

STRATEGIER INNENFOR DET CHILENSKE HELSEVESENET

Astrid Kristine Breidlid
Hovedfag UiO

Jeg var på feltarbeid i den sørchilenske byen Puerto Varas høsten 2001, der jeg studerte sammenhengen mellom klasseskiller og etniske grenser i lokalsamfunnet. Denne artikkelen tar opp temaet “helse”, som var et veldig relevant tema på feltarbeidet, men som ikke passet inn i den endelige hovedoppgaven. Jeg synes likevel at mine empiriske funn er såpass interessante at de fortjener å offentliggjøres. Min problemstilling er at selv om helsevesenet tilsynelatende er rigid, bruker folk ulike strategier for å forbedre sin situasjon. Jeg vil i denne artikkelen vise hvordan helsetilbudet i Puerto Varas oppleves av lavere middelklassefolk, og hvordan de forsøker å endre sitt helsetilbud for å få mer kontroll over egen helse. Artikkelen handler således om hvordan folk bruker ulike strategier, både kollektive og individuelle, for å få styring over sin egen helse.

Puerto Varas og det chilenske helsevesenet

Puerto Varas er en liten by som befinner seg i Sør-Chile, og byen domineres av etterkommere etter tyske nybyggere, som kom til Chile fra midten av 1800-tallet. Nybyggerne fikk billig jord av den chilenske regjeringen og ble etterhvert velstående storbønder, eller farmere som jeg velger å kalle dem. Puerto Varas ble etablert som et handelsknutepunkt for de tyske nybyggerne, som etterhvert grunnla både skoler, menigheter og tyske foreninger. Katolske tyske nybyggere grunnla den tyske klinikken på begynnelsen av 1900-tallet, som er mitt hovedanliggende i denne artikkelen (Horn & Kinzel 1983).

Tyskættede har bodd i Chile i seks generasjoner. De presenterer seg selv som nasjonale chilenerne, med tyske forfedre, og jeg kaller dem tyskchilenerne i denne artikkelen. Mange av dem snakker fremdeles tysk, går i tyske foreninger, på den tyske skolen og på tysk-språklige gudstjenester. De er dermed godt organisert, selv om de ikke har noen åpen partipolitisk målsetning med samhandlingen.

I denne artikkelen skal jeg som nevnt drøfte helsetilbudet i Puerto Varas, og for å forstå dette begynner jeg med en beskrivelse av det chilenske helsevesenet. Den skattebetalende chilenske befolkningen kan velge å tilhøre en av to ulike systemer innenfor helsevesenet. Det ene systemet er *isapre*¹ som består av private forsikringselskaper. De som melder seg inn, blir private

forsikringskunder. Den andre systemet er *fonasa*² som er det offentlige helsesystemet. De som melder seg inn her, blir offentlige forsikringskunder. Både det offentlige og det private helsesystemet trekker minimum sju prosent av kundenes månedslønn. Hvis kundene må til legekonsultasjon betaler de i tillegg en liten egenandel. I det private forsikringssystemet velger kundene hvilke sykdommer de vil forsikre seg mot, og hvor mye de vil betale over minimumsandelen av månedsinntekten. Fordelen med å være medlem i *isapre* er at pasientene blir behandlet av de beste legene på de beste private sykehusene. Ulempen er at pasientene må betale hele regningen selv dersom de ikke er forsikret mot den sykdommen de opereres for.

Det statlige systemet dekker alle sykdommer, men noen spesielle behandlinger må pasientene betale en større egenandel for. For å forsikre seg mot å betale en stor egenandel når man lider av en spesiell sykdom, kan *fonasa*-kundene betale en større prosentandel av månedsinntekten. Størrelsen på egenandelen avhenger ellers av hvor mye pasientene tjener. Pasientene blir som regel behandlet på offentlige sykehus eller helsestasjoner, men kan også behandles på private sykehus dersom kommunen har avtaler med disse. Generelt sett kan en si at forskjellen på disse to kundegruppene er at lavtlønte tilhører *fonasa*, mens høytlønte tilhører *isapre*, siden denne fordelingen lønner seg for begge gruppene.³

Det er imidlertid en befolkningsgruppe som verken er medlem av *fonasa* eller *isapre*. Denne tredje gruppen kalles *indigentes*.⁴ *Indigentes* tjener mindre enn minstelønn og betaler verken egenandel eller forsikring. Man kan søke om å bli medlem av denne kategorien gjennom sosialkontoret, som bestemmer hvem som er verdig trengende. *Indigentes* behandles på offentlig helsekontor og sykehus.

I Puerto Varas har det private sykehuset overtatt mye av den kommunale helsetjenesten. Den tyske klinikken som ligger i sentrum gir et helhetlig tilbud til *isapre*-pasienter og behandler *fonasa*-pasienter som trenger sykehusbehandling (Liga chileno-alemana 1970). Puerto Varas kommune driver på sin side et legekonsultor i øvre Puerto Chico, som har ansvar for forebygging og allmennhelsetjeneste for *fonasa*- og *indigentes*-pasienter. Alvorlige sykdommer blir imidlertid behandlet på hovedsykehuset i Puerto Montt (SECPLAC 1999).

¹Instituciones de Salud Previsional.

²Facultades del Fondo Nacional de Salud.

³Det lønner seg for lavtlønte å være medlem av *fonasa* fordi da er de sikret rimelig behandling av de fleste sykdommer. For høytlønte som har råd til å forsikre seg mot “alle” sykdommer, lønner det seg imidlertid å være medlem av *isapre* fordi da er de sikret den best mulige behandlingen.

⁴*Indigente* betyr på dagligdags spansk en fattig person, nærmest uteligger. I chilensk helseterminologi betyr imidlertid *indigente* folk som ikke betaler noen egenandel i helsesystemet.

Individuelle strategier innenfor helsevesenet

Mine velstående tyskchilenske informanter er private forsikringstakere og er regelmessige brukere av den tyske klinikken. De bruker klinikken både ved vanlige helsekontroller og andregradsbehandling. Mange av mine tyskchilenske informanter er stolte over den tyske klinikken og mener at den er et gode for hele lokalsamfunnet. Den eldre tyskchileneren Hans⁵ mener for eksempel:

Her i Puerto Varas fins det et privat sykehus som de tyske nybyggerne bygget. De bygget enerom for nybyggerne og deres familier som kunne betale. Og *inquilinos* [fastboende chilenske landarbeidere] ble ikke kastet ut av sykehuset, selv om de ikke kunne betale egenandelen, eller manglet midler til å betale. De ble behandlet gratis. Etterpå ble trygdekassen, det sosiale forsikringssystemet laget. Så nå arbeider man med forsikringsmidler. Men man behandlet alltid alle slags mennesker der.

Indigentes blir imidlertid ikke behandlet på den tyske klinikken. *Indigente*-kategorien består av arbeidsløse, enslige mødre og deres barn. De sendes direkte til sykehuset i Puerto Montt 20 km unna når de blir syke.

Chilenske Teresa tilhører *indigente*-kategorien. Hun bor i en statssubsidiert bydel, der familien hennes har bygd et hus på hennes mors tomt. De bor trangt og mangler blant annet eget bad. Teresa er hushjelp, men jobber svart og betaler ikke til den offentlige sykekassa. Hun er derfor ikke medlem av den offentlige helseforsikringen. Hennes samboer, Pedro, er snekker og medlem i *fonasa* fordi han betaler trygdeavgift. Dersom de hadde vært gift, hadde Teresa automatisk blitt medlem av *fonasa*, men samboerskap gir ikke automatisk medlemskap i det offentlige helsesystemet. Teresa og Pedros felles barn har rett til å være medlem av det offentlige helsesystemet siden Pedro betaler trygdeavgift. Teresa søker imidlertid regelmessig sosialkontoret om barna kan få gratis helsebehandling fordi de formelt sett er barna til en "enslig mor", siden Teresa ikke er gift. Hun skjuler dermed det faktum at barnas far bor sammen med dem og forsørger dem.

Dette er et eksempel på hvordan folk er strategiske i sine helsevalg. Pedro kunne ha betalt ekstra forsikringspremie for at Teresa skulle bli medlem i *fonasa*. Teresa kunne også selv ha blitt med i *fonasa* ved å betale trygdeavgift. Teresa trenger ikke å søke sosialkontoret om helsekort for *indigentes* siden barna kan betale egenandel ved legebesøk. Men i stedet får Teresa og barna gratis helsebehandling fordi hun er "enslig mor". Slik kan de bruke helsekontoret i Puerto Varas, men for sykehusinnleggelse må de til Puerto Montt. På denne måten kan Teresa manipulere med reglene for å få helsetjenesten billigst mulig. Manipulasjonen har

imidlertid en sosial kostnad. Samtidig som medlemskap i *indigente*-kategorien krever mye byråkratisk arbeid for Teresa, blir *indigente*-pasienten diskriminert og dårlig behandlet, noe neste eksempel vil vise.

Carla er tyskættet, men hun identifiserer seg ikke med tyskchilenerne. Hun jobber som resepsjonist og bor i det lavere middelklassestrøket Colon. Carla er medlem av *fonasa* og bruker derfor det offentlige legekantoret og den tyske klinikken etter behov. Som *fonasa*-pasient møter hun derfor både rike og fattige pasienter. Under mitt feltarbeid trente hun regelmessig på et helsestudio. Hun hadde begynt der samme år for å bli kjent med nye mennesker, samtidig som hun trente. Før hun begynte på helsestudioet hadde hun gått til legekontroll, og legen, som også var eier av helsestudioet, fortalte henne at hun måtte gå ned åtte kilo. Carla tolket det slik at hun måtte spise lite og samtidig trene mye for å gå ned disse kiloene. Hun begynte dermed å trene seks dager i uka og hoppe over middagene. På forsommeren begynte hun å få vondt i beinet og gikk til treningslegen. Legen sa at hun måtte ta det med ro noen dager, men så kunne hun begynne å trene igjen. På slutten av feltarbeidet mitt forsvant hun fra hytteresepsjonen. Jeg forsøkte å få tak i henne ei uke, før jeg spurte foreldrene hennes om hvor hun var blitt av. De sa at hun nå var lagt inn på den tyske klinikken fordi hun hadde overanstrengt seg på trening. Samme dag dro jeg på sykebesøk til Carla. Hun fortalte meg at hun hadde fått en svulst like ved ryggraden, og måtte opereres. Hun innrømmet nå at hun hadde overtrent, noe som hadde forverret tilstanden hennes. Det var også en økonomisk årsak til overtreningen. Siden hun betalte månedlig for treningsstudioet, syntes hun at hun måtte utnytte pengene godt. Samtidig hadde hun spist for lite, og hjemme spiste hun ofte bare et eple til middag. Når hun hadde spisepause på jobben, ble hun imidlertid invitert på kveldsmat til foreldrene, men for at ikke denne maten skulle ha noen virkning på henne, tok hun avføringsmidler. Diagnosen hennes var altså at hun både måtte fetes opp og operere bort svulsten.

På den tyske klinikken måtte hun betale 40 000 pesos⁶ i døgnet for å bruke en seng på et rom med to pasienter. Hun hadde fått tilbud om å opereres i Santiago, men det ville koste henne en million pesos. Da jeg var der på sykebesøk, kom Carlas lege for å se til henne og rådet henne enda en gang til å dra til den beste spesialisten i Santiago. I Puerto Montt kunne han ikke garantere for at alt gikk bra. Nå stod Carla overfor et stort dilemma; om hun skulle la seg operere ved et privat sykehus uten ventetid, eller ved et offentlig sykehus med lang ventetid. Operasjonen i Santiago skjøv hun raskt fra seg, da hun rett og slett ikke hadde råd til den beste behandlingen. Ulempen med det private sykehuset i Puerto Montt var at det er mye dyrere enn det offentlige. Den private operasjonen ville koste henne 800 000 pesos, mens hun visste ikke helt hvor mye den offentlige operasjonen ville koste henne. Hun

⁵Jeg har anonymisert alle mine informanter i denne teksten.

⁶100 pesos var ca. 1 NOK i 2001.

håpet på at en av mannens slektninger kunne manipulere henne inn som *indigente* på det offentlige sykehuset, med krav på gratis operasjon. Problemet var at da hun hadde vært på kontroll ved det offentlige helsesenteret hadde helsesøstrene behandlet henne dårlig. De hadde ikke engang svart henne da hun stilte dem spørsmål. Carla mente at personalet var lite hyggelig fordi de trodde hun var *indigente*, og hun mente at sykepleierne på et offentlig sykehus ville behandle henne på en lignende måte dersom hun lot som om hun var *indigente*. Hun hadde ikke lyst til å ligge lenge i fellessaler på et offentlig sykehus med slike sykesøstere.

Etter noen dager forlot hun sykehuset, og ble boende hos foreldrene, mens hun ventet på operasjonen ved det offentlige sykehuset. Slik kunne mora stelle for henne og lage skikkelig mat til henne. Samtidig prøvde mannen hennes å få tak i penger til operasjonen ved det private sykehuset. Hun prøvde slik ut ulike strategier, hvor hun veide behandling mot penger. Femte desember ble hun operert på et kommunalt sykehus, men måtte betale deler av regningen selv. Hun ble erklært frisk fire måneder senere.

Dette er et annet eksempel på hvordan enkeltindivider tenker strategisk i forhold til behandlingen av sykdom, og jeg vil legge frem noen forslag til hvorfor aktørene gjorde som de gjorde. Carla veide frem og tilbake økonomiske forhold mot behandlingskvalitet. Hennes økonomiske situasjon valgte for henne når det gjaldt den dyreste, og påstått beste, behandlingen i Santiago, noe som viser at fritt sykehusvalg er en illusjon. Av økonomiske grunner er hun fristet til å bli operert gratis som *indigente*, samtidig som hun avskrekkes av den dårlige servicen helsearbeiderne yter *indigente*-pasientene. Dessuten kan hun ikke fritt velge å bli behandlet som *indigente*, men må lures inn under falske premisser. Til slutt velger hun et kompromiss og betaler for en offentlig behandling som er bedre enn den hun ville ha fått som *indigente*, og billigere enn en privat behandling. Vi ser også at legene har sine interesser som de forsøker å fremme. Carlas helsestudio lege utnytter Carlas skjønnhetsbehov slik at hun skal trene mest mulig i hans helsestudio til tross for hennes smerter i beinet. Han har selvsagt en økonomisk interesse av at hun fortsetter å betale treningsavgift en gang i måneden. Legeeden han har avlagt for å sikre liv og helse er tydeligvis mindre betydningsfull enn hans økonomiske fordeler.

Offentlige strategier innenfor helsesystemet

Chilenske Caspar bor, som Carla, i det lavere middelklassestrøket Colon, og han kommer fra en fattig familie i Puerto Varas. Caspar er leder for en nabolagsorganisasjon og er tidligere fagforeningsleder. Han engasjerer seg i helseproblematikken, som *fonasa*-kunde, og han kjemper for at Puerto Varas skal få en stat-

lig førstehjelpsklinikk (SAPU), som er uavhengig av den tyske klinikken. I den forbindelse inviterte han meg til et møte med helseministeren der man skulle diskutere denne saken. Ulike organisasjoner i kommunen møtte fram i kommunehuset, men helseministeren var blitt erstattet med fylkeslegen. På møtet var det både en del *pobladores*⁷ og representanter fra helsesektoren, skolesektoren, politikere, nabolagsorganisasjoner og menigheter. Møtets program bestod av en video om helsereformen, og siden en diskusjon mellom lokalbefolkningen og helsepolitikere.

Noen kommunepolitikere hevdet at samarbeidsavtalen med den tyske klinikken er for dyr for forbrukerne, siden legene på den tyske klinikkene bruker dyrere medisiner og utstyr enn de offentlige sykehusene. I tillegg mente de at avtalen med den tyske klinikken er altfor dyr for kommunen. Året før hadde klinikken brukt opp kommunens midler allerede i oktober, noe som førte til at brukerne måtte få dekket sine helsebehov utenfor kommunens grenser. Kommunepolitikeren Manuel Rivera hevdet i tråd med dette at Puerto Varas trenger en statlig legevakt, siden 80 prosent av innbyggerne tilhører *fonasa* og fordi den tyske klinikken bruker opp mer penger enn budsjettet. Han innrømmet imidlertid at den tyske klinikken tilbyr god behandling ved sykehusinnleggelse, og han mente derfor at SAPU skal være en tilleggstjeneste til den tyske klinikken for *fonasa*-pasienter og *indigentes*. Det skal være en statlig primærhelsetjeneste som er rimeligere for folk flest fordi den kan gi ut gratis medisiner til dem som trenger det.

En pinsevevnpastor hevdet på sin side at folk blir diskriminert på grunn av religion, hudfarge og penger i helsevesenet. Mens katolske nonner og prester styrte sykehuset, behandlet ikke den tyske klinikken syke lutheranere. Nå, mente han, blir imidlertid pinsevevnenne diskriminert på den tyske klinikken.

Vi er alle borgere og tilhører i alle fall *fonasa*. Vi er ikke *indigente*, for også vi betaler for helsetjenesten. Jeg betaler sju prosent og mange år går jeg ikke engang innom legekantoret. Så jeg betaler sju prosent til helsevesenet og for hva da? For at vi skal få en elendig helsetjeneste. Vi er personer, medborgere i dette landet, og vi trenger en verdig behandling, en verdig helsetjeneste som vi fortjener. Hudfarge og hvilken religion vi tilhører burde ikke ha noen betydning, men i helsetjenesten blir man til og med diskriminert på grunn av religion.

Til tross for at pastoren argumenterte mot diskriminering, skiller han mellom sin egen gruppe og *indigente*. Han mente at han har større rettigheter fordi han betaler, og han legitimerer således helsesystemet hvor den som betaler mest, får best behandling. Møtet sluttet med at fylkeshelsedirektøren lovet et statlig førstehjelpssenter til Puerto Varas.

⁷Som bor i statlige subsiderte bydeler.

Et år senere dro jeg tilbake til Puerto Varas på et oppfølgende feltarbeid. Jeg ringte til Caspar for å få liste over nabolagsorganisasjonene, og jeg spurte ham samtidig hvordan det hadde gått med SAPU. Han svarte at det ville han helst diskutere med meg privat, så vi avtalte å møtes neste dag. Jeg hadde før spurt meg litt for i kommunen, men ingen visste sikkert om SAPU var etablert. Da jeg dagen etter fortalte om denne uviitenheten til Caspar, mente han at folk var redde for å si noe fordi de ville ikke bli assosiert med sosialistiske politikere, som hadde kjempet for førstehjelpsklinikken, fordi de var mislikt av byens mektige.

Caspar fortalte meg at staten hadde tilbudt kommunen medisiner og leger til det nye førstehjelpssenteret. Kommunen skulle på sin side bevilge midler til byggingen av helsesenteret, men siden ordføreren ikke hadde bevilget penger til utbygging, hadde ikke SAPU kommet i gang. Caspar hadde imidlertid fått søster Anna, som driver en poliklinikk for *indigentes*, til å ta på seg ansvaret for administrasjonen av førstehjelpssenteret. En stund etter gav søster Anna imidlertid beskjed om at hun ikke kunne administrere førstehjelpssenteret fordi da ville hennes velgjørere slutte å støtte henne økonomisk. Hun var avhengig av denne økonomiske støtten for å drive sin poliklinikk og suppekjøkken.

Caspar hevdet at den tyske klinikken har mest å tjene på at ikke førstehjelpsklinikken blir satt i gang, siden staten støtter den tyske klinikken økonomisk for at den skal behandle offentlige pasienter. Den tyske klinikken er et aksjeselskap, og aksjonærene vil tape på et brudd på helseavtalen. Caspar mente derfor at lokale aksjonærer som pleier å støtte søster Anna økonomisk, hadde presset henne. En organisasjon som støtter henne, er blant andre *frauenverein*.⁸ Caspar hevdet at de samme aksjonærene presset ordføreren til ikke å starte byggeprosessen. Han følte også at pressen ikke er interessert i å publisere denne typen saker som gir de fattige en stemme, siden deres lesere ikke er blant de fattige.

Dette siste eksempelet sier noe om hvem som har politisk, økonomisk og mediamakt i Puerto Varas. Hitil har både *isapre*- og *fonasa*-kunder blitt behandlet på de private sykehusene. *Indigente* har vært helt ekskludert fra private sykehus, men har blitt behandlet på offentlige sykehus sammen med *fonasa*-klienter. *Fonasa*-klienter mener seg imidlertid diskriminert på private sykehus, og de godtar ikke mer diskriminering. De mener at de kan få bedre og billigere behandling på egne offentlige helseinstitusjoner. På den annen side vil ikke eliten segregere seg fra *fonasa*-klienter, når de kan melde staten for ressurser. De har makt til å motsette seg

konkurrerende helseinstitusjoner, og slik fortsetter helse-systemet å ha annenrangspasienter som diskrimineres i samme klinikk.

Konklusjon

Artikkelen viser ulike strategier folk bruker for å få en best mulig helsetjeneste. Noen av strategiene er individuelle, der brukerne forsøker å utnytte systemet. Dette mener jeg er et uttrykk for at det chilenske helsevesenet ikke er organisert på en optimal måte. Helsevesenet har best tilbud til de aller fattigste, som slipper å betale, og de aller rikeste, som har råd til å betale for en god behandling. Det er den store middelklassen som må betale over evne for helsetjenesten. Noen, som Teresa, har ikke råd til å betale egenandel for enkle helsekontroller, og må derfor gi seg ut for å være *indigente*. Andre igjen, som Carla, betaler egenandel for vanlige legebesøk, men har ikke råd til å betale for operasjoner. Hun har i realiteten liten mulighet for å gi seg ut for *indigente* og må derfor sette seg i gjeld for å betale nødvendige operasjoner. Dette er en veldig vanlig praksis i Chile, og en del må til og med samle inn penger for å betale operasjoner gjennom TV, radio eller lokale arrangementer.

På den annen side har jeg vist hvordan *fonasa*-kunder kjemper kollektivt for å få mer kontroll over sitt eget helsetilbud. Eierne av det private sykehuset vil imidlertid ikke gi opp sitt monopol på betalte helseytelser, noe som fører til at *fonasa*-pasienter fortsatt behandles på den tyske klinikken. Artikkelen indikerer hvordan nasjonale politikere og lokalbefolkningens vilje undermineres av politisk press fra den lokale økonomiske eliten. Det er derfor langt frem til et verdig helsetilbud for alle i Puerto Varas.

Referanser

- Horn, B. & Kinzel (1983), *Puerto Varas 130 años de historia 1852–1983*, Imprenta y librería Horn y Cia. Ltda., Puerto Varas.
- Liga chileno alemana (1970), *Los alemanes en Chile en su primer centenario*, Liga Chileno, Santiago de Chile.
- SECPLAC (1999), *Plan de desarrollo comunal 2000 al 2010*, Ilustre Municipalidad de Puerto Varas, Puerto Varas.

⁸En tyskchilensk kvinneforening som hjelper trengende.