

NORGE KAN, NORGE BØR:

Ta lederskap for å halvere
tidlig død innen 2050



NORGE KAN, NORGE BØR:

Ta lederskap for å halvere tidlig død innen 2050

Sammendrag av anbefalinger	4
Bakgrunn for ekspertutvalget i global helse.....	6
Del A: Hvorfor investere i global helse?.....	8
Del B: Behov for en ny retning.....	15
Del C: Et rammeverk for investeringer i global helse	23
Del D: Hva bør Norge gjøre?	26
1)Fornye Norges lederskap for global helse med mål om å halvere for tidlig død innen 2050.....	26
2)Investere mer i global helse – for å redusere helseulikhet og øke vår sikkerhet.....	27
3)Redusere helseulikhet ved å prioritere effektive tiltak og styrking av helsesystemer.....	28
4)Styrke koordinering og investere i effektive tiltak som styrker helsesikkerheten globalt	30
5)Reformere de globale helseinitiativene.....	31
6)Opprettholde Norges innsats i nødhjelpsarbeid	32

Sammendrag av anbefalinger

Utvalget anbefaler at Norge bør:

1) Fornye Norges lederskap for global helse med mål om å halvere for tidlig død innen 2050.

- 1.1. Arbeide for et globalt mål om å halvere for tidlig død innen 2050 og for at rike land forplikter seg til å hjelpe fattige land med å oppnå dette.
- 1.2. Ta initiativ på regjeringsledernivå sammen med andre land for å reformere den globale helsearkitekturen.
- 1.3. Ruste Norge for internasjonalt lederskap på flere arenaer gjennom samordnet innsats ved å gjenopprette stillingen som global helseambassadør, opprette et statssekretærutvalg for global helse og involvere flere norske miljøer.
- 1.4. Fortsette verdilederskapet for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, inkludert mødre- og barnehelse, på landnivå og på globale arenaer.

2) Investere mer i global helse – for å redusere helseulikhet og øke vår sikkerhet.

- 2.1. Gjøre redusert global helseulikhet til en hovedprioritet i utviklingspolitikken og øke Norges innsats.
- 2.2. Øke investeringene i norsk og global helsesikkerhet, uten at det svekker innsatsen for å redusere globale helseulikheter og fattigdom. Dette må skje ved å øke bistandsbudsjettet til mer enn én prosent av bruttonasjonalinntekt (BNI). Noe av økningen kan også komme utenom bistandsbudsjettet.

3) Redusere helseulikhet ved å prioritere effektive tiltak og styrking av helsesystemer.

- 3.1. Konsentrere innsatsen rundt et fåtall helsetilstander som vil gi stor reduksjon i for tidlig død.
- 3.2. Øke støtten til styrking av helsesystemer.
- 3.3. Se investeringer i helse i sammenheng med andre investeringer i økt humankapital, gjennom fortsatt støtte til grunnutdanning og ernæring.
- 3.4. Arbeide med multilaterale institusjoner for økt skatt på tobakk, sukker og alkohol for å redusere tidlig død og øke nasjonal ressursmobilisering.

4) Styrke koordinering og investere i effektive tiltak som styrker helsesikkerheten globalt.

- 4.1. Investere i en mer fleksibel Verdens helseorganisasjon (WHO) gjennom ikke-øremerket støtte, for å styrke kapasiteten og koordineringen av global helseberedskap og respons på globale helsekriser.
- 4.2. Jobbe for å etablere sterkere finansieringsinstrumenter for pandemiforebygging, beredskap og respons i lav- og mellominntektsland. Det vil omfatte finansiering gjennom forsikring, garantier eller betingede lån som er forhandlet før krisen inntreffer. Pandemifondet, Verdensbanken, IMF og de regionale utviklingsbankene vil være sentrale aktører.
- 4.3. Støtte opp under og investere mer i innovasjon og produktutvikling, inkludert vaksiner, diagnostikk og behandling, der hvor det ikke finnes et godt nok marked, for å styrke global helsesikkerhet.
- 4.4. Støtte sterkere regionale sentre for folkehelse tiltak og nasjonale institusjoner og handlingsplaner for helsesikkerhet, blant annet for å bygge ut gode varslingsystemer for å stanse epidemier og pandemier på et tidligere tidspunkt.
- 4.5. Støtte forskning på effektene av folkehelse- og sosiale tiltak for å begrense utbrudd og spredning av pandemier.
- 4.6. Ta en sentral rolle for å bidra til en forsterket global innsats mot antimikrobiell resistens, herunder å investere mer i tiltak for å øke innovasjon og utvikling av nye antibiotika; redusere overforbruk og styrke tilgangen av antibiotika for høyt prioriterte tilstander.

5) Reformere de globale helseinitiativene.

- 5.1. Bruke vår påvirkningskraft til å reformere de globale helseinitiativene.
- 5.2. Arbeide for at ressursene i de globale helseinitiativene går dit behovene er størst.
- 5.3. Følge opp Lusaka-agendaen.

6) Opprettholde Norges innsats i nødhjelpsarbeid.

- 6.1. Opprettholde vår innsats i nødhjelpsoperasjoner der helsefasiliteter, infrastruktur og tilgang på helsearbeidere er begrenset på grunn av væpnet konflikt.
- 6.2. Fremme og sikre etterlevelse av internasjonal humanitær rett som beskytter sivile, medisinsk personell og helsefasiliteter under væpnet konflikt.

Se fullstendige anbefalinger i Del D: Hva bør Norge gjøre?

Bakgrunn for ekspertutvalget i global helse

God helse er viktig for at mennesker skal få muligheten til å kunne leve gode liv. De siste tiårene har vi sett store framskritt. Blant annet er barnedødeligheten globalt halvert siden år 2000,¹ sykdomsbyrden er redusert, forventet levealder har økt, og forskjellene i levealder er redusert.

Norge har spilt en sentral rolle for at dette kunne skje. I mer enn 25 år har Norge bidratt til å etablere flere globale helserettede mekanismer, initiativer og organisasjoner. Dette har gitt betydelige resultater.

Covid-19-pandemien, økt geopolitisk spenning og klimaendringer har medført et tilbakesteg innen global helse. Det får konsekvenser for mange menneskers liv og helse, særlig i fattige land, og det gir økt risiko for nye pandemier.

Alt for mange dør i dag på grunn av manglende helsetilbud, selv om de har sykdommer eller helseplager som kan forebygges og behandles. Det finnes medisiner, vaksiner og kunnskap som kunne hjulpet mange, om flere hadde hatt bedre tilgang på kostnadseffektiv og rimelig helsehjelp.

Våren 2024 gikk syv norske nødhjelps- og utviklingsorganisasjoner og tankesmier sammen for å sette ned et ekspertutvalg for å gi råd om Norges innsats for global helse fremover. Utvalget har hatt følgende mandat:

Hva er de største utfordringene og mulighetene innen global helse frem mot 2050, og hvordan kan Norge best bidra internasjonalt på dette feltet, økonomisk og politisk, med formål å bidra til global utvikling og Norges egeninteresser? Hva har Norge best forutsetninger for å bidra med?

Oppdragsgiverne er: Røde Kors, Kirkens Nødhjelp, Redd Barna, UNICEF Norge, Civita, Tankesmien Agenda og Langsikt.

Utvalget har tatt utgangspunkt i relevante kunnskapskilder, deriblant Lancet Commission on Investing in Health 3.0: Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century, heretter forkortet til **Lancet CIH3.0**, som ble lagt frem på World Health Summit 14. oktober 2024.

Oppdragsgiverne ba utvalget spesielt:

- Trekke ut funn av spesiell relevans for Norges internasjonale innsats på global helse.
- Vurdere Lancet-kommisjonens anbefalinger, og tilpasse dem til norsk politisk kontekst der det er ønskelig.
- Legge frem konkrete anbefalinger til politiske handlinger.

Utvalget har hatt seks møter fra august til oktober, og har bestått av følgende ti personer:

- **Camilla Stoltenberg**, konsernsjef i NORCE og professor 2 ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen (utvalgets leder)
- **Amanda Hylland Spjeldnæs**, leder av Norsk Folkehjelp Solidaritetsungdom og tidligere representant for norsk ungdom i Verdens helseforsamling i WHO
- **Anne-Marie Helland**, direktør for Internasjonal utvikling i PwC
- **Bent Høie**, statsforvalter i Rogaland, samt tidligere helse- og omsorgsminister og leder for Stortingets helse- og omsorgskomiteé
- **John-Arne Røttingen**, CEO i Wellcome Trust
- **Karoline M. Linde**, CEO i Laerdal Global Health
- **Lumbwe Chola**, førsteamanuensis ved UiO innenfor helseledelse og helseøkonomi
- **Ole Frithjof Norheim**, professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved UiB, og leder for Bergen Senter for Etikk og Prioritering, UiB
- **Ottar Mæstad**, forsker ved Chr. Michelsen Institutt og leder for Development Learning Lab (DLL)
- **Trygve Ottersen**, direktør i Direktoratet for medisinske produkter (DMP) og førsteamanuensis ved avdeling for samfunnsmedisin og global helse ved Universitetet i Oslo

Utvalget har hatt et sekretariat med representanter fra hver oppdragsgiver: Kaia Vedlog Kveen (Røde Kors), Henrik Hvaal (Redd Barna), Camilla Faarlund Øksenvåg (Kirkens Nødhjelp), Kyrre Lind (UNICEF Norge), Trine Østereng (Tankesmien Agenda), Maria Bakken (Civita), Fride Nordstrand Nilsen (Langsikt) og Eirik Mofoss (Langsikt).



Ekspertutvalget, august 2024:

Fra venstre til høyre: Bent Høie, Trygve Ottersen, Lumbwe Chola, Ole Frithjof Norheim, Camilla Stoltenberg, Ottar Mæstad, Anne-Marie Helland, John-Arne Røttingen, Karoline M. Linde, og Amanda Hylland Spjeldnæs.

Del A: Hvorfor investere i global helse?

Over halvparten av verdens befolkning mangler tilgang til grunnleggende helsetjenester.² Kvinner og barn som ville ha overlevd dersom de ble ivaretatt av trygge helsesystemer, dør i fødsel. Diaré, malaria, og tuberkulose er eksempler på sykdommer som berører mange mennesker, men som enkelt kunne vært forhindret og behandlet gjennom bedre helsehjelp. Ikke-smittsomme sykdommer, blant annet kreft og hjerte-og karsykdommer, utgjør en stadig større andel av den globale sykdomsbyrden. Å jobbe med målrettede tiltak mot felles risikofaktorer for de ikke-smittsomme sykdommene, som tobakk og alkohol, vil forhindre store helseplager og tidlig død verden rundt.

Covid-19 pandemien viste hvordan helsetrusler kan ramme hele verden, og ha store og langvarige konsekvenser. Det kan skje igjen. En ny rapport viser at det er over 23 prosent sannsynlighet for en ny pandemi med høyere dødelighet enn covid-19 de neste ti årene.³

Det er to grunner til å investere i global helse. Den ene er internasjonal solidaritet. Norges rikdom gir oss et ansvar for å bidra til å utjevne ulikheter i helse i verden. Den andre er hensynet til vår egen sikkerhet og velferd. Covid-19 pandemien viste oss hvor sårbare vi er, og hvor viktig internasjonalt samarbeid og helsesikkerhet i andre land er for å beskytte oss selv. Som et lite land er vår velferd dessuten tett knyttet til en trygg verden og stabil verdensøkonomi. Gjennom Statens pensjonsfond utland, også kjent som Oljefondet, eier Norge rundt 1,5 prosent av alle børsnoterte selskaper globalt.⁴ Fordi en friskere verdensbefolkning bidrar til økt stabilitet og økonomisk utvikling, har Norge en økonomisk egeninteresse i å investere i bedre helse for alle.

I en verden som er preget av kriger, kriser og klimaendringer, er global helse et felt med stort potensial til å skape positiv endring for mennesker i hele verden. Norges investeringer i global helse bidrar til en tryggere verden for alle.

Hva er global helse?

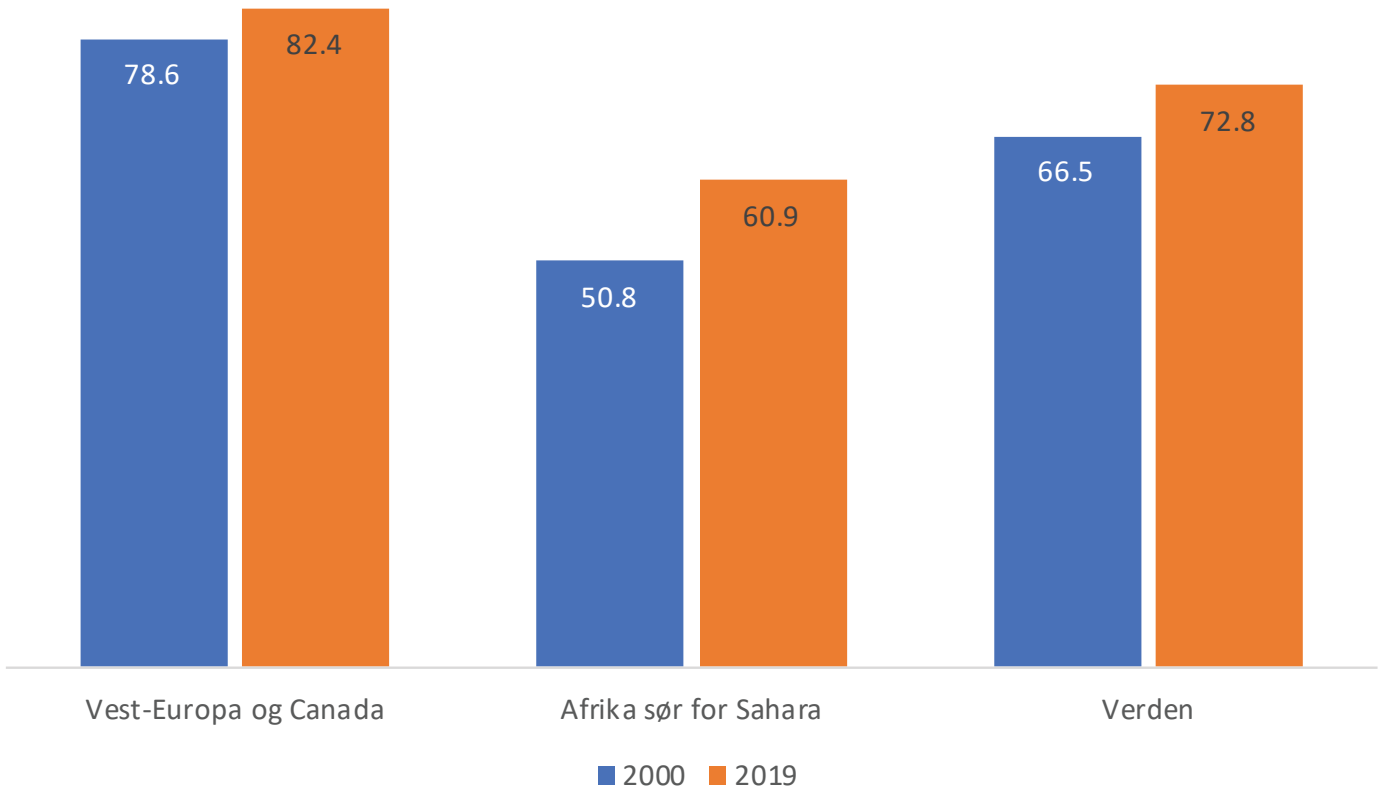
Global helse handler om å sikre at alle mennesker verden over, uavhengig av bakgrunn, opplever god helse og har tilgang til den helsehjelpen de trenger. Målet er å redusere ulikheter i helse i et globalt perspektiv og å beskytte mot helsetrusler som krysser landegrensene. Dette inkluderer forebygging og behandling av smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer, og å fremme seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. God helse og livskvalitet for alle uansett alder er FNs bærekraftsmål nummer 3.

Investeringer i global helse gir resultater

Det har skjedd enorme framskritt innen global helse de siste tiårene. Barnedødeligheten i verden er redusert med 60 prosent siden 1990.⁵ En viktig årsak til dette er vaksiner. Vaksinealliansen GAVI har sørget for at mer enn én milliard barn i 78 utviklingsland har blitt vaksinert. Det har avverget mer enn 17 millioner dødsfall.⁶

Levealderen har økt betydelig. Fra 2000 til 2019 økte forventet levealder i verden fra 67 til 73 år (figur 1).⁷ Framgangen har vært størst i landene med lavest levealder. I Afrika sør for Sahara økte forventet levealder med hele 10 år i denne perioden, mer enn i noen annen region. Ulikhetene i helse er derfor mindre enn før, selv om de fortsatt er uakseptabelt store. Fattigdom, krig og konflikt er noen av forklaringene på disse ulikhetene, som sannsynligvis vil forsterkes av klimaendringene. Historien viser imidlertid at stor framgang er mulig innen global helse, også i fattige land.

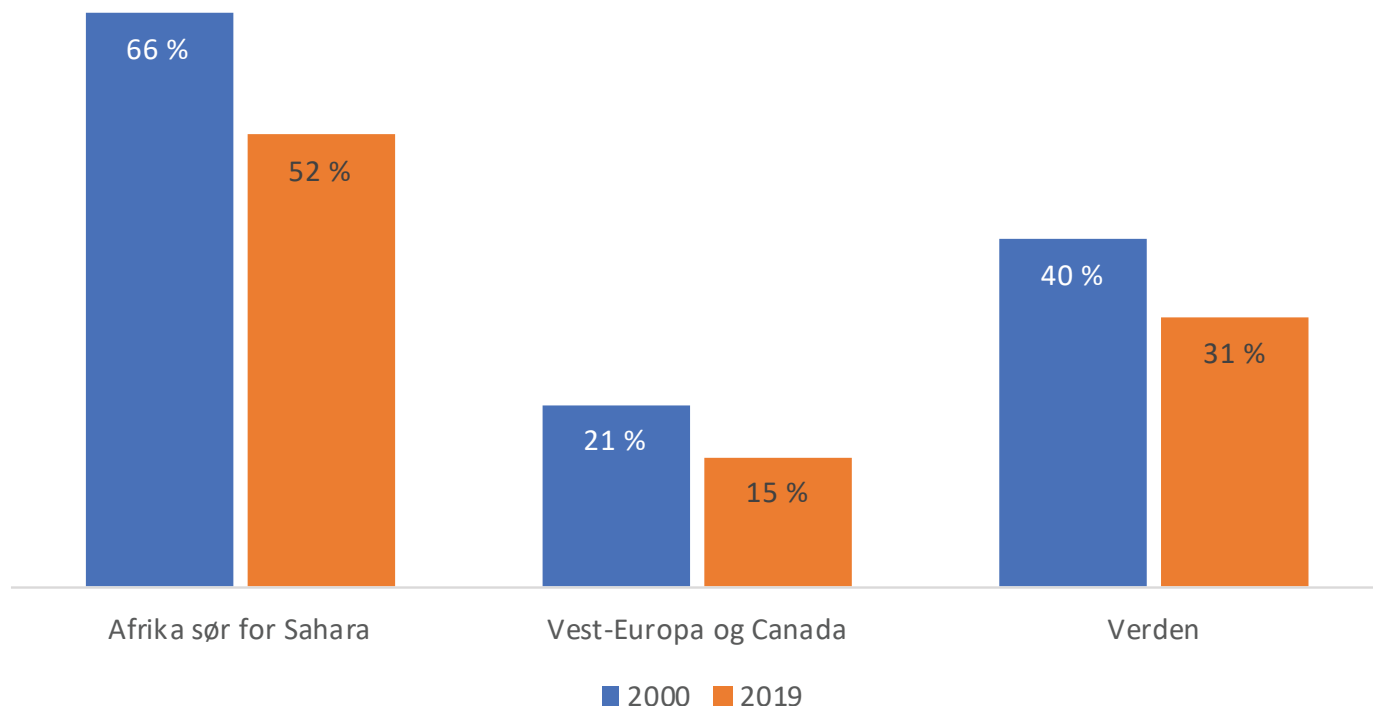
Forventet levealder



Figur 1: Forventet levealder har økt mye mellom år 2000 og 2019. Økningen var særlig stor i Afrika sør for Sahara.

Et annet mål på framgangen i global helse er det store fallet i sannsynligheten for tidlig død, det vil si død før fylte 70 år. Lancetkommisjonen *Investing in Health 3.0* (Lancet CIH3.0) viser at sannsynligheten for tidlig død i verden falt fra 51 prosent i 1970 til 31 prosent i 2019. Figur 2 viser utviklingen siden år 2000. Alle regioner opplevde en nedgang, og denne var spesielt stor i Afrika sør for Sahara, hvor sannsynligheten for tidlig død falt fra 66 til 52 prosent. Det er imidlertid et godt stykke igjen til nivået i Vest-Europa/Canada, hvor sannsynligheten for tidlig død nå er 15 prosent.⁸

Sannsynlighet for tidlig død



Figur 2: Sannsynligheten for tidlig død har falt i hele verden mellom år 2000 og 2019. Nedgangen var spesielt stor i Afrika sør for Sahara.

Store framskritt er fortsatt mulig

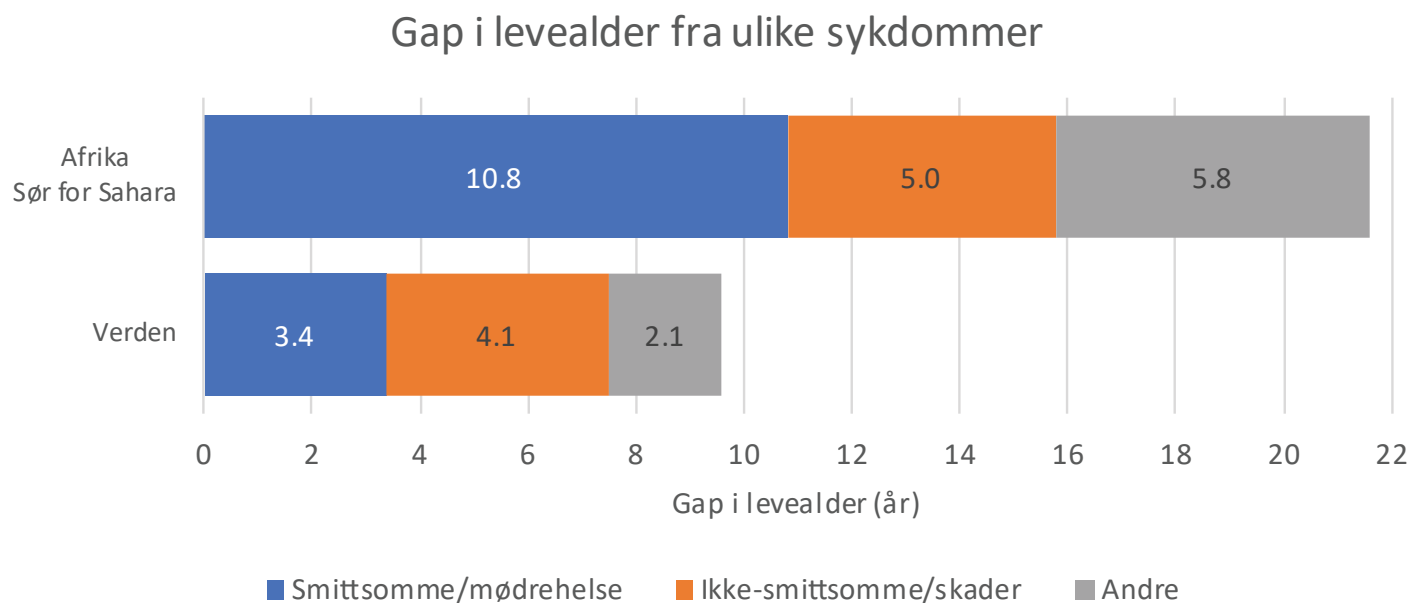
Lancet CIH3.0 viser at det er store muligheter for å fortsette framgangen innen global helse. Rapporten slår fast at verden faktisk kan halvere for tidlig død innen 2050. Dette ambisiøse og viktige målet kaller kommisjonen "50 by 50"⁹. Globalt har andelen som dør før fylte 70 år gått ned med 1,3 prosent i året mellom 2010 og 2019. For å lykkes med å halvere for tidlig død innen 2050, kreves en stabil nedgang i for tidlig død på 2,2 prosent i året¹⁰. Det er fullt mulig, men det krever økt innsats.

Lancet CIH3.0s 15 prioriterte helsetilstander:

Smittsomme sykdommer og mødre helse: Tilstander som rammer nyfødte, nedre luftveisinfeksjoner, diaré, HIV/Aids, tuberkulose, barnesykdommer, mødre helse.

NCDs (ikke-smittsomme sykdommer): hjerte- og karsykdommer, hemmoragisk slag, ikke-smittsomme sykdommer som er koblet til infeksjoner, ikke-smittsomme sykdommer som er koblet til tobakksbruk, diabetes, trafikkskader og selvmord.

Lancet CIH3.0 anbefaler å prioritere 15 helsetilstander for å nå "50 by 50" målet. Disse 15 tilstandene forklarer hele 80 prosent av gapet i levealder mellom Vest-Europa/Canada og resten av verden, og hele 86 prosent av økningen i forventet levealder siden årtusenskiftet.¹¹ De 15 tilstandene omfatter syv smittsomme sykdommer, mødrehelse, og syv ikke-smittsomme sykdommer og skader (se boksen "De 15 prioriterte helsetilstandene"). Ved siden av at de 15 helsetilstandene utgjør en stor del av sykdomsbyrden, er dette tilstander hvor det finnes kostnadseffektive tiltak for forebygging og behandling. For smittsomme sykdommer som for eksempel HIV/AIDS, malaria og tuberkulose finnes det både effektiv behandling og gode muligheter for å forebygge. Figur 3 viser hvor mye de 15 tilstandene utgjør i samlet gap i forventet levealder for Afrika sør for Sahara, sammenlignet med verden.¹²



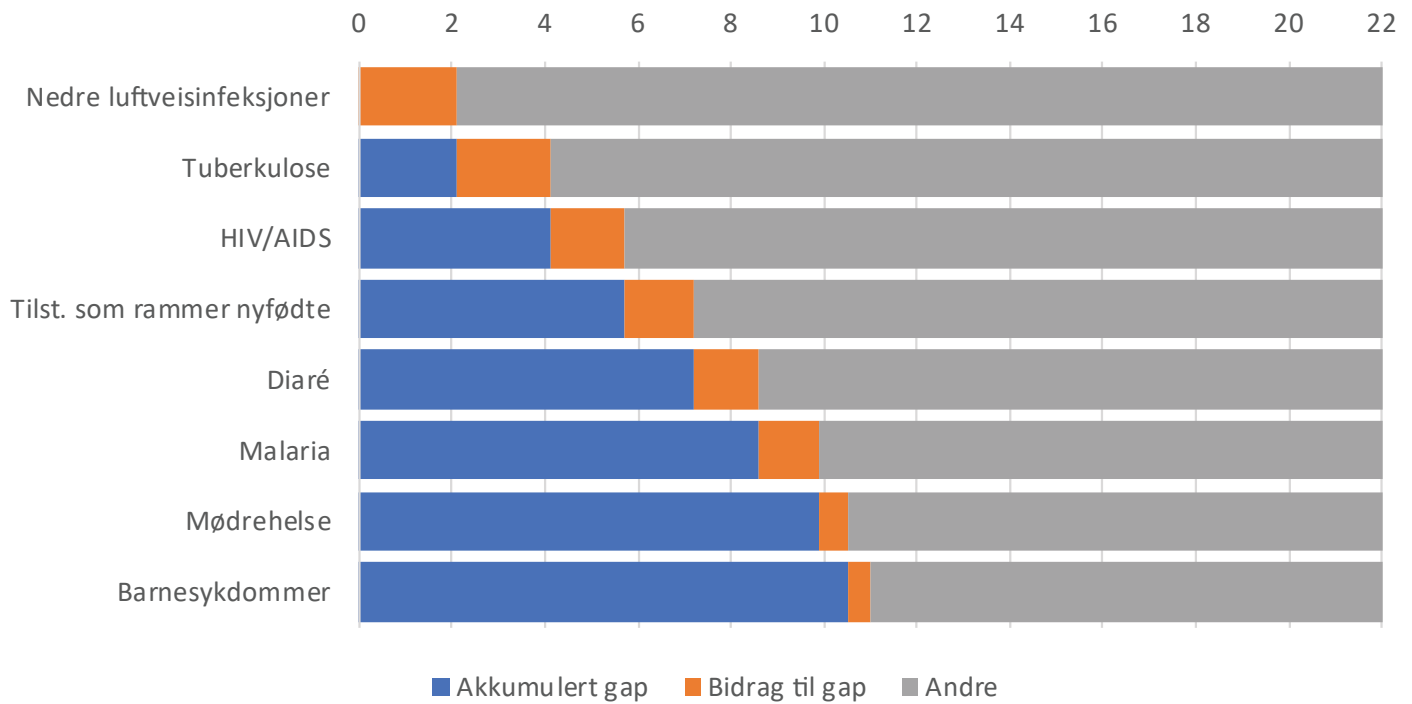
Figur 3: Mesteparten av gapet i forventet levealder sammenlignet med Vest-Europa/Canada kan forklares av 15 helsetilstander.

Flere av de ikke-smittsomme sykdommene har felles risikofaktorer som bruk av tobakk og alkohol, usunt kosthold og fysisk inaktivitet. Ved å rette innsatsen mot de felles risikofaktorene kan man målrettet forebygge flere av tilstandene.

Det meste av levealdersforskjellen mellom Afrika sør for Sahara og Vest-Europa/Canada skyldes smittsomme sykdommer. Ikke-smittsomme sykdommer utgjør derimot en stadig større andel av sykdomsbyrden og vil i fremtiden kreve økt oppmerksomhet og økte ressurser. I alle andre regioner er ikke-smittsomme sykdommer den viktigste årsaken til forskjeller i levealder mellom land.

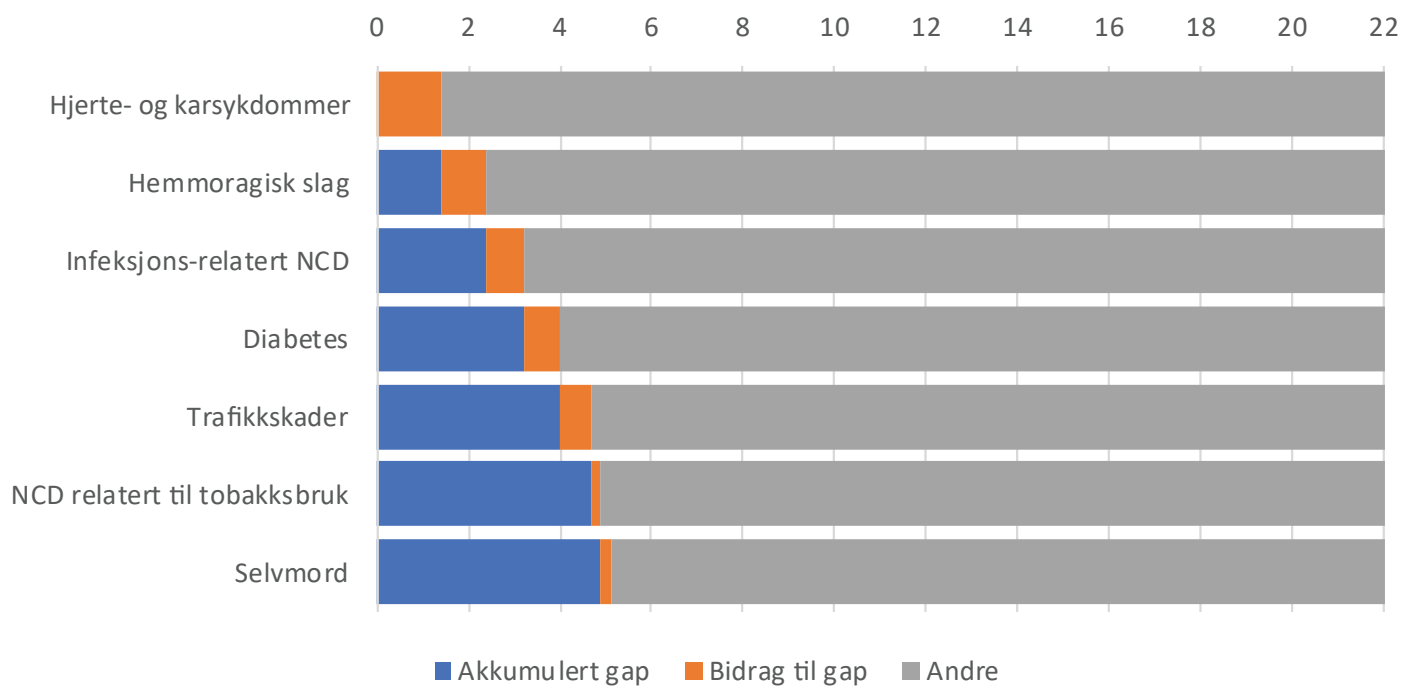
Figur 4 og 5 viser hvor stor del av levealdergapet mellom Vest-Europa/Canada og Afrika sør for Sahara som kan tilskrives hver av de 15 helsetilstandene.¹³ Luftveisinfeksjoner, tuberkulose og HIV/AIDS er de viktigste årsakene til forskjeller i levealder, mens hjerte- og karsykdommer er den dominerende årsaken blant de ikke-smittsomme sykdommene.

Levealdersgap fra smittsomme sykdommer/mødrehelse



Figur 4: Omtrent halvparten av gapet i levealder mellom Vest-Europa/Canada og Afrika sør for Sahara kan forklares av 8 helsetilstander.

Levealdersgap fra ikke-smittsomme sykdommer/skader



Figur 5: En mindre del av gapet i levealder mellom Vest-Europa/Canada og Afrika sør for Sahara kan forklares av ikke-smittsomme sykdommer (NCD).

Lancet CIH3.0 understreker at hvert enkelt land selv må bestemme, basert på egne behov, hvilke tiltak de vil prioritere for å nå målet om halvering av tidlig død innen 2050.¹⁴ De 15 tilstandene gir likevel en god pekepinn på hvor det er mest effektivt å rette innsatsen.

Innsats for å halvere for tidlig død innen 2050 vil også bety redusert sykkelighet og økt livskvalitet. Samtidig er det flere tilstander som forårsaker betydelig lidelse og redusert livskvalitet uten å nødvendigvis bidra vesentlig til for tidlig død. Dette gjelder for eksempel psykiske lidelser og demens.¹⁵ Psykiske lidelser som depresjon, angst og schizofreni bidrar til betydelig global sykdomsbyrde, og i lavinntektsland hvor ressurser og tilgang til helsetjenester er begrenset, er det mange med psykiske lidelser som ikke får behandling. I tillegg forverres situasjonen av at det ofte er mye stigma knyttet til psykiske lidelser og demens. Målet om å halvere tidlig død innen 2050 må ikke forhindre nødvendig oppmerksomhet om disse alvorlige lidelsene.

Målet om å halvere for tidlig død innen 2050 er ambisiøst, men samtidig er det mulig å oppnå.¹⁶ Målet favner en stor del av den globale sykdomsbyrden og forhold som betyr mye for menneskers livskvalitet. Det er et mål alle land kan samle seg om, og som kan mobilisere til felles innsats på tvers av stater, offentlig og privat sektor, og sivilsamfunn. Å halvere for tidlig død i alle land innebærer at framgangen må være størst der helsetilstanden er dårligst i utgangspunktet. Det vil derfor være et viktig bidrag til å redusere globale helseulikheter.

Bedre helse reduserer fattigdom og fremmer økonomisk utvikling

Verdensbankens rapport "Investing in Health" var i 1993 banebrytende ved å påvise sammenhengen mellom helse og økonomisk vekst.¹⁷ Rapporten viste hvordan investeringer i helse kan føre til økt produktivitet og redusert fattigdom. God helse er en forutsetning for å arbeide effektivt, og barn og unge med god helse vil ha bedre forutsetninger for å tilegne seg kunnskap, lykkes med sin utdanning og jobbe seg ut av fattigdom.¹⁸ Den første Lancetkommisjonen for *Investing in Health* (CIH1.0) fra 2013 estimerte at en krone investert i helse, kunne gi en avkastning på mellom 9 og 20 kroner i lav- og mellominntektsland.¹⁹ Begge disse rapportene har vært avgjørende for å forstå sammenhengen mellom helse og økonomisk utvikling og mobilisere internasjonalt for å investere i helse.

Helse er høyt prioritert blant mottakerne av bistand

Mottakers utfordringer og behov bør være utgangspunktet for bistand og utviklingssamarbeid. Ifølge Afrobarometer er arbeid/inntekt, helse og infrastruktur de viktigste prioriteringene for befolkningen i Afrika sør for Sahara.²⁰ Helse er ekstra høyt prioritert blant de fattigste. I Norges partnerland står helse som topp-prioritet.²¹ Den Afrikanske Unionens "Agenda 2063" fremhever også helse og livskvalitet som viktige mål.²²

Global helse er avgjørende for vår egen sikkerhet og velferd

Lancet CIH3.0 viser at det er over 23 prosent sannsynlighet for en ny pandemi med høyere dødelighet enn covid-19 de neste ti årene. En ny pandemi kan for eksempel smitte enda raskere og ha høyere dødelighet blant barn og unge. Neste pandemi vil kunne føre til omfattende negative konsekvenser for Norge, blant annet i form av stor sykdomsbyrde, og betydelige sosiale og psykologiske konsekvenser som følge av nødvendige smittevernstiltak. En pandemi fører også med seg økonomiske konsekvenser i form av direkte kostnader knyttet til behandling og smittevern, samt indirekte kostnader knyttet til tapt arbeidskraft, redusert verdiskaping og påvirkninger på både nasjonal og global økonomi. SSB har estimert Norges tapte verdiskaping som følge av covid-19:

"Samlet beregner vi de totale realøkonomiske kostnadene av pandemien i perioden 2020-2023 målt ved lavere BNP til rundt 270 milliarder 2019-kroner, tilsvarende 8,6 prosent av Fastlands-BNP for 2021."²³

Pandemier er ikke den eneste trusselen mot global helse. Verdens helseorganisasjon rangerer antimikrobiell resistens (AMR) blant de ti største truslene mot global helse. AMR fører til både økt dødelighet og sykdomsbyrde med flere enn 1 million dødsfall årlig, og betydelige økonomiske kostnader. Verdensbanken anslår at AMR kan resultere i 1000 milliarder amerikanske dollar (USD 1 000 000 000 000) i tilleggskostnader for helsevesenet globalt innen 2050.²⁴ I tillegg til de direkte truslene fra resistente mikrober, er økt antimikrobiell resistens en trussel mot moderne medisin. Blant annet vil økt AMR føre til at kirurgiske inngrep, keisersnitt og kreftbehandling blir mye farligere.



Ettersom slike helsetrusler ikke stopper ved landegrenser er det helt avgjørende for Norges velferd i årene fremover med økt innsats for global helsesikkerhet. Det er nødvendig med økte investeringer og internasjonalt samarbeid innen helse, og god overvåking og responsmekanismer som effektivt kan tas i bruk.

Global helseulikhet påvirker også Norges velferd. Som et lite land er vår velferd tett knyttet til en trygg og stabil verden, noe som forsterkes av at Statens pensjonsfond utland (Oljefondet) eier rundt 1,5 prosent av alle børsnoterte selskaper globalt.²⁵ Siden 1990-tallet har det vært kjent at investeringer i helse fremmer produktivitet og reduserer fattigdom.²⁶ I tillegg er økonomisk utvikling forbundet med reduserte konfliktnivåer.²⁷ Dette betyr at Norge også har en økonomisk egeninteresse i å redusere global helseulikhet og investere i bedre helse for alle.

Del B: Behov for en ny retning

Norsk lederskap innen global helse strekker seg flere tiår tilbake, og Norge har særlig bidratt til barnevaksinasjonsprogrammer, mødre- og barnehelse, og pandemibekjempelse. I år 2000 var Norge sentral i opprettelsen av den globale vaksinealliansen (GAVI), og utover 2000-tallet økte Norges tydelige profilering innen global helse, både under Arbeiderparti- og Høyre-ledede regjeringer. Norge ledet i 2017 opprettelsen av Coalition for epidemic preparedness innovations (CEPI), som har som mål å kraftig redusere tiden det tar å utvikle vaksiner etter utbrudd av epidemier. CEPI bidro til utvikling av flere covid-19 vaksiner. Norge var under pandemien med- leder for det globale samarbeidet for rettferdig fordeling av tester, behandling og vaksiner. Norges politiske og økonomiske lederskap i global helse har gitt tilgang til internasjonale fora som G20, G7, BRICS, og styrket båndene med USA.

Globalt helsesamarbeid har oppnådd store resultater de siste tiårene. Samtidig får vi stadig ny kunnskap om begrensninger i den nåværende modellen. Dersom vi skal oppnå en halvering av tidlig død innen 2050, mer rettferdig tilgang til helsehjelp og bedre helsesikkerhet må de dominerende aktørene i større grad støtte styrking av helsesystemer med lokale myndigheter i førersetet. Norge har mulighet til å bidra til en ny retning i det globale helsesamarbeidet med faglig kompetanse, politisk lederskap og finansielle bidrag.

Globale helseinitiativ – et system modent for reform

Siden 2000-tallet har det blant mange offentlige og private ledere vært et sterkt ønske om å fokusere på å bekjempe et fåtall smittsomme sykdommer som HIV/AIDS, malaria, tuberkulose og vanlige barnesykdommer. I den forbindelse har det blitt opprettet en rekke globale helseinitiativ (GHler), det vil si organisasjoner som ikke er formelle mellomstatlige organisasjoner og som oftest er opprettet som offentlig-privat samarbeid mellom internasjonale organisasjoner, stater og private fond eller givere. Flere av disse er et samarbeid mellom rike donorland og private stiftelser, der særlig Gates Foundation er en stor aktør. Noen av de mest kjente globale helseinitiativene er Vaksinealliansen GAVI, Det globale fondet for å bekjempe AIDS, tuberkulose og malaria (GF), den amerikanske President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) og UNITAID, som fokuserer på innovative løsninger i kampen mot HIV/AIDS, tuberkulose og malaria. De siste to tiårene har slike globale samarbeid oppnådd store resultater i utviklingsland ved blant annet å finansiere vaksinasjonsprogrammer og sikre tilgang til livsviktige medisiner, og slik bidratt til en enorm fremgang i å forbedre menneskers helse i verden.

Multilaterale initiativ reduserer transaksjonskostnadene både for mottakerland (ved at de har færre givere) og for norsk bistandsforvaltning. I 2023 ble i overkant av 80 prosent av Norges helsebistand kanalisert gjennom multilaterale partnere.

Det er likevel rettet en del kritikk mot de globale helseinitiativene, både for hvordan de styres og samordnes, og for begrensninger i resultatene de oppnår. Kritikere peker på at de største organisasjonene som GAVI og Det globale fondet har blitt mer og mer byråkratiserte og mektige, samtidig som det er for lite transparens og styrekontrollen er for dårlig.^{28 29} GAVI har fått oppmerksomhet for sin økende kontantbeholdning.³⁰ Videre har kritikken gjerne dreiet seg om at finansiering gjennom globale initiativ innebærer en vertikal tilnærming, ofte med et snevert sykdomsfokus, som i for liten grad bidrar til å styrke nasjonale helsesystemer. De globale helseinitiativene har til en viss grad forsøkt å styrke sitt fokus på bredere helsesystemstyrking, men det store antallet aktører med ulike agendaer legger et press på myndighetene i mottakerlandene, øker administrasjonskostnadene på både giver og mottakersiden, og legger dårlig til rette for at nasjonalt eierskap står sentralt i helseinnsatsen.

For å imøtekomme flere av disse utfordringene ble det i 2022-2023, under ledelse av Norge og Kenya, gjennomført en gjennomgang av de globale helseinitiativene - Future of Global Health Initiatives. Prosessen munnet ut i Lusaka-agendaen som identifiserer fem endringer som vil styrke de globale helseinitiativenes bidrag. De fem punktene handler om at de globale helseinitiativene må bidra til å styrke primærhelsetjenesten ved å integrere tjenester og investere i robuste helsesystemer. Videre må de globale helseinitiativene bidra til bærekraftige og nasjonalt finansierte helsetjenester ved at innenlands finansiering økes og fremmer en gradvis overgang fra ekstern støtte.

Punkt nummer tre i Lusaka-agendaen handler om å styrke en felles tilnærming, for å oppnå helselighet for de mest sårbare og marginaliserte gruppene. For å sikre effektivitet må de globale helseinitiativene tilpasse sine styrings- og driftsmodeller for å redusere byrden på mottakerlandene og være lydhøre overfor deres behov. Til slutt må de globale helseinitiativene koordinere tilnærmingen til produktutvikling, forskning og regional produksjon for å løse markeds- og politikk-problemer innen global helse, slik at helseprodukter av høy kvalitet er klare til å brukes når det er behov.³¹

Helseinitiativene sitter på velprøvde metoder og kunnskap - de er en del av et system vi kan forbedre. Ved å videreutvikle helseinitiativene kan man løfte fram en sterkere satsing på helsesystemstyrking.

Helsesystemer – et forsømt kapittel

Styrking av primærhelsetjenesten er en hjørnestein for å nå FNs mål om universell helsedekning.³² Universell helsedekning innebærer at alle mennesker har tilgang til alle essensielle helsetjenester som de trenger, levert med høy kvalitet når og hvor de trengs, uten å medføre økonomiske vanskeligheter. Et velfungerende helsesystem er tuftet på kompetent og motivert helsepersonell, godt vedlikeholdt infrastruktur og pålitelig forsyning av medisiner og teknologi støttet av tilstrekkelig finansiering, sterke helseplaner og evidensbasert politikk.

Det har vært beskjeden framgang mot målet om universell helsedekning siden 2015.³³ Mer enn halvparten av verdens befolkning mangler tilgang til grunnleggende helsetjenester.³⁴ Mange lavinntektsland mangler de økonomiske ressursene som trengs for å heve helsetilbudet til et forsvarlig nivå. Svake skatteinntekter og høy gjeldsgrad svekker handlingsrommet. I 2019 ble 381 millioner mennesker dyttet ut i ekstrem fattigdom på grunn av utgifter til helsetjenester.³⁵ Dette understreker behovet for å prioritere kostnadseffektive løsninger for å etablere et bærekraftig og velfungerende helsesystem som er tilgjengelig for alle, uavhengig av økonomisk situasjon.

WHO anslår at verden vil mangle ti millioner helsearbeidere innen 2030, inkludert i Norge.³⁶ Krisen forverres av befolkningsvekst, aldrende befolkning, flere med kroniske sykdommer, arbeidspress og dårlige betingelser. Migrasjon av helsearbeidere fra lavinntektsland til høyinntektsland gjør krisen enda større i de fattigste landene.³⁷

Med bakgrunn i den beskjedne utviklingen i universell helsedekning siden 2015, anbefaler Lancet CIH 3.0 en ny, modulær tilnærming til helsesystemstyrking. Med et mål om helhetlig universell helsedekning på sikt, anbefaler kommisjonen å i første omgang fokusere på moduler med kostnadseffektive intervensjoner for de 15 prioriterte helsetilstandene. Disse modulene inkluderer også tiltak mot helsetilstander som medfører stor sykdomsbyrde uten å bidra vesentlig til tidlig død, som f.eks. psykiske lidelser, samt andre behov som alle helsevesen bør ivareta (blant annet rehabilitering, utvikling av barn og unge, og palliativ behandling). Totalt anbefaler Lancet CIH3.0 å først fokusere på 19 moduler, før man senere bygger videre på disse for å oppnå universell helsedekning over tid.³⁸ Denne tilnærmingen er fokusert, men har samtidig et ambisiøst bidrag til helsesystemstyrking.

Modulene er ikke ment som frittstående, vertikale programmer, men som integrerte moduler i nasjonale helseplaner. Hensikten er å gi en fleksibel ramme som kan tilpasses lokale forhold, hvor land velger relevante moduler og hvordan de skal implementeres basert på egne prioriteringer og behov.³⁹

Norge har mye å bidra med. Norge er kjent for å ha et av de beste helsesystemene i verden, og vi har god kompetanse på en rekke områder. Denne kompetansen bør tilbys til land som er interessert i dette. I sitt arbeid med helsesystemsstyrking bør Norge legge til grunn at helsesystemer skal være universelt tilgjengelige for alle. Kvaliteten på helsesystemer skal sikres gjennom evidensbaserte praksiser og kontinuerlig forbedring, samt være bærekraftige og kunne motstå akutte påkjenninger som økonomisk nedgang eller naturkatastrofer.

Regjeringen har som uttalt mål å øke innsatsen for å styrke helsesystemer,⁴⁰ og legger i stadig større grad politiske føringer om å prioritere "horisontal" innsats, der landene selv er i førersetet. Innsatsen dreies mot å bidra til universell helsedekning, i stedet for å kun støtte vertikale programmer knyttet til enkelte sykdommer. Fokuset på helsesystemstyrking er blitt tydeligere i norske posisjoner internasjonalt,⁴¹ og i Utenriksdepartementets føringer til Norad.⁴²

Norge kan forsterke denne innsatsen ved å fokusere på de 15 prioriterte helsetilstandene og helsesystemmoduler som støtter opp disse, og på den måten bidra til å bygge helsesystemer stegvis.

Investeringer i global helsesikkerhet – samarbeidet må styrkes

Global helsesikkerhet er forankret i det internasjonale helsereglementet, og handler om å beskytte befolkninger over hele verden mot helsekriser som for eksempel smittsomme sykdommer, pandemier og bioterrorisme. Covid19-pandemien var en sterk påminner om at samarbeid på tvers av landsgrenser for å beskytte folkehelsen og stanse helsekriser er avgjørende for samfunnsutvikling i alle land. Global helsesikkerhet er ikke bare et helse spørsmål, men er også viktig for økonomisk stabilitet og nasjonal sikkerhet, og krever en helhetlig og koordinert innsats på tvers av landegrenser.

Verdens helseorganisasjon sin rolle i helsesikkerhet

Verdens helseorganisasjon er en nøkkelaktør i både forebygging og håndtering av globale helsekriser. Organisasjonen har ansvar for å koordinere global helseberedskap og sikre rask og effektiv respons på sykdomsutbrudd og andre kriser. For at organisasjonen skal være i stand til å fylle denne rollen på vegne av det globale fellesskapet, er det avgjørende at den kan operere med den nødvendige fleksibiliteten for å kunne sikre rask og smidig ledelse i møte med kriser. Dette kan styrkes gjennom mer kjernestøtte (ikke-øremerket støtte) og et sterkere mandat.

Verdens helseorganisasjon har også utviklet et rammeverk kalt "Global Health Emergency Workforce" (GHEW). Målet med rammeverket er å etablere og koordinere en global arbeidsstyrke bestående av helseeksperter og ressurser fra ulike land og organisasjoner, som kan respondere effektivt på helsekriser og andre nødssituasjoner som truer folkehelsen. Rammeverket for arbeidsstyrken er vurdert som nødvendig for å styrke koordinering og effektivitet i helseberedskap og respons, men er i dag svært underfinansiert.

Global helsesikkerhet er ikke sterkere enn dets svakeste ledd. WHO har derfor også utviklet et rammeverk for *nasjonale handlingsplaner for helsesikkerhet* for å blant annet kunne implementere International Health Regulations (IHR 2005) i alle land. De nasjonale handlingsplanene skal bygge og vedlikeholde effektivitet og kapasitet for å forebygge, oppdage, beskytte, og tilby effektiv respons ved kriser. Handlingsplanene er godt forankret nasjonalt på tvers av sektorer for å sikre helhetlig eierskap og respons. I dag har over 80 land nasjonale handlingsplaner for helsesikkerhet, men svært mange mangler nødvendig finansiering for å kunne implementeres.

Norges koordinering i helsesikkerhet

I periodene 2005 til 2011,⁴³ og 2020 til 2023 har Norge hatt en global helseambassadør tilknyttet Utenriksdepartementet. Den globale helseambassadørens rolle var å følge opp den norske helseinnsatsen globalt. En global helseambassadør som jobber tett med utenriksminister, utviklingsminister og helseminister vil kunne sørge for en styrking av Norges rolle innen global helse, bedre koordinering av innsatsen og sørge for at vi er bedre rustet for å få til internasjonalt samarbeid. Helse omfatter alle sektorer og må sees i sammenheng med klima, utdanning, sikkerhet og beredskap.

Vaksinekapasitet og produksjon

Mangel på nye og enda bedre vaksiner er en stor utfordring i pandemier og epidemier, slik vi så under covid-19-pandemien og ebolautbruddet i Vest-Afrika i 2014. Helsekriser rammer globalt, og bærekraftig produksjon av vaksiner, diagnostikk og legemidler, som inkluderer lav- og mellominntektsland, er avgjørende for å sikre global helsesikkerhet. CEPI arbeider med å sikre finansiering til utvikling av vaksiner for sykdommer der det er liten kommersiell interesse for vaksineutvikling. Derfor er det viktig å styrke CEPI.

Mangel på regional vaksineproduksjonskapasitet forsinket tilgangen til og rettferdig fordeling av vaksiner under covid-19-pandemien. For å sikre global, regional og nasjonal helseberedskap og redusere global helseulikhet, må lav- og mellominntektsland være i stand til å produsere grunnleggende legemidler og annet materiell uten hindringer fra de dominerende globale produsentene og myndighetene i høyinntektsland. I tillegg til å sikre tilgang til og produksjon av medisiner og diagnostikk, må det bygges en regional og diversifisert produksjonskapasitet for

vaksiner. Dersom flere kan produsere vaksiner og medisiner der behovene er størst, kan vi raskere håndtere og bekjempe nye pandemier.

Antimikrobiell resistens truer verdens helsesikkerhet

Antimikrobiell resistens (AMR) er en stor trussel mot verdens helse. AMR omfatter resistens mot medisiner som virker på mikroorganismer, viktigst er antibiotika mot bakterieinfeksjoner⁴⁴. Ifølge Verdens helseorganisasjon døde nesten 1.3 millioner mennesker i 2019 som en direkte følge av AMR, og det bidro til ytterligere 4,9 millioner dødsfall. I tillegg til dødsfall og sykdomsbyrde, har AMR betydelige økonomiske kostnader. Verdensbanken anslår at AMR kan resultere i 1000 milliarder amerikanske dollar (USD 1 000 000 000 000) i tilleggskostnader for helsevesenet globalt innen 2050.⁴⁵ Verdens helseorganisasjon rangerer AMR blant de ti største truslene mot global helse. AMR-trusselen øker raskt på grunn av høyt forbruk og feilaktig bruk av antibiotika i helsetjenestene, landbruk og andre næringer i matsystemet, samt mangel på forskning og utvikling av nye antibiotika, andre medikamenter og vaksiner som kan erstatte de eksisterende. For å stanse AMR trengs det reduksjon av forbruket av antibiotika, riktig bruk og bedre smittevern for å stoppe spredning. Samtidig er det fortsatt en betydelig mangel på tilgang til effektive antimikrobielle legemidler mot smittsomme sykdommer i mange land.

Folkehelseiltak – en uutnyttet mulighet

Folkehelseiltak er vesentlige for å redusere for tidlig død og øke livskvaliteten globalt. Effektiv forebygging og helsefremmende tiltak reduserer forekomsten av sykdom og tidlig død, og kan avlaste helsetjenestene og spare samfunnet for kostnader. Det er mange kjente samfunnsmessige tiltak som kan iverksettes for bedre folkehelse. Nasjonal og internasjonal regulering har gitt resultater som er godt dokumentert, blant annet knyttet til tobakk, alkohol, trafikk, miljøforurensing og tilgang til giftstoffer og våpen. Effekten av pris, avgifter og tilgjengelighet er også godt dokumentert. I denne rapporten trekker vi fram regulering av tobakk, i tråd med Lancet CIH3.0, og har i tillegg valgt å peke på noen få folkehelseiltak som vi mener Norge bør engasjere seg spesielt i.

Tobakk må reguleres

Tobakksbruken i verden må ned, fordi tobakk fortsatt er en stor årsak til tidlig død. Lancet CIH3.0 argumenterer for å kontrollere tilgangen til tobakk ved hjelp av skatt og prisøkning og andre regulatoriske tiltak som har dokumentert effekt.⁴⁶ Begrensning av tilgang til usunne varer som tobakk, men også alkohol og sukkerholdig drikke, er et effektivt og enkelt virkemiddel for bedre global helse. Økte priser på helseskadelige produkter kombinert med subsidier for sunne produkter kan forbedre folkehelsen. Norge har lang erfaring med restriktiv tobakks- og alkoholpolitikk og kan være en viktig pådriver i globalt folkehelsearbeid, blant annet for regulering og bruk av strukturelle virkemidler.

Styrking av regionale folkehelseinstitutt

Folkehelse kan styrkes gjennom etablering og utvikling av nasjonale og regionale folkehelseinstitutt. Dette gjøres i dag blant annet i partnerskap med lav- og mellominntektsland og i regionale samarbeid. Den afrikanske unionen driver fem regionale sentre som fungerer som knutepunkt for afrikanske sentre for sykdomskontroll og forebygging (Centre for Disease Control and Prevention (CDC)). Disse overvåker helsesituasjonen, styrker beredskap og nødhjelp, og koordinerer regionale folkehelseinitiativer i samarbeid med Afrika CDC sitt hovedkvarter.⁴⁷ Norske myndigheter har i mange år vært engasjert i partnerskap med politisk prioriterte land for å styrke folkehelseinstitusjoner både nasjonalt og regionalt i Afrika, spesielt gjennom Building Stronger Public Institutions and Systems (BIS) programmet.⁴⁸ Dette arbeidet bør videreføres.

Data og forskning - for bedre helse og effektive tiltak

Det er viktig å beskrive helsetilstanden, oppdage årsaker til uhelse, og måle effekten av tiltak i folkehelsearbeidet og i helsetjenestene. Dette krever gode data og forskningsinnsats. Helseinformasjonssystemer og overvåkning er avgjørende for pålitelig og oppdatert informasjon.⁴⁹ Tidlig varsling av utbrudd av smittsomme sykdommer er avgjørende for rask respons som kan forebygge og stanse spredning av epidemier og pandemier. Norske aktører har lenge vært engasjert i arbeidet med å styrke helseinformasjonssystemer globalt, og DHIS2⁵⁰ utviklet ved Universitetet i Oslo har en sterk posisjon i arbeidet med å utvikle helsesystemer internasjonalt. Det er viktig at dette arbeidet videreføres, ikke minst for å kunne dokumentere effekten av tiltak. Norge bør derfor støtte forskning på effektene av ulike folkehelse- og sosiale tiltak blant annet for å begrense utbrudd og spredning av pandemier.



Et eksempel på slik forskning er arbeidet til *WHO Collaborating Centre for effectiveness research on public health and social measures for health emergencies* ved FHI.⁵¹

Videre er utdanning av helsepersonell og lokal kapasitetsbygging gjennom samarbeid med høyere utdanningsinstitusjoner viktig for å kunne utvikle bærekraftige lokale og nasjonale institusjoner og systemer for å kunne understøtte gode folkehelseiltak og gode helsetjenester.

En kamp om verdier

Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR) er en grunnleggende menneskerett som handler om retten til å bestemme over egen kropp og seksualitet, og tilgang til reproduktive helsetjenester som god fødselshjelp og familieplanlegging. Seksuelle og reproduktive helsetjenester er livsviktige, særlig for unge kvinner og jenter som venter barn.⁵² Kamp om knappe ressurser og fokus på akutte medisinske behov gjør at slike tjenester ofte overses, for eksempel i humanitære kriser, til tross for at disse er kritiske for kvinners overlevelse og helse.⁵³ Kunnskap om rettigheter og tilgang til prevensjon er avgjørende for kvinner og ungdommers fremtid. Mangel på kunnskap og på tilstrekkelige tjenester kan frata unge muligheten til utdanning og til å delta i arbeidslivet. SRHR er også essensielt for kvinners frihet og en bærekraftig økonomisk utvikling.

SRHR er under press i mange land. Ofte er det stor politisk og kulturell motstand mot kunnskap om både prevensjon, abort og generelle rettigheter, og de konservative kreftene som kjemper imot blir stadig sterkere og bedre organisert. Motstanden mot SRHR gjennomsyrrer diskusjoner i for eksempel Verdens helseorganisasjon og forhindrer fremskritt.

Under den internasjonale konferansen om befolkning og utvikling (ICPD) i Kairo i 1994 spilte Norge en aktiv rolle i å sikre globale forpliktelser til SRHR. Det var ved denne konferansen SRHR ble definert som en

grunnleggende menneskerettighet.⁵⁴ Også på hjemmebane er Norge svært gode, og få land er kommet like langt som Norge der likestilling og muligheten til å bestemme over egen kropp har stått sentralt i mange tiår.

SRHR står sentralt i norsk utviklingspolitikk, og Norge fortsetter å være en progressiv og viktig stemme i internasjonale forum. I mai 2024 ble Norge valgt som styremedlem i Verdens helseorganisasjon, og SRHR er blant de norske prioriteringene der.⁵⁵ Under vanskelige diskusjoner tidligere i året, for eksempel i styremøter før Verdens helseforsamling, var den norske delegasjon en aktiv bidragsyter og ga eller deltok i flere innspill som tok opp behovet for SRHR.

Helse som humanitær nødhjelp

Helse er også en nøkkelkomponent i Norges humanitære innsats. Regjeringens humanitære strategi fra 2024 forplikter seg til å støtte livreddende og grunnleggende helsetjenester i den humanitære responsen, støtte arbeid med seksuell og reproduktiv helse i krisesituasjoner, og arbeide for å styrke tjenester innenfor mental helse og psykososial støtte, i tillegg til en satsing på beskyttelse av helsefasiliteter og personell, i tråd med internasjonal humanitær rett⁵⁶. Innsatsen for helse i krisesituasjoner er i tråd med prinsippet om "leave no one behind" og er særlig aktuelt i dagens situasjon med et økende antall mennesker som lever i områder preget av krig og konflikt⁵⁷.

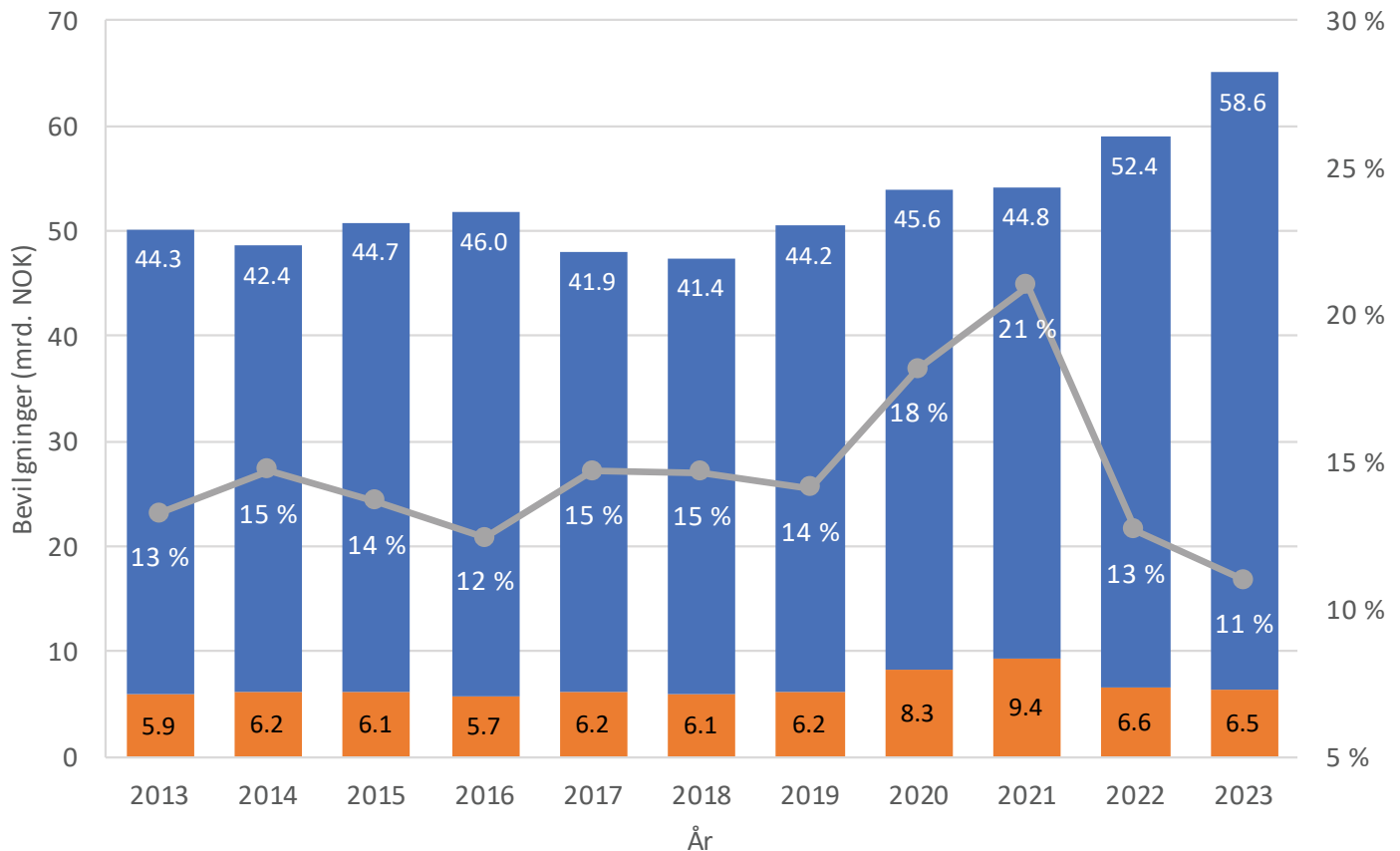
Finansiering under press

Det er to hovedutfordringer med finansiering for global helse fremover. For det første fører nye prioriteringer i bistandsbudsjettet til kutt i bevilgningene til global helse. For det andre har Norge forpliktet seg til flerårig finansiering som binder opp deler av budsjettet de neste årene til tiltak som allerede er gjennomført.

Norsk finansiering av global helse 2013-2023

Norads tall for årene 2013-2023 viser at, med unntak av covid-19 årene 2020 og 2021, har det vært et betydelig fall i andelen av bistandsbudsjettet som investeres i global helse, se figur 6.⁵⁸ Målt i faste 2023-kroner var helsebistanden 5,88 milliarder kroner i 2013, mens den i 2023 var 6,45 milliarder kroner,⁵⁹ en økning på 9,7 prosent. Samtidig økte den totale bistanden fra 44,3 milliarder kroner i 2013 til 58,6 milliarder kroner i 2023, en økning på 32,2 prosent.

Utvikling i total bistand og helsebistand (2013-2023) målt i faste 2023-kroner



Figur 6: Bistanden har økt mye mellom 2013-2023. Samtidig har andelen som går til global helse falt.

De viktigste kanalene for helsebistand fra Norge har i flere år vært GAVI, Det globale fondet for å bekjempe aids, tuberkulose og malaria, Den globale finansieringsfasiliteten for kvinners, barns og ungdoms helse (GFF), FNs befolkningsfond (UNFPA) og Verdens helseorganisasjon. I tillegg kanaliseres en stor sum gjennom IFFIm (omtales nedenfor), hovedsakelig til GAVI, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) og som nedbetaling av tidligere covid-19 innsats.⁶⁰ I 2023 utgjorde i tillegg bistand til helse i kriser en betydelig andel, nesten 1 milliard kroner, og en del midler ble kanalisert gjennom sivilt samfunn, både helse som langsiktig bistand og som nødhjelp.

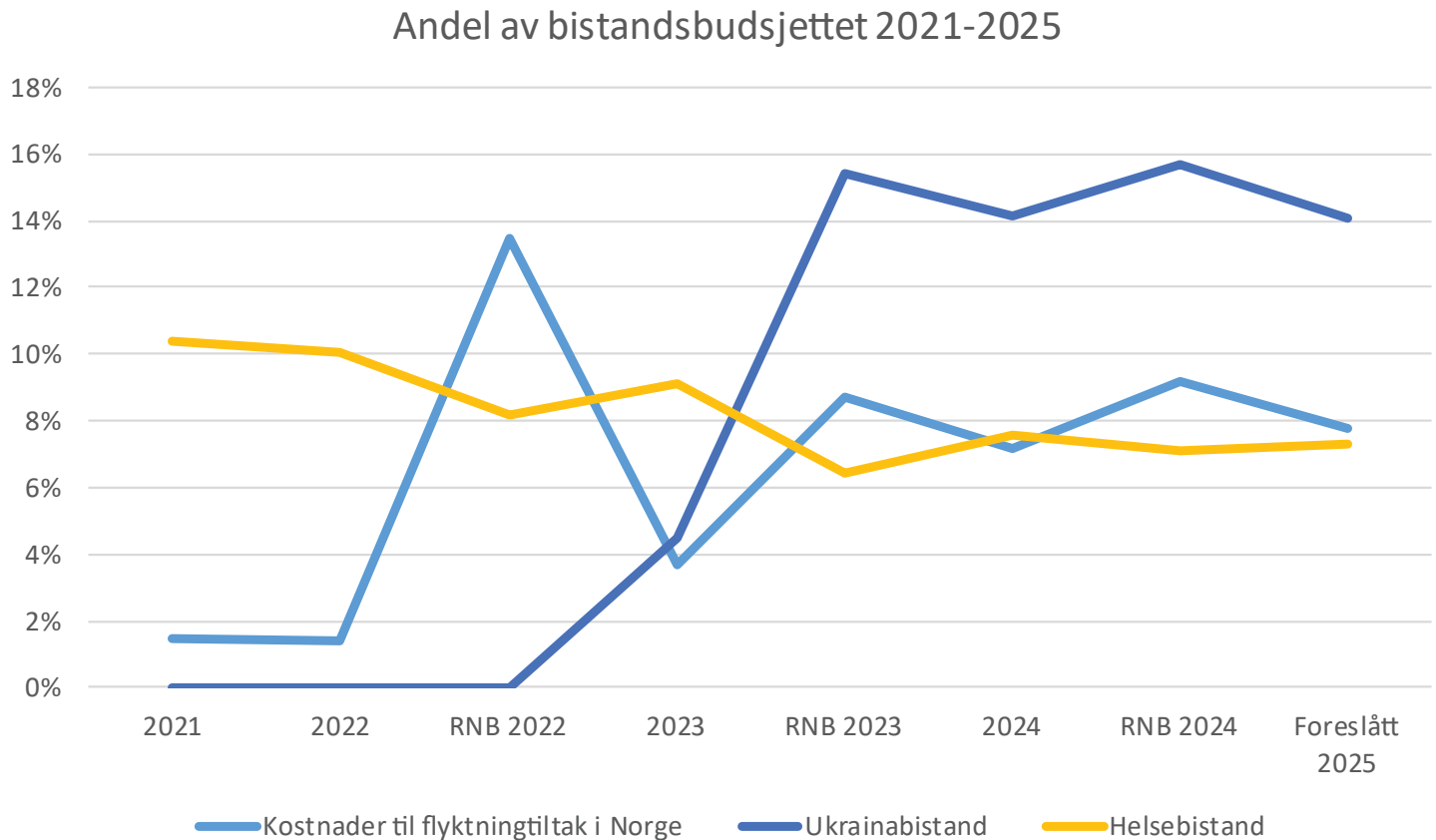
Handlingsrommet for investeringer i global helse

Det politiske handlingsrommet for norsk finansiering av global helse krymper, og vil fortsette å krympe de neste årene hvis ikke bevilgningene øker fra dagens nivå. Den viktigste årsaken til dette er store bevilgninger til Ukraina over bistandsbudsjettet, inkludert dekning av utgifter til ukrainske flyktninger i Norge. Økte forpliktelser til klimafinansiering er også ventet å begrense handlingsrommet i årene som kommer, med mindre dette finansieres utenfor bistandsrammen.

Utviklingen kan illustreres gjennom endringene i bevilgningene på kapittel 160, Helse, på bistandsbudsjettet, selv om dette bare utgjør rundt 60 prosent av den totale helsebistanden.

Figur 7 viser utviklingen fra 2021 og illustrerer den kraftige økningen i bistand til Ukraina og til å dekke kostnader fra flyktninger i Norge. I denne perioden er det gjort flere kutt i bevilgningene til global helse. Dette har bidratt til

et etterslep på planlagte innsatser og betalingsforpliktelser som må dekkes inn i 2024 og 2025. Foreslått budsjett for 2025 er lavere enn det vedtatte for 2024, og den planlagte bistanden til helse krymper dermed både i kroner og som andel av bistandsbudsjettet.



Figur 7: Finansiering av mottak av flyktninger i Norge og støtte til Ukraina ble prioritert til fordel for andre satsinger på bistandsbudsjettet, deriblant helse. Dette fikk særlig utslag i det reviderte budsjettet etter Russlands invasjon i 2022, og etter Stortingsvedtaket om Nansen-pakken i 2023. (Budsjettet for 2021 fanger ikke opp ekstra covid-19 bevilgninger).

En annen vesentlig faktor som påvirker handlingsrommet fremover er forpliktelser om betaling av tiltak som allerede er gjennomført. IFFIm, Den internasjonale finansieringsmekanismen for immunisering, ble opprettet i 2006 for å tilrettelegge for rask mobilisering av penger til GAVIs programmer. IFFIm mobiliserer privat kapital ved å låne penger gjennom å utstede "vaksineobligasjoner" til private långivere. Lånene garanteres av giverlandene. Modellen gjør det mulig å raskt mobilisere store midler fra privatmarkedet, men forplikter giverne til å tilbakebetale lånene på et senere tidspunkt.

IFFIm gir dermed flere fordeler, samtidig som den binder opp midler langt frem i tid. Ifølge Norad utgjør IFFIm-forpliktelsene for tiltak som allerede er gjennomført 815 millioner kroner årlig mellom 2026-2030, eller over 20% av nåværende bevilgninger over budsjettkapittel 160, Helse.

For å fortsette å være en global leder, må Norge gjøre mer, og bedre, for å halvere tidlig død innen 2050. Norge både kan og bør gjøre dette, både fordi det er solidarisk og fordi det lønner seg for vår egen sikkerhet og stabilitet. Norge er i en god posisjon til å bidra med faglig kompetanse, politisk lederskap og sterkere finansielle bidrag.

Del C: Et rammeverk for investeringer i global helse

Norge bør øke sin innsats for global helse for å halvere for tidlig død innen 2050, redusere helseulikhet og øke sikkerhet og økonomisk stabilitet i verden og i Norge. Begrunnelsen er todelt: solidaritet og egeninteresse. Utvalget mener at den todelte begrunnelsen for norsk innsats for global helse bør gjenspeiles i en todelt målsetting for arbeidet. De mest effektive tiltakene for å redusere globale helseulikheter er som regel ikke de samme tiltakene som mest effektivt styrker norsk og internasjonal helsesikkerhet. For at innsatsen for global helse skal gi best mulig resultater bør derfor målene tydeliggjøres og virkemidlene spisses, selv om noen tiltak kan bidra til begge målene.

Utvalget mener at målene for norske investeringer i global helse bør være:

- a) **Å redusere global helseulikhet innad i land og mellom land**
- b) **Å styrke helsesikkerheten i Norge og andre land**

På denne bakgrunn foreslår utvalget et nytt rammeverk for investeringer i global helse (se tabell A). **For å redusere global helseulikhet** støttes kostnadseffektive tiltak i de landene som bærer den største sykdomsbyrden og som selv ikke har tilstrekkelige økonomiske ressurser (dvs. lavinntektsland eller lavere mellominntektsland), med særlig oppmerksomhet om den delen av befolkningen som har størst helseutfordringer. På overnasjonalt nivå investeres det i forskning, teknologi og produkter og andre fellesgoder som effektivt bidrar til å redusere globale helseulikheter (f.eks. utvikling av vaksiner mot neglisjerte sykdommer).

Enkelte tiltak for bedre helse i fattige land kan også påvirke norsk helsesikkerhet. Så lenge hovedmålet med tiltaket er å redusere global helseulikhet, faller tiltaket likevel under målsetting a).

For å styrke helsesikkerheten i Norge og andre land investeres det på overnasjonalt nivå for å fremme helsearbeidet mellom land, styrke beredskap og respons på pandemier og andre smittsomme sykdommer som rammer alle land. Det kan også investeres i tiltak i enkeltland der dette er en effektiv måte å fremme den globale helsesikkerheten. Investeringer kan gjøres i alle land, også høyinntektsland.

Norsk innsats for global helse finansieres i dag hovedsakelig gjennom bistandsbudsjettet, innenfor en ramme på 1 prosent av bruttonasjonalinntekten (BNI). Utvalget mener at én-prosentmålet ikke lenger er tilstrekkelig for å ivareta både Norges solidariske ansvar og vår egen sikkerhet. Den positive utviklingen i norsk økonomi, kombinert med store udekkede behov globalt, tilsier at vårt solidariske ansvar er minst like stort som før. Samtidig er det nødvendig å øke investeringene i pandemiberedskap, klima og andre fellesgoder som er viktige både for vår egen og andres sikkerhet og velferd. Prosentmålet framstår derfor nå som et uhensiktsmessig «tak» som hindrer nødvendige investeringer.

Utvalget mener derfor at den nødvendige økningen i investeringer for å fremme helsesikkerheten i Norge og andre land må komme som bevilgninger utover 1 prosent av BNI. Økningen kan delvis skje gjennom et større bistandsbudsjett og delvis gjennom bevilgninger til tiltak som ikke er godkjent som bistand.

Økt innsats for å redusere global helseulikhet kan finansieres innenfor dagens bistandsramme, ved å øke andelen av bistanden som går til fattigdomsbekjempelse og nødhjelp. I 2022 gikk 68 prosent av bistanden til fattigdomsbekjempelse og nødhjelp, mens resten gikk til ulike typer globale fellesgoder med varierende utviklingsrelevans.⁶¹

Tabell A: Et rammeverk for økte investeringer i global helse.

Mål	Tiltak i enkeltland	Overnasjonale tiltak	Finansiering av økte investeringer
Redusere global helseulikhet	<i><u>I lavinntekts- og lavere mellominntektsland:</u></i> Effektive tiltak for å redusere sykdomsbyrde og for tidlig død, inkl. styrking av helsesystemer.	Investeringer i teknologi og produkter som er viktige for å redusere global helseulikhet (f.eks. vaksiner mot neglisjerte sykdommer).	Bistand (øke andelen av bistanden som går til fattigdomsbekjempelse).
Styrke helsesikkerheten i Norge og andre land	<i><u>I land på alle inntektsnivåer:</u></i> Effektive tiltak for global helsesikkerhet, implementert på landnivå.	Internasjonalt helsesamarbeid (f.eks. WHO) Pandemi – overvåkning og internasjonal respons Investeringer i forskning, teknologi og produkter som styrker helsesikkerhet i Norge og andre land (f.eks. covid-vaksiner og antibiotikaresistens).	Bevilgninger utover 1 prosent av BNI <i>Enkelte tiltak vil være godkjent som bistand, andre ikke.</i>

Budsjettene må vise klart hvor mye som settes av til hver av de to målsettingene. Dette er viktig for å sikre en informert debatt om prioriteringer og for å følge opp utvalgets anbefaling om at økte investeringer i global helsesikkerhet skal komme som en bevilgning utover 1 prosent av BNI. I tilfeller der et tiltak bidrar effektivt til begge målsettingene, kan tiltaket samfinansieres av de to bevilgningene.

Rammeverket er inspirert av Sending-utvalget, som la vekt på betydningen av å klargjøre målsettingene i utviklingspolitikken og anbefalte at en videre økning i investeringer i globale fellesgoder må skje utenfor rammen av 1 prosent av BNI.

Investeringer i globale fellesgoder – altså goder som alle kan benytte seg av når de først er tilgjengelig – er avgjørende for å fremme global helse. Slike investeringer er særlig viktige for å styrke global helsesikkerhet. Enkelte globale fellesgoder er også sentrale for å redusere global helseulikhet, slik som teknologi og kunnskap som bidrar til å bekjempe sykdommer som særlig rammer fattige land. Et viktig spørsmål er derfor *hvilke* fellesgoder som skal prioriteres, og hvordan disse investeringene skal finansieres.

Rammeverket i tabellen over hjelper med å svare på slike spørsmål. Ikke alle globale fellesgoder er like viktige



© UNICEF/Calderón

for alle. En effektiv malariavaksine, for eksempel, er særlig viktig for befolkningen i fattige land. En slik vaksine vil bidra til å redusere helseulikheter i verden, og hører derfor til under målsetting (a). En covidvaksine, derimot, er viktig for hele verdens befolkning. Den gir ikke et betydelig bidrag til å redusere helseulikheter, men styrker vår felles helsesikkerhet. Dette er derfor et globalt fellesgode som faller under målsetting (b).

Rammeverket som vi har presentert, tar stilling til finansiering av *økte* investeringer i global helse, men sier ikke noe om finansieringen av *dagens* investeringer. Utvalget har ikke drøftet dette spørsmålet. Utvalget konstaterer imidlertid at over tid er en økende andel av bistandsbudsjettet brukt på helsesikkerhet og andre globale fellesgoder som har vesentlig verdi for Norge og andre rike land. Det er naturlig å drøfte om dette burde få konsekvenser for bistandsrammen, for å sikre at Norges solidariske bidrag opprettholdes.

Del D: Hva bør Norge gjøre?

Utvalget mener at Norges innsats for global helse har en todelt begrunnelse. Den første begrunnelsen er internasjonal solidaritet. Vi har et solidarisk ansvar for å bidra til å utjevne ulikheter i helse i verden. Norske investeringer har bidratt til at flere barn overlever i dag enn for tjue år siden, og at forskjellene i levealder mellom fattige og rike land faller. Investeringer i helse bidrar også til fattigdomsreduksjon og økonomisk utvikling, og helse er blant de høyest prioriterte utviklingsområdene for de som mottar norsk bistand.⁶²

Den andre begrunnelsen handler om vår egen sikkerhet, velferd og økonomiske utvikling. Bedre helse i verdens befolkning, bedre og mer robuste helsesystemer i alle land, at alle har tilgang til grunnleggende helsetjenester, større investeringer i globale fellesgoder på helseområdet og et velfungerende globalt helsesamarbeid – alt dette har stor betydning for Norges egen sikkerhet og økonomiske utvikling. Covid-19-pandemien viste oss hvor sårbare vi er og hvor viktig internasjonalt samarbeid og god helsesikkerhet i andre land er for vår sikkerhet.

Investeringer i global helse har gitt og forventes å fortsette å gi gode resultater, i form av bedre liv, velferd og økonomi. Samtidig truer nye utfordringer, og sektoren har et økende finansieringsgap. Det gjør det ekstra viktig med fortsatt sterk, effektiv og målrettet norsk innsats. Basert på dette presenterer utvalget nedenfor sine anbefalinger til norske beslutningstakere om norske investeringer og prioriteringer fremover. Utvalget anbefaler også å sette et motiverende mål for denne innsatsen, inspirert av Lancet CIH3.0 sin visjon: et globalt mål om å halvere for tidlig død innen 2050.

1) Fornye Norges lederskap for global helse med mål om å halvere for tidlig død innen 2050

Norge har historisk spilt en viktig rolle innen global helse, blant annet gjennom arbeidet med GAVI, CEPI og ACT-A. Gjennom dette har Norge ofte fått en plass ved bordet i de viktigste beslutningsforumene globalt, deriblant G7 og G20 når disse diskuterer helseinitiativ. Ved å kombinere politisk vilje og engasjement med kompetanse og en langsiktig tilnærming, har Norge etablert seg som en betydelig aktør innen global helse. Denne posisjonen er i ferd med å svekkes, dels på grunn av lavere politisk interesse på regjeringnivå, og dels på grunn av svakere kronekurs og lavere investeringer, både som andel av bistandsbudsjettet og i faste priser. En fornyelse av Norges lederskap er ennå mulig, med fordelene det vil ha. Norge kan bruke sin historiske rolle til å utøve positiv innflytelse på, og øke ambisjonene, i andre land.

Den nye rapporten fra Lancet-kommisjonen *Investing in Health 3.0* (CIH3.0)⁶³, har noen klare og enkle anbefalinger som utvalget mener Norge bør følge opp for å utrette mer. Utvalget mener at Norge bør jobbe globalt for et felles mål, kalt "50-by-50", om å redusere sykdomsbyrden og halvere for tidlig død innen 2050, med utgangspunkt i nivået fra 2019. Utvalgets anbefalinger er imidlertid ikke avhengig av en global enighet om dette målet, og står på egne ben som en anbefaling for Norges innsats for global helse.

Skal Norge fornye sitt lederskap innen global helse, vil det kreve innsats og forpliktelser på tvers av statsrådene og departementene. De to begrunnelsene for Norges innsats, redusere helseulikhet og styrke helsesikkerhet, gjør at innsatsen for global helse er relevant for flere departementer og deres kompetanse er viktig for å sikre at de riktige områdene prioriteres. Det er også viktig å høre på den faglige ekspertisen som ligger i norske sivilsamfunnsorganisasjoner og akademiske miljøer innen global helse. Innsatsen for global helse kommer dessuten til å gjennomføres i et mer komplekst utfordrings- og trusselbilde fremover.

Norge må fortsette sitt verdilederskap innen seksuell og reprodutiv helse og rettigheter (SRHR) fordi tilgang til SRHR-tjenester er avgjørende for kvinners helse og samfunnets utvikling. Dette er særlig avgjørende i en tid der SRHR står under økende press i mange land. Norge har både et sterkt historisk engasjement og en viktig rolle som pådriver i internasjonale fora som Verdens helseorganisasjon (WHO) for å sikre SRHR som en grunnleggende menneskerettighet.

Utvalget anbefaler at Norge bør:

- 1.1. Arbeide for et globalt mål om å halvere for tidlig død innen 2050 og for at rike land forplikter seg til å hjelpe fattige land med å oppnå dette.**
 - a. Lancet CIH3.0 skisserer en vei for at alle land kan nå dette målet, blant annet gjennom å prioritere 15 tilstander på tvers av smittsomme sykdommer, mødrehelse, ikke-smittsomme sykdommer og skader. Se mer i anbefaling 3.1.
- 1.2. Ta initiativ på regjeringsledernivå sammen med andre land for å reformere den globale helsearkitekturen⁶⁴.**
 - a. Initiativet bør ha mål om økt innflytelse til mottakerlandene i tråd med Lusaka-agendaen, støtte styrking av helsesystemer og å redusere transaksjonskostnader
 - b. Et slikt initiativ bør involvere Verdens helseorganisasjon (WHO), Verdensbanken og de sentrale globale helseinitiativene i tillegg til sentrale giver- og mottakerland og regionale organisasjoner. Dette initiativet bør forankres i G20 og G7.
 - c. Giverland bør samtidig fortsette å prioritere og styrke støtten til global helse gjennom multilaterale kanaler.
 - d. Se anbefaling 5 for detaljer.
- 1.3. Ruste Norge for internasjonalt lederskap på flere arenaer gjennom samordnet innsats ved å:**
 - a. Gjenopprette stillingen som global helseambassadør, som en delt stilling mellom Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.
 - b. Opprette et statssekretærutvalg for global helse, med blant annet medlemmer fra Statsministerens kontor, Utenriksdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Finansdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Klima- og miljødepartementet. Arbeidet støttes av en embetsgruppe som ledes av den globale helseambassadøren.
 - c. Involvere norske organisasjoner og akademiske miljøer
- 1.4. Fortsette verdilederskapet innen seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, inkludert mødre- og barnehelse, på landnivå og på globale arenaer.**

2) Investere mer i global helse – for å redusere helseulikhet og øke vår sikkerhet

Utvalget mener den todelte begrunnelsen for Norges investeringer i global helse bør gjenspeiles i en todelt målsetting for dette arbeidet. De mest effektive tiltakene for å redusere globale helseulikheter er som regel ikke de samme tiltakene som mest effektivt styrker norsk helsesikkerhet. For at innsatsen skal gi best mulig resultater bør derfor målsettingene tydeliggjøres og virkemidlene spisses, selv om flere av tiltakene vil kunne bidra til begge mål.

Utvalget konstaterer at regjeringen i statsbudsjettet for 2025 foreslår å øke støtten til fellesgoder for helseberedskap som er relevant både for høyinntektsland og lavinntektsland "innenfor eksisterende budsjettammer". Etter utvalgets oppfatning vil dette svekke Norges solidariske bidrag for å redusere global helseulikhet, noe utvalget advarer mot. Prosentmålet fungerer nå også som et "tak" som hindrer det som vil være en helt nødvendig økning i Norges investering i globale fellesgoder, deriblant klimatiltak og pandemiberedskap. Med dette som bakgrunn mener utvalget at enprosentmålet ikke lenger er tilstrekkelig for å ivareta både Norges solidariske forpliktelse og vår egen sikkerhet. Det er behov for større innsats for å møte de globale utfordringene vi står overfor.

Utvalget anbefaler at Norge bør:

- 2.1. Gjøre redusert global helseulikhet til en hovedprioritet i utviklingspolitikken og øke Norges innsats.**
 - a. I lys av de sterke argumentene for å investere i global helse, anser utvalget at Norges samlede investeringer for å redusere global helseulikhet er for lave og bør økes. Dette bør gjøres gjennom å øke den overordnede andelen av bruttonasjonalinntekt (BNI) som går til å bekjempe fattigdom og global ulikhet. Denne andelen var på 0,69 prosent i 2022 og 72 prosent i 2023.⁶⁵
- 2.2. Øke investeringene i norsk og global helsesikkerhet, uten at det svekker innsatsen for å redusere globale helseulikheter og fattigdom. Dette må skje ved å øke bistandsbudsjettet til mer enn én prosent av bruttonasjonalinntekt (BNI). Noe av økningen kan også komme utenom bistandsbudsjettet.**



© UNICEF/Andriantsoarana

3) Redusere helseulikhet ved å prioritere effektive tiltak og styrking av helsesystemer

Det er betydelige forskjeller i helsetilstand og tilgang til helsetjenester både innad i land og mellom land. Den største ulikheten finnes imidlertid mellom land. I Vest-Europa/Canada er sannsynligheten for tidlig død nede i 15 prosent, mens den fortsatt er hele 52 prosent i Afrika sør for Sahara. Over halvparten av verdens befolkning mangler tilgang til grunnleggende helsetjenester,⁶⁶ og mange lavinntektsland mangler de økonomiske ressursene som trengs for å heve helsetilbudet til et forsvarlig nivå. Styrking av helsesystemer er med andre ord avgjørende for å redusere den globale helseulikheten.

Lancet CIH3.0 har identifisert 15 helsetilstander som står for størsteparten av det globale gapet i levealder,⁶⁷ og anbefaler å prioritere disse for å halvere sannsynligheten for tidlig død innen 2050. Se boksen "De 15 prioriterte helsetilstandene". Gitt den beskjedne utviklingen i universell helsedekning siden 2015,⁶⁸ anbefaler Lancet CIH 3.0 en ny, modulær tilnærming til helsesystemstyrking. Med et mål om helhetlig universell helsedekning på sikt, anbefaler kommisjonen å i første omgang fokusere på moduler med kostnadseffektive intervensjoner for de 15 prioriterte helsetilstandene. Disse modulene inkluderer også tiltak mot helsetilstander som som medfører stor sykdomsbyrde uten å forårsake tidlig død, som f.eks. psykiatriske lidelser, samt andre behov som alle helsevesen bør ivareta (blant annet rehabilitering, utvikling av barn og unge, og palliativ behandling). Totalt anbefaler Lancet CIH3.0 å først fokusere på 19 moduler, før man senere bygger videre på disse for å oppnå universell helsedekning over tid⁶⁹. Denne tilnærmingen er fokusert, men har samtidig et ambisiøst bidrag til helsesystemstyrking.

Norge er kjent for å ha et av de beste helsesystemene i verden, og vi har god kompetanse på en rekke områder. Denne kompetansen bør tilbys til land som er interessert i dette.

Mange forhold utenfor helsevesenet har stor betydning for helse. For eksempel er utdanning og helse tett forbundet. Utdanning bidrar til økt humankapital og bidrar til god helse gjennom hele livet, ved å gi kunnskap og ferdigheter som støtter sunnere livsvalg, bedre livskvalitet og økt helsekompetanse. Ernæring er en annen viktig brikke i økt humankapital. Feilernæring tidlig i livet fører til irreversibel reduksjon i fysisk vekst og kognitiv utvikling. Sammenlignet med deres velernærte jevnaldrende, fullfører de som opplevde feilernæring tidlig i livet færre skoleår, har lavere inntekt senere i livet, og har en høyere risiko for ikke-smittsomme sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, fedme og diabetes⁷⁰. God humankapital er en forutsetning for å utdanne nok eget helsepersonell for å bygge en robust primærhelsetjeneste.

Ikke-smittsomme sykdommer, blant annet kreft og hjerte- og karsykdommer, utgjør en stadig større andel av den globale sykdomsbyrden. Å jobbe med målrettede tiltak mot felles risikofaktorer for de ikke-smittsomme sykdommene, som tobakk, sukker og alkohol, vil forhindre store helseplager og tidlig død verden rundt.

Som et rikt og lite land, der vår velferd er tett knyttet til en trygg verden og stabil verdensøkonomi, har Norge både et solidarisk ansvar og en egeninteresse i å redusere helseulikhet på verdensbasis.

Utvalget anbefaler at Norge bør:

3.1. Konsentrere innsatsen rundt et fåtall helsetilstander som vil gi stor reduksjon i for tidlig død.

- a. Lancet CIH3.0 identifiserer 15 helsetilstander som bidrar til en stor andel av for tidlig død i alle land: åtte smittsomme sykdommer og mødre helse-tilstander, syv ikke-smittsomme sykdommer, samt noen få utvalgte behov alle helsevesen bør ivareta. Norge bør prioritere de helsetilstandene som treffer lavinntektsland hardest, og bidra i tråd med landenes egne prioriteringer.
- b. Bidra både med ressurser på nasjonalt nivå og gjennom forskning, innovasjon og ny teknologi rettet mot de prioriterte helsetilstandene.

3.2. Øke støtten til styrking av helsesystemer.

- a. Prioritere økonomisk støtte til å styrke helsesystemene i land som selv investerer i og prioriterer dette. Nasjonalt eierskap er en forutsetning for å lykkes.
- b. Helsesystemstøtten bør i første omgang konsentreres omkring moduler som støtter opp om arbeidet med prioriterte helsetilstander (jf. punkt 3.1a), på en samordnet måte, og deretter bygge videre på disse for å oppnå universell helsedekning over tid.
- c. Tilby teknisk og faglig rådgivning, forsknings- og utdanningssamarbeid der dette er etterspurt og på områder der Norge har særskilt kompetanse, for eksempel innen:
 - i. Helseinformasjonssystemer, inkludert helseovervåkning, pandemiberedskap og dødsårsaksregistre.
 - ii. Helselovgivning og regulering som kan bidra til bedre folkehelse.
 - iii. Implementeringsforskning for å sørge for best mulig implementering av intervensjoner som er dokumentert effektive.
 - iv. Helsefinansiering og prioritering, for mer effektiv ressursbruk og mindre nasjonal helseulikhet.
 - v. Lokal kapasitetbygging gjennom samarbeid om høyere utdanning.
- d. Bidra til å løse den globale helsepersonellkrisen gjennom utveksling av erfaring og kompetanse. Blant annet bør Norge arbeide for at styrket tilgang til kvalifisert helsepersonell prioriteres som en del av helsesystemstyrkingen, gjennom nye og effektive måter for opplæring. I tillegg bør Norge arbeide for å revitalisere Verdens helseorganisasjons kode (WHO-koden) om internasjonal rekruttering av helsepersonell.⁷¹

3.3. Se investeringer i helse i sammenheng med andre investeringer i økt humankapital, gjennom fortsatt støtte til grunntidning og ernæring.

3.4. Arbeide med multilaterale institusjoner for økt skatt på tobakk, sukker og alkohol for å redusere tidlig død og øke nasjonal ressursmobilisering.

4) Styrke koordinering og investere i effektive tiltak som styrker helsesikkerheten globalt

Motstandsdyktige *nasjonale* helsesystemer er viktige for å oppnå god helsesikkerhet, men ikke tilstrekkelig. Deler av Norges helseinnsats bør derfor rettes mot å styrke helsesikkerheten globalt.

For å forebygge helsekriser og kunne respondere raskt på akutte nødssituasjoner, er det avgjørende å ha effektive globale og regionale mekanismer. Dette krever at relevante aktører innen helseberedskap har nødvendig fleksibilitet til å koordinere innsats og handle raskt når kriser oppstår. Verdens helseorganisasjon (WHO) spiller en nøkkelrolle i dette arbeidet ved å lede global koordinering av helseberedskap og respons på kriser, og dermed for vår felles helsesikkerhet.

Global helsesikkerhet avhenger også av god helseberedskap i lavinntektsland, noe som kan styrkes gjennom regionale og nasjonale innsatser. Innovasjon, produktutvikling, tilstrekkelig produksjonskapasitet og rettferdig distribusjon av vaksiner, samt forskning på tiltak for å begrense konsekvensene av helsekriser, spiller alle en viktig rolle i helsesikkerhet. Det gjør også regionale og nasjonale folkehelseinstitusjoner og handlingsplaner. Nasjonale handlingsplaner for helsesikkerhet i tråd med WHO's rammeverk vil sikre bedre koordinering og raskere respons slik at regionale og globale helsekriser kan begrenses eller avverges.

Pandemiforebygging og beredskap er en investering som gjøres *før* en helsekrise inntreffer. Selv for et høyinntektsland som Norge har slike tiltak vist seg vanskelig å prioritere høyt nok⁷², og i lav- og mellominntektsland er det enda vanskeligere. En annen utfordring for disse landene er at rask respons på helsekriser krever raskt tilgjengelig finansiering. Det kan ikke forventes at lav- og mellominntektsland skal fullfinansiere tiltak til pandemiforebygging, beredskap og respons der gevinsten også tilfaller andre land. Derfor er økonomisk støtte og egnede finansieringsordninger avgjørende, og må etableres og konsolideres snarlig.

Det er ikke bare pandemier som truer helsesikkerheten i verden og Norge. Verdens helseorganisasjon rangerer antimikrobiell resistens (AMR) blant de ti største truslene mot global helse.⁷³ Spredningen av resistente bakterier truer helsesikkerheten ikke bare i landene de oppstår, men også i Norge. Det er viktig å investere mer i tiltak som forhindrer økt antimikrobiell resistens.

Utvalget anbefaler at Norge bør:

- 4.1. Investere i en mer fleksibel Verdens helseorganisasjon (WHO) gjennom ikke-øremerket støtte, for å styrke kapasiteten og koordineringen av global helseberedskap og respons på globale helsekriser.**
 - a. Norge bør også støtte Verdens helseorganisasjons rammeverk for koordinering av arbeidsstyrken "Global Health Emergency Workforce".
- 4.2. Jobbe for å etablere sterkere finansieringsinstrumenter for pandemiforebygging, beredskap og respons i lav- og mellominntektsland.** Det vil omfatte finansiering gjennom forsikring, garantier eller betingede lån som er forhandlet før krisen inntreffer. Lav- og mellominntektsland kan ikke forventes å finansiere slike tiltak alene, når gevinstene også tilfaller andre land. Pandemifondet, Verdensbanken, IMF og de regionale utviklingsbankene vil være sentrale aktører.
- 4.3. Støtte opp under og investere mer i innovasjon og produktutvikling, inkludert vaksiner, diagnostikk og behandling, der hvor det ikke finnes et godt nok marked, for å styrke global helsesikkerhet.**
 - a. Støtte den internasjonale innsatsen for bærekraftig produksjonskapasitet av vaksiner, diagnostikk og legemidler, også i lav- og mellominntektsland – for å bidra til rettferdig fordeling av vaksiner og andre helseprodukter.
 - b. Støtte CEPI sitt arbeid med vaksiner mot sykdommer der det er markedssvikt.
- 4.4. Støtte sterkere regionale sentre for folkehelse tiltak og nasjonale institusjoner og handlingsplaner for helsesikkerhet, blant annet for å bygge ut gode varslingsystemer for å stanse epidemier og pandemier på et tidligere tidspunkt.**

- a. Eksempelinstitusjoner inkluderer Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC) og folkehelseinstituttfunksjoner i enkeltland.

4.5. Støtte forskning på effektene av ulike folkehelse- og sosiale tiltak for å begrense utbrudd og spredning av pandemier.

- a. Eksempel på slik forskning er arbeidet til *WHO Collaborating Centre for effectiveness research on public health and social measures for health emergencies* ved FHI.⁷⁴

4.6. Ta en sentral rolle for å bidra til en forsterket global innsats mot antimikrobiell resistens, herunder å investere mer i tiltak for å øke innovasjon og utvikling av nye antibiotika; redusere overforbruk og styrke tilgangen av antibiotika for høyprioriterte tilstander.

- a. Tiltakene må være tverrsektorielle og inkludere en "one health"⁷⁵ tilnærming.
- b. Anbefalingene fra høynivåmøter under FN's generalforsamling "UNGA 2024" må følges opp av alle de berørte departementene i det internasjonale arbeidet.⁷⁶

5) Reformere de globale helseinitiativene

Norge bør prioritere de kanalene for finansiering som er best egnet til å oppnå målene for arbeidet med global helse: redusere helseulikhet mellom fattige og rike land, og bedre helsesikkerheten i verden og i Norge.

Av den globale helsebistanden i 2022 gikk kun 25 prosent til de minst utviklede landene.⁷⁷ Det tyder på at de landene som har minst mulighet til å sørge for gode helsetjenester får for liten andel av ressursene.

Mottakerland bør få økt innflytelse over bruken av helsebistand. Nasjonalt eierskap til helsebistanden øker relevansen og bærekraften i prosjektene, samtidig som det styrker ansvarlighet og effektivitet. Dette fremmer utvikling av lokale institusjoner og reduserer avhengigheten av bistand over tid.

Lusaka-agendaen bygger opp om disse målene. Den fremhever viktigheten av lokalt utviklet helsepolitikk for å møte fremtidens utfordringer. Agendaen fokuserer på å styrke helsesystemer ved å prioritere primærhelsetjenester, som er nøkkelen til å sikre grunnleggende helsehjelp for alle. En sentral del av Lusaka-agendaen er å redusere avhengigheten av fragmentert ekstern finansiering, øke nasjonal finansiering dels gjennom mer effektive skattesystemer, og i stedet bygge robuste helsesystemer som er bedre tilpasset nasjonale behov og er bærekraftige på lang sikt.

Videre fremhever Lusaka-agendaen at de globale helseinitiativene (inkludert GAVI, GFF⁷⁸ og GF⁷⁹) må endres og tilpasse seg de nye utfordringene og den nye virkeligheten med sterkere regionale og nasjonale mekanismer. I enigheten anbefales det at innsatsen fra de globale helseinitiativene må øke, ikke minke, men at det må sikres at de globale helseinitiativene er tilpasningsdyktige og kontinuerlig lydhøre overfor behovene, prioriteringene og stemmene til regjeringer, sivilsamfunn og lokalsamfunn i partnerland som implementerer program og tiltak. Skjevhet i makt og prioriteringer i de globale helseinitiativenes strukturer og beslutningsprosesser må identifiseres og håndteres.

Utvalget anbefaler at Norge bør:

5.1. Bruke vår påvirkningskraft til å reformere de globale helseinitiativene.

- a. Norge bør lede reformer av de globale helseinitiativene med mål om forenkling, bærekraftig finansiering, kostnadseffektiv resultatoppnåelse og reduksjon av transaksjonskostnader.
- b. De målrettede globale helseinitiativene bør sees i sammenheng med de globale og regionale utviklingsbankenes helseinvesteringer, og det bør benyttes færre finansieringskanaler for det enkelte mottakerland og en felles koordineringsplattform for hvert land hvor landene selv har lederansvar.

5.2. Arbeide for at ressursene i de globale helseinitiativene går dit behovene er størst.

- a. De globale helseinitiativene bør prioritere investeringer i lavinntektsland og må i enda sterkere grad sikre medfinansiering fra hvert enkelt land som endrer status fra lav- til mellominntektsland.
- b. De globale helseinitiativene bør gi landene større beslutningsmyndighet over bruken av helsebistand i tråd med nasjonale prioriteringer.

- c. De globale helseinitiativene bør utvide støtten til å inkludere de 15 prioriterte tilstandene som kan bidra til å redusere for tidlig død.
- d. De globale helseinitiativene bør kjøpe en større del av sine helsetjenester gjennom det ordinære helsesystemet i mottakerlandene, og dermed være med på å bygge opp helsetjenestene i disse landene istedenfor å benytte internasjonale organisasjoner.

5.3. Følge opp Lusaka-agendaen.

- a. Bidra til at de globale helseinitiativene følger opp Lusaka-agendaen som vektlegger betydningen av lokalt utviklet helsepolitikk, styrking av helsesystemer, sikre grunnleggende helsetjenester gjennom folkehelseiltak og primærehelsetjeneste, redusere helseulikhet, og gjøre landene mindre avhengighet av fragmentert ekstern finansiering. Dette kan blant annet gjøres gjennom Norges styreverv.

6) Opprettholde Norges innsats i nødhjelpsarbeid

Krig og konflikt er en stor barriere for god helse og utbygging av velfungerende helsesystemer i konfliktfylte områder. I dag opplever verden det høyeste antallet væpnede konflikter på 80 år, noe som dramatisk påvirker menneskers helse. Av verdens 1,1 milliarder som lever i fattigdom, er 40 prosent også personer som lever i områder med væpnede konflikter⁸⁰. FN anslår totalt at ca to milliarder mennesker, en fjerdedel av verdens befolkning, lever i områder med konflikt⁸¹.

Mange av dagens konflikter utspiller seg i urbane områder, hvor militære mål ligger tett på sivile og sivil infrastruktur⁸². I tillegg blir kritisk sivil infrastruktur ofte hardt rammet, noe som påvirker helsesystemet og befolkningens helse. Det offentlige strømmettet forsyner ikke lenger sykehus, private husholdninger slutter å motta rent ferskvann, kommunikasjonsnettverk bryter sammen, og skadet transportinfrastruktur hindrer logistikkjenester. Dette svekker lokalsamfunnets evne til å gi nødvendig helsehjelp. I slike situasjoner øker risikoen for epidemier samtidig som kapasiteten for å bekjempe sykdom blir drastisk redusert. Sivile, helsepersonell og helsefasiliteter rammes hardt i væpnede konflikter, særlig der internasjonal humanitær rett ikke respekteres.

Norge er en viktig aktør innen nødhjelpsarbeid⁸³, der rask respons når krisen inntreffer er avgjørende for å spare liv og helse. Denne innsatsen må opprettholdes for å sikre at vi kan hjelpe de som trenger det mest, når de trenger det.

Utvalget anbefaler at Norge bør:

- 6.1. Opprettholde vår innsats i nødhjelpsoperasjoner, der helsefasiliteter, infrastruktur og tilgang på helsearbeidere er begrenset på grunn av væpnet konflikt.**
- 6.2. Fremme og sikre etterlevelse av internasjonal humanitær rett som beskytter sivile, medisinsk personell og helsefasiliteter under væpnet konflikt.**

Sluttnoter

- 1 Our World in Data. (16.10.24). *Under- five mortality rate.*
- 2 World Health Organization. (18.09.23). *Billions left behind on the path to universal health coverage.*
- 3 Lancet Commission on Investing in Health 3.0. Tabell 13, s. 1592. (2024). *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 4 Norges Bank Investment Management. *Dette er Oljefondet.*
- 5 UNICEF. (2024). *Under-Five Mortality.*
- 6 Gavi. Facts and Figures October 2023.
- 7 Lancet Commission on Investing in Health 3.0. Appendix, tabell 2.6.(2024). *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 8 Lancet Commission on Investing in Health 3.0. Appendix, tabell 2.6.(2024). *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 9 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). S.1561. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 10 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). S. 1570. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 11 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). S. 1572. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 12 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century. Figuren er en forenklet versjon av figur 7. Datene er hentet fra tabell 4, og omregnet til år (s. 1573).*
- 13 *Figurene er basert på Lancets figurer 8 og 9, der datagrunnlaget er hentet fra: Karlsson, O., Chang, A. Y., Norheim, O. F., Mao, W., Bolongaita, S., & Jamison, D. T. (2024). Priority health conditions and life expectancy disparities.*
- 14 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). S. 1578. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 15 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). S.1577. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 16 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). S.1564. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 17 World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health.* Oxford University Press.
- 18 UNESCO. (2024). *What you need to know about education for health and well-being.* UNESCO
- 19 WHO. *The Commission on investing in health 3.0: Concept note for the PMNCH board.*
- 20 Norad-rapport. (2024). *What are the African people asking from their governments?* Norad.
- 21 *Partnerland inkludert i Afrobarometer sine data er: Etiopia, Ghana, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Tanzania, og Uganda.*
- 22 Agenda 2063.(2015). *The Africa we want.*
- 23 Utredning for Koronakommisjonen. (2022). *Covid-19, tapt verdiskaping og finanspolitikkenes rolle.* SSB.
- 24 WHO. (2023). *Antimicrobial resistance.*
- 25 Norges Bank Investment Management. (2024), *Dette er oljefondet.* NBIM
- 26 World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health.* Oxford University Press.
- 27 Harvard Humanitarian Initiative. (2/2003). *Economics and Violent Conflicts,* Harvard University
- 28 Health Policy Watch. (2024). *Should Global Health Initiatives have a Termination Date?*
- 29 Policy and Society. (2024). *The rising authority and agency of public-private partnership in global health governance.* Oxford Academic.
- 30 Development today. (2024). *Gavi expands into new areas as multi-billion-dollar COVID money bin continues to grow.*
- 31 The Lusaka Agenda. (2023). *Conclusions of the future of global health initiatives process.*
- 32 WHO and the World Bank Group. (2023). *Tracking universal health coverage: 2023 Global monitoring report.*
- 33 WHO and the World Bank Group. (2023). *Tracking universal health coverage: 2023 Global monitoring report.*
- 34 WHO. Joint News Release (18. 09. 2023). *Billions left behind on the path to universal health coverage.*
- 35 United Nations. (2023). *The Sustainable Development Goals Report, Special Edition.*
- 36 WHO. *Overview: Health Work Force*
- 37 Helsedirektoratet. (2019). *Brukerveiledning til WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell.*

- 38 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). Tabell 8, s.1579-1580. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 39 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). S.1578. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 40 Utenriksdepartementet. (2024). *Global helse.*
- 41 Utviklingsminister Anne Beathe Tvinnereim. *Norges hovedinnlegg til FNs generalforsamling 2023.* Utenriksdepartementet.
- 42 Norad. *Helse.*
- 43 *I denne perioden ble stillingen omtalt som «Ambassador for aids and global health initiatives».*
- 44 *For eksempel bakterier, virus, sopp og encellede parasitter.*
- 45 WHO. (2023). *Antimicrobial resistance.*
- 46 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). S.1594-1596. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 47 Africa CDC. *Regional Coordination Centres.*
- 48 Folkehelseinstituttet. (2022). *Building Stronger Public Health Institutions and Systems (BIS).*
- 49 WHO. *Data at WHO.*
- 50 DHIS2 Design Lab. (2024). *Introduction to DHIS2.*
- 51 WHO Collaborating Centres Global Database. *WHO Collaborating Centre for effectiveness research on public health and social measures for health emergencies.*
- 52 Tazinya, R.M.A., El-Mowafi, I.M., Hajjar, J.M. et al. (2023). *Sexual and reproductive health and rights in humanitarian settings: a matter of life and death. Reprod Health 20, 42.*
- 53 IPPF. (2024). *Ensuring SRHR in Humanitarian Crises: What you need to know.*
- 54 UNFPA. *International Conference on Population and Development (ICPD).*
- 55 Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Vestre deltok på verdens helseforsamling – Norge går inn i WHOs globale styre.*
- 56 ICRC. *IHL Databases, Article 19 - Protection of medical units and establishments.*
- 57 Caravaggio, C. (2023). *Five things to know about the New Agenda for Peace.* UNDP.
- 58 Norad. (2023). *Bistandsresultater.*
- 59 *Fra 2019 innførte OECD et eget rapporteringsområde for øremerket helsebistand innenfor nødhjelp som Norad tok i bruk for statistikken fra 2018. Det er sannsynlig at slik bistand forekom før rapporteringen ble innført, men dette er ikke hensyntatt her. Bistand til helse i kriser var, i millioner kroner, 70,5 (2018), 112 (2019), 441,5 (2020), 432,1 (2021), 656,5 (2022), og 985,6 (2023).*
- 60 Norad. (2023). *Bistandsresultater, Bistand til helse i 2023.*
- 61 Beregning gjennomført av Norad på oppdrag fra Utenriksdepartementet: *Oppdrag 29a-2023 Oppfølging av rapporten «Investering i felles fremtid. Et nytt rammeverk for utviklingspolitikken. S.4.*
- 62 Norad-rapport. (2024). *What are the African people asking from their governments? Norad.*
- 63 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). S.1605-1606. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 64 *Den globale helsearkitekturen er en betegnelse om det samlede systemet av internasjonale organisasjoner, inkludert de globale helseinitiativene og mellomstatlige organisasjoner som WHO, som arbeider for bedre helse globalt.*
- 65 *Tallet fra 2022, fra besvarelsen på oppdrag 29a fra UD til Norad 2023: Oppdrag 29a-2023 Oppfølging av rapporten «Investering i felles fremtid. Et nytt rammeverk for utviklingspolitikken. Tallet fra 2023 er beregnet selv med samme metode.*
- 66 WHO. (2023). *Billions left behind on the path to universal health coverage.*
- 67 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). S.1572. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 68 WHO and the World Bank Group. (2023). *Tracking universal health coverage: 2023 Global monitoring report.*
- 69 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). Tabell 8, s. 1580. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 70 WHO. (2024). *Fact Sheet Malnutrition.*
- 71 WHO. (2022). *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: fourth round of national reporting.*
- 72 Koronakommisjonen. *Rapporter fra 2021 og 2022.*
- 73 WHO. *Ten threats to global health in 2019.*

- 74 WHO Collaborating Centres Global Database. *WHO Collaborating Centre for effectiveness research on public health and social measures for health emergencies.*
- 75 WHO. One Health definisjon: *“One Health” er en integrert og samlet tilnærming for å balansere og optimalisere helsen til mennesker, dyr og miljøet.*
- 76 United Nations. (2024). *Political Declaration of the High-level Meeting on Antimicrobial Resistance*
- 77 Lancet Commission on Investing in Health 3.0.(2024). S.1601. *Global Health 2050: the path to halving premature death by mid-century.*
- 78 *GFF er den globale finansieringsfasiliteten for kvinners, barns og ungdoms helse, og er et globalt helseinitiativ som har som mål å bekjempe fattigdom og ulikhet ved å fremme helsen og rettighetene til kvinner og barn.*
- 79 *GF er Det globale fondet for å bekjempe AIDS, tuberkulose og malaria.*
- 80 United Nations. (2024). *Nearly half the world’s 1.1 billion poor live in conflict settings.*
- 81 United Nations. (2023). *With Highest Number of Violent Conflicts Since Second World War, United Nations Must Rethink Efforts to Achieve, Sustain Peace, Speakers Tell Security Council.*
- 82 Utenriksdepartementet.(2024). *Strategi for norsk humanitær politikk 2024–2029.*
- 83 Utenriksdepartementet. (2024). *Strategi for norsk humanitær politikk 2024–2029.*

civita
den liberale tankesmien

 **Røde Kors**

 **Redd Barna**

AGENDA

 **Langsikt**

unicef 
for hvert barn


KIRKENS NØDHJELP
actalliance