

Økende forskjeller – dårligere folkehelse

Kastebasert kvotesystem for legestudier i India

I India er en stor andel av studieplassene ved offentlige høyskoler og universiteter reservert søkere fra de laveste kaster og fra visse stammefolk, en slags positiv diskriminering for å bedre rekrutteringen til profesjonsstudier. Den indiske regjeringen har nylig foreslått å utvide kvoten betydelig til også å omfatte andre lavere kaster. Forslaget har møtt stor motstand i de øvre kaster, som fortsatt utgjør hovedtyngden blant dem med høyere utdanning i landet. Indiske leger gjennomførte i mai en landsomfattende streik i protest mot forslaget, men streiken ble avblåst etter tre uker som følge av en dom i Høyesterett og etter sterkt press fra myndighetene, rapporterer *The Lancet* (1). Også medisinstudenter har protestert kraftig, noen av dem med sultestreik.

Tilhengerne av positiv diskriminering fremholder at lavkastefolk er betydelig underrepresentert blant dem med høyere utdanning og at et kvotesystem er eneste mulighet for å rette noe på dette. Motstanderne mener at et slikt system vil redusere betydningen av kunnskap og faglige kriterier for opptak, og at det på lang sikt vil svekke kvaliteten av helse-tjenesten. Forslaget om å utvide kvotesystemet er et populistisk tiltak for å sikre regjeringspartiene politisk støtte fra de lavere kaster, hevdes det.

Ifølge offisielle tall velger så mange som en femdel av nyutdannede leger og legespesialister hvert år å emigrere til andre land, særlig til engelsktalende land. Årsakene til dette er mange (2). Svært få indiske leger, uavhengig av kaste, ønsker å arbeide ved primærhelsesentre på landsbygda, selv ikke i kortere perioder. Tiltak for å bedre rekrutteringen av indiske leger til å arbeide i grisgrendte strøk, etterlyses av mange.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Chatterjee P. India's doctors protest over caste quota plans. *Lancet* 2006; 367: 1892.
2. Gjersvik P. Fattige land tappes for helsepersonell. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2161.

Negative helseeffekter av en politikk som gir økende økonomiske ulikheter mellom befolkningsgrupper er tydelige, både i fattige og rike land. Politiske retninger som fører til større forskjeller mellom grupper i samfunnet, må derfor bekjempes.

Globalt har vi mer enn nok ressurser til at alle mennesker kunne ha hatt gode levekår, om vi bare maktet å fordele ressursene bedre (1). Det er et moralsk problem at en rik elite altfor lenge har utestengt de fattigste fra en utvikling mot bedre levekår og bedre helse. Inntektsgapet mellom den rikeste femdel av verdens befolkning sammenliknet med den fattigste femdel økte fra 30:1 i 1960 til 74:1 i 1998 (2, 3) (fig 1).

Økt fattigdom i de fleste regioner

Ifølge tall fra Verdensbanken levde i 2001 litt over en milliard mennesker i ekstrem fattigdom med mindre enn 1 amerikansk dollar til rådighet per dag (4). Antallet er noe mindre enn i 1990 på grunn av en viss nedgang i ekstremt fattige i Kina. Det er også en liten bedring i Sør-Asia, når India unntas. I alle andre regioner har fattigdommen økt. Spesielt er utviklingen bekymringsfull i Afrika sør for Sahara, der antallet mennesker som lever i ekstrem fattigdom, har økt med 90 millioner siden 1990 til 316 millioner ekstremt fattige i 2001, tilsvarende 47 % av befolkningen.

Måles fattigdommen som andel av befolkningen med mindre enn 2 amerikanske dollar til rådighet per dag, er utviklingen enda mer negativ. På verdensbasis har denne gruppen økt med 82 millioner fra 1990 til 2,7 milliarder i 2001. Økningen for Afrika sør for Sahara var på 134 millioner til 516 millioner, tilsvarende 77 % av befolkningen i regionen (4). Inntektsgapet og utviklingen over tid er godt illustrert i et interaktivt dataprogram som kan lastes gratis ned fra Internett (www.gapminder.org).

Mer rettferdig fordeling

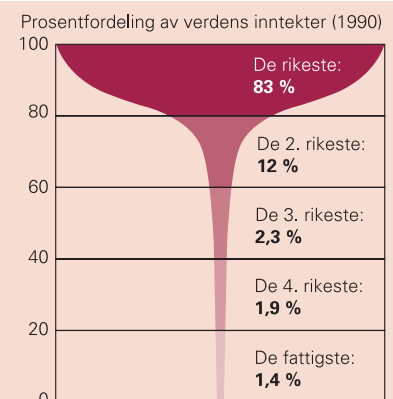
Det er mange internasjonale grupper som med utgangspunkt i denne utviklingen har kommet med skarp kritikk av hvordan den rike del av verden svikter de fattige og hvordan dette vedlikeholder en ond sirkel av fattigdom og dårlig helse. Noen av disse gruppene, nemlig The Peoples Health Movement (www.phmovement.org), Medact (www.medact.org) og Global Equity Gauge Alliance (www.hst.org.za/generic/27), har

sammen gitt ut boken *Global Health Watch 2005–2006* (5). Her dokumenteres de alvorlige helsekonsekvensene vi nå ser på grunn av politiske feilprioriteringer både internasjonalt og innen enkelte land.

Boken er et alternativ til de årlige *World Health Reports* fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og har som ambisjon å bedre fattiges helse og levekår gjennom å påvirke politiske beslutninger og dokumentere både positive og negative helseeffekter av slike beslutninger. Folkehelsen påvirkes av beslutninger tatt av Verdens handelsorganisasjon (WTO) og av finansinstitusjoner som Verdensbanken og Det internasjonale pengefondet, så vel som av beslutninger i FN og FN-organisasjoner som WHO og UNICEF. Det er også viktig å overvåke helseeffekter av prioriteringer som gjøres av bistandsorganisasjoner og andre viktige internasjonale aktører, som Det globale fondet for bekjempelse av AIDS, tuberkulose og malaria (GFATM) og Vaksinealliansen (GAVI). Sist, men ikke minst har politiske beslutninger tatt av enkeltland eller av grupper av land, slik som G8-gruppen, meget stor betydning.

Mange som er opptatt av bedre helse for fattige, så frem til G8-møtet i Storbritannia

Figur 1



Fordelingen av verdens inntekter etter kvintiler viser en tankevekkende champagneglassform

i 2005. Resultatet av møtet var skuffende (6), ettersom møtet førte til få tiltak med direkte betydning for bedring av helse og helsetjenester for de fattigste. Det var positivt at det ble lovet noe mer til bistand og gjeldssletting og at noen land (Storbritannia, Tyskland, Frankrike og Italia) nå har som målsetting å øke bistanden til 0,7% av sitt bruttonasjonalprodukt (BNP), slik FN anbefaler. USA, som i 2003 bare brukte 0,15% av sitt BNP på bistand (7), en nedgang fra 0,21% i 1990, var dessverre ikke blant landene som gikk inn for et slikt mål. Det er fortsatt bare fem land; Norge, Sverige, Luxembourg, Nederland og Danmark, som bruker mer enn 0,7% av sitt BNP på bistand (7).

Ulikheter i rike land

En politikk som gir økende ulikheter mellom befolkningsgrupper, fører til negative helseeffekter, både i rike og fattige land. Costa Rica og Cuba, med et BNP per person på mindre enn 10 000 amerikanske dollar, har en forventet levealder på henholdsvis 78 år og 77 år (7). Dette er på nivå med forventet levealder i USA, der BNP er tre ganger høyere. Forskjellene i helsetilstanden mellom fattige og rike innen USA er imidlertid svært stor; de fattigste gruppene har om lag 20 års lavere levealder enn de rikeste (8). Dette viser at folkehelsen påvirkes sterkt av hvordan ressursene fordeles og i hvor stor grad det satses på offentlig finansierte helsetjenester. Mindre sosioøkonomiske forskjeller er hovedforklaringen på at land som Costa Rica og Cuba med et forholdsvis lavt BNP likevel har relativt god folkehelse og høy forventet levealder (9, 10).

I den rike del av verden viser totaldødeligheten en sterkere sammenheng med inntektsfordelingen innen landet enn med inntektsforskjeller mellom land (11, 12). Ytterligere velstandskning kan gi dårligere folkehelse hvis ulikhetene mellom grupper i samfunnet samtidig blir større. Økonomisk vekst bør derfor, både fra et helsemessig og et miljømessig synspunkt, primært skje i fattige land og ressursene fordeles slik at de kommer de fattigste til gode.

I Storbritannia er det observert økende sosiale ulikheter i forventet levealder og barnedødelighet (13). Gruppen som står bak rapporten *UK Health Watch 2005 – The experience of health in an unequal society* (14) mener å kunne dokumentere en tydelig sammenheng mellom en nyliberalistisk politikk og økende sosioøkonomiske ulikheter, med derav følgende dårligere helse og større forskjeller i helsetjenestetilbud mellom grupper i befolkningen (14). I de siste årene er det blitt økende oppmerksomhet på det forhold at også Norge har store forskjeller i helse og dødelighet mellom ulike sosioøkonomiske grupper (15). Forskjellene er relativt store sammenliknet med andre europeiske land (16), og dødeligheten er høyest i de deler av landet med størst inntektsforskjeller (17).

Kunnskap og politiske valg

Samlet er det nå godt dokumentert at en politikk som skaper større økonomiske forskjeller mellom grupper i samfunnet, og som legger opp til økt privatisering av helse-tilbud, fører til dårligere helse og svært ulikt tilbud av helsetjenester. Tjenester finansiert av fellesskapet og som tilbys til alle på en måte som sikrer ressursvake tilgang til tjenestene, vil være minst diskriminerende. En politikk for økende lønnsforskjeller og økende privatisering av offentlige tjenester, vil med stor sannsynlighet være skadelig for folkehelsen og føre til at de beste tjenestene bare blir tilgjengelig for de mer velstående.

Som fagfolk med kunnskap om sammenhengen mellom politikk og folkehelse har vi et ansvar for å si fra, slik Per Fugelli gjorde allerede i 1990 (18). Med utgangspunkt i Fremskrittspartiets program viste han at om en slik politikk skulle få gjennomslag, vil dette føre til dårligere folkehelse og større forskjeller i tilgang til helsetjenester i Norge. Internasjonalt vil konsekvensene være enda verre. Sosioøkonomiske forskjeller vil øke og de fattigste bli taperne om vi avviker all statlig u-hjelp og satser ensidig global frihandel, slik Fremskrittspartiet anbefaler i sitt partiprogram.

Det må legges langt større vekt på å bekjempe en utvikling som gir større ulikheter, siden inntektsforskjellene er økende, også i Norge. I 2005 la Sosial- og helsedirektoratet frem rapporten *Gradientutfordringen*, som inneholder en handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse (19). Direktoratet har også nedsatt en ekspertgruppe som skal gi råd til myndighetene på dette området. Det er våre politiske valg som vil avgjøre om vi vil greie å takle denne «gradientutfordringen». Derfor trenger vi også i Norge en gruppe til å arbeide med spørsmål knyttet til politikk og helse og som eksempelvis kunne utarbeide en rapport for Norge etter modell fra *Global Health Watch* og *UK Health Watch*.

Befolkningens politiske valg vil kunne påvirkes om vi dokumenterer tydeligere hvilke konsekvenser ulike valg vil få for helse og tilgang på helsetjenester, både i Norge og internasjonalt. Politiske partier bør roses når de tar helsefremmende beslutninger og kritiseres når de gjør det motsatte. Ikke minst må vi avsløre politiske retninger som åpenbart vil øke problemene for underprivilegerte grupper – og dermed også for hele befolkningen, slik mange studier nå tyder på (11, 16).

Gunnar Kvåle

gunnar.kvale@cih.uib.no
Senter for internasjonal helse
Universitet i Bergen
5021 Bergen

Kristian Heggenhougen

Department of international health
Boston University
og
Senter for internasjonal helse
Universitet i Bergen

Manuskriptet ble godkjent 8.6. 2006.
Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Heggenhougen KH. The epidemiology of inequity. Will research make a difference? Norsk epidemiologi 2005; 15: 127–32.
- United Nations Development Programme. Human development report 1999: Globalization with a human face. New York: Oxford University Press, 1999.
- Benatar SR. Moral imagination: The missing component in global health. PLoS Med 2005; 2: 1207–10. <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371%2Fjournal%2Epm%2E0020400> (27.4.2006).
- Chen S, Ravallion M. How have the world's poorest fared since the early 1980s. Washington DC: Development Research Group, World Bank, 2004. www.worldbank.org/research/povmonitor/MartinPapers/How_have_the_poorer_fared_since_the_early_1980s.pdf (27.4.2006).
- Global Health Watch 2005–2006. An alternative world health report. London, New York: Zed Books, 2005. www.ghwatch.org (27.4.2006).
- G8 2005: a missed opportunity for global health. Lancet 2005; 366, 177.
- Human development report 2005. International cooperation at a crossroad. New York: United Nations Development Programme, 2005.
- Marmot M. Social determinants of health. Lancet 2005; 365: 1099–104.
- Halstead S, Walsh JA, Warren KS. Good health at low cost. New York: The Rockefeller Foundation, 1985.
- Sen A. Health and development. Bull WHO 1999; 77: 619–23.
- Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? BMJ 1997; 314: 591–5.
- Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. Soc Sci Med 2006; 62: 1768–84.
- Department of health. Tackling health inequalities: Status report on the Programme for Action. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/76/98/04117698.pdf (27.4.2006).
- UK Health Watch 2005. The experience of health in an unequal society. London: The Politics of Health Group, 2005. www.pohg.org.uk/support/downloads/ukhealthwatch-2005.pdf (27.4.2006).
- Westin S. Sosiale gradienter i helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 126: 122.
- Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. Lancet 1997; 349: 1655–9.
- Elstad JI, Dahl E, Hofoss D. Skjev inntektsfordeling og geografiske forskjeller i dødelighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3082–4.
- Fugelli P. Helse og rettferdighet. Bergen: Alma Mater Forlag, 1990.
- Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.