvar går langt utover bistand fra noen rike land til noen fattige – det handler om gjensidig ansvar og globale fellesgoder, der alle må ha forpliktelser, men bidra på ulike vis avhengig av kapasitet og forutsetninger.
- helse på samme måte som klima er et globalt fellesgode der det nå må skapes enighet om hvordan dette håndteres – det gjelder også klima
- vi har styringsutfordringer for helse, både nasjonal og globalt og må ikke være naive

Samstemt politikk setter nye krav, eksponert gjennom arbeidet med utenrikspolitikk og helse

Helse har vokst fram som et av de nye områdene for «mykt diplomati». Men det er vanskelig for tradisjonelt diplomati å gripe tak i – helse plasseres hele tiden i en boks som handler om bistand og helsefagspecialister. Det er ikke lett for disse utfordringene å vinne gjenhør og interesse i tradisjonell utenrikspolitisk praksis, selv ikke i et utenriksdepartement med en utenriksminister som har et politisk engasjement for helse som utenrikspolitikk, og er i spiss på feltet internasjonalt. Helse skaper ikke endring i posisjoner i klimaforhandlingene og bygger ikke bro mellom fastlåste standpunkter om rettigheter og sikkerhet.

Deltakelsen fra akademia i dette seminaret viser det samme. Det er helsefolk som engasjeres av temaet, og ikke juss, etikk, statsvitenskap og andre samfunnsfag. For å komme videre i samstemt politikk for helse må det bli tydeligere hva helsevirkninger er av ulike politikkområder, hvordan de kan måles og hvordan alle parter kan holdes ansvarlige.

Poliomyelitt som test på global styring for helse som globalt fellesgode

En kan filosofere over disse utfordringene, men også teste dem på praktiske eksempler. Utryddelsen av poliomyelitt er godt egnet:

Alle land er i WHO blitt enige om at polioviruset kan og skal utryddes. Rotary, Gates-stiftelsen, USA og enkelte andre giverland har etablert et partnerskap med WHO og UNICEF. Vi har nødvendig redskap og vet hvordan jobben skal gjøres, det står bare igjen 0,5% av jordas landområder der en ikke har greid å avbryte smitten. Samtidig er alle land i risiko-sonen

for re-infeksjon. Alle land vil tjene på at jobben er gjort ved at sykdommen også er utryddet og en kan stoppe å vaksinere.

Men det er den aller vanskeligste jobben som står igjen, fordi det er grunner til at det fortsatt er uvaksinerte barn i disse kritiske områdene. Det er sosiale helseforskjeller, politiske og kulturelle hindringer, kriger og konflikter og svak tjenestekapasitet, kvalitet og tillit. Her testes diplomati, finansiering, faglig bistand, nasjonal styring og forpliktende avtaler. Skal poliomyelittforebygging konkurrere med andre gode formål for bistandskronene, eller er det et felles ansvar som skal medfinansieres av alle lands helsemyndigheter? Hvor forpliktende er avtaler i WHO og finnes det sanksjoner? Om vi ikke greier dette, hva da med alle drømmer om en forpliktende global helsekonvensjon basert på rett til helse for alle og forpliktende avtaler mellom land?

Sigrun Møgedal

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

sigrun.mogedal@kunnskapssenteret.no