

Norsk helsebistand: fra helseklinikk til global politikk

Høsten 2014 igangsatte Civita et prosjekt der vi ønsket å se nærmere på norsk bistandspolitikk. Målet med prosjektet er å bidra til en forbedring av norsk utviklingssamarbeid ved å skape debatt om utfordringene bistands- og utviklingspolitikken står overfor. Dette notatet ser nærmere på norsk helsebistand.

Helsebistandens omfang og historie er svært omfattende. Historien strekker seg over flere tiår og en rekke land. Notatet vil følgelig kun berøre noen utvalgte deler.

Notatet har fire hoveddeler. Første del beskriver kort Norges historiske engasjement og noen av de mest interessante pågående initiativene. Annen del skisserer noen av helsebistandens fremste utfordringer. Tredje del vender blikket utover og ser på lovende satsinger og tendenser internasjonalt og i utviklingsland. Siste del drøfter en rekke politiske implikasjoner og kommer med noen anbefalinger for fremtidig norsk helsebistand.

Sammendrag

Norge har de siste 10 årene vært en profilert aktør innenfor global helse. Engasjementet har vært drevet frem av norske politikere, som har gjort helse til et viktig hensyn i norsk utenrikspolitikk. Norges satsing har vært kjennetegnet av en kombinasjon av tydelig fokus på resultater, innovasjon, forskning og nye partnerskap. For et lite giverland med begrenset kapasitet til å følge opp store helsesatsinger, har nye globale partnerskap vært en nyttig løsning. I en tid med økende oppmerksomhet om konkrete resultater har Norges fokus på nasjonale helsesystemer gjennom bilaterale partnerskap i sårbare land vært en risikofylt del av bistandspolitikken. De nye partnerskapene ga Norge sårt tiltrengt kapasitet, kompetanse og, ikke minst, målbare resultater.

Når utenrikspolitikk og helse blandes er det av og til vanskelig å se hvor Norges politiske interesser slutter og helsefaglige prioriteringer begynner. Notatet understreker derfor at faglige hensyn alltid bør trumfe behovet for politisk profilering. Politisk kapital bør heller benyttes for å fronte faglige mål og satsinger. En risiko ved profilerte politiske «skippertak» er at disse mister moment og oppmerksomhet når politikere skiftes ut. Volatilitet er en sterk dynamikk innenfor internasjonalt utviklingssamarbeid, og den skiftende internasjonale agendaen gjenspeiles ofte i mottakerlands prioriteringer. Det snakkes allerede om at global helse har «hatt sitt tiår», og at helse nå bør vike plassen for andre sektorer.

I dette notatet anbefales det at Norge står ved sine forpliktelser og holder fast på den tematikk og kompetanse man har bygget opp rundt de tre helserelaterte tusenårsmålene. Norge har offisielt forpliktet seg til en lang rekke mål og ambisjoner innenfor helsebistanden. Mye av dette blir ikke fulgt opp godt nok. For å unngå skiftende prioriteringer og fragmentering anbefales en opprydding i mål og prioriteringer. For å sikre helses plass i norsk bistand anbefales det en tematisk «handlingsregel» der Norge binder sin langsiktige utviklingspolitikk til noen få utvalgte områder.

I en tid der bistand spiller en stadig mindre rolle, bør det utarbeides realistiske mål som bygger på Norges reelle muligheter til å gjøre en forskjell for verdens fattige. Det er ingen vei til god folkehelse utenom nasjonale helsesystemer og nasjonalt eierskap. Den globale helse-agendaen har ofte vært løsrevet fra nasjonale prosesser, samtidig som en økende resultatagenda har medført at mange har ansett nasjonale helsesystemer som «sorte hull», der man ikke oppnår konkrete resultater. Det er imidlertid stadig flere eksempler på at gode nasjonale helsesystemer og universell helsedekning kan etableres i fattige utviklingsland – med imponerende resultater for folkehelse og utvikling. Følgelig bør norsk bistand assistere de landene som forplikter seg til å bygge opp egen helsesektor. Her bør Norges rolle være å støtte opp under de lokale prosessene og spre slike erfaringer til andre utviklingsland gjennom et sterkere Sør-Sør-samarbeid. I slike tilfeller vil bistand være det mange opprinnelig tenkte at bistanden skulle være, nemlig en finansiering av differansen mellom det utviklingsland selv planlegger å gjøre, og det de har midler til.

1.0 Innledning

Betydningen god helse har for sosial og økonomisk utvikling er i dag ubestridt. Samtidig er andre faktorer, som levekår, internasjonal politikk og økonomisk utvikling, avgjørende for helse og levealder.¹ Helse har derfor blitt et viktig hensyn innenfor politikkområder som klima, handel, landbruk og sikkerhetspolitikk. Stadig tettere relasjoner mellom land og risikoen for spredning av epidemier, gjør skjevheten i tilgangen til helsetjenester stadig mer relevant. Mens Luxembourg bruker 6906 dollar på helse per innbygger hvert år, står én milliard mennesker i utviklingsland i fare for aldri å se en helsearbeider i løpet av sitt liv.²

Helse er som regel den sektoren norske politikere tyr til når de trenger «bevis» for at bistand fungerer.³ Fremskrittene de siste 20 årene er da også markante. Andelen barn som dør før de fyller fem, år er halvert siden 1990, mens underernæring blant barn er redusert med 41 prosent.⁴ Mødre-dødelighet er redusert med 45 prosent i samme periode. Antall nye HIV-tilfeller har falt fra 3,5 millioner årlig i 2000 til 2,1 millioner i 2015.

Dette er bare noen eksempler på at verdens befolkning er friskere og lever lenger enn noensinne.⁵ Da *Copenhagen Consensus Center* utpekte de bærekraftsmålene som ville gi mest «utvikling» for pengene, var de fleste innenfor helse. I en tid der raske og etterprøvbare resultater er gullstandarden for utviklingssamarbeid, har helsebistand allerede et godt forsprang på andre sektorer.

Samtidig er det globale sykdomsmønsteret i kraftig endring. Kroniske livsstilssykdommer, såkalte ikke-smittsomme sykdommer, utgjør en stadig større del av den globale sykdomsbyrden. Tall fra 2005 viste at ikke-smittsomme sykdommer sto for tre av fem dødsfall verden over. Omtrent 80 prosent av disse var i lav- og mellominntektsland.⁶

I dag står kroniske tilstander som diabetes, hjerte- og karsykdommer og slag for 64 prosent av dødsfallene i lavinntektsland, mens kun to prosent av helsebistanden går til dette.⁷ Trafikkulykker tar i dag dobbelt så mange liv som malaria.⁸ I økende grad møter altså rike og fattige land de samme helseutfordringene.

Dette gir nye utfordringer til internasjonalt utviklingssamarbeid, som lenge har prioritert smittsomme sykdommer med relativt enkel behandling.

Internasjonalt helsearbeid har i senere år blitt omtalt som «global helse». Begrepet har likevel ingen klar definisjon. Mangelen på konsise begreper er svært utbredt innenfor utviklingspolitikken og medfører ofte utfordringer for den politiske debatten.⁹ Medisintidsskriftet *The Lancet* definerer *global helse* som «an area for study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide».¹⁰ Den fremstående helse-eksperten Ilona Kickbusch definerer global helse som: «those health issues which transcend national boundaries and governments and call for actions on the global forces and global flows that determine the health of people».¹¹

Stortingsmeldingen om global helse fra 2012, Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken, presenterer en bred definisjon og ambisjon for norsk innsats:

Global helse vektlegger betydningen av forbedret helse for hele verdens befolkning, redusert helseulikhet og løsninger på helseproblemer på tvers av landegrensener, så vel som på tvers av sektorer. Innsatsen inkluderer forebygging av sykdom, robuste helsesystemer, allmenn tilgang til gode helsetjenester og helsesikkerhet for alle.¹²

Retorisk representerer altså begrepet «global helse» et skifte bort fra nasjonal politikk til et bredere perspektiv på alle politikkområders innvirkning på helse. Helsebistanden har med andre ord antatt globale perspektiver og ambisjoner.¹³

Grunnlaget for Norges innsats innenfor global helse har vært FNs tusenårsmål.¹⁴ Tre av de åtte tusenårsmålene omhandlet helse: reduksjon av barnedødelighet, reduksjon av svangerskapsrelatert dødelighet, og bekjempelse av smittsomme sykdommer som HIV/aids, malaria og andre dødelige sykdommer.¹⁵ Tusenårsmålene bidro til å skape nytt engasjement om internasjonalt helsearbeid, og har i stor utstrekning formet dette arbeidet de siste femten årene. På verdensbasis økte ressursene til arbeid med global helse fra omtrent 6,5 milliarder dollar i året i 1990 til 31,3 milliarder i året i 2013.¹⁶

FNs nye bærekraftsmål, som ble vedtatt i september 2015, vil ta internasjonalt utviklingssamarbeid over i en ny fase. Dette notatet er derfor et forsøk på å vende blikket fremover. Hva kan vi lære av Norges engasjement og satsinger innenfor global helse? Hvordan skal Norge tilpasse seg et sykdomsmønster i endring? Hva er utsiktene for tradisjonell utviklingshjelp i en periode der andre finansieringskilder er i ferd med å stille bistanden i skyggen? Hva kan være Norges rolle overfor utviklingsland i rivende utvikling?

2.0 Norsk innsats for global helse

Norsk helsebistand har, i likhet med bistanden generelt, gjennomgått mange ulike faser. Helsebistanden har endret seg i takt med medisinsk og teknologisk utvikling, politiske skifter, globale utviklingstrekk og internasjonale bistandstrender. De siste årene har helse blitt en viktigere sektor for norsk bistand. Andelen av bistanden øremerket helse har økt fra 11 prosent i 2010 til 14 prosent i 2014, og utgjorde da 4,4 milliarder kroner.

I norsk helsebistands begynnelse satset man på såkalt «ekspertbistand», der man sendte leger og helsepersonell til utviklingsland for å assistere utviklingen av grunnleggende «helseinfrastruktur». Helseinfrastruktur i denne forstand omfattet alt fra rapporteringssystemer til utbygging av helseklinikker og sykehus. Oppbyggingen av helsesektoren ble ansett som et viktig ledd i statsbyggingen i nylig avkoloniserte afrikanske land. Det var også et naturlig fokus for Norge ettersom vår egen erfaring med utviklingen av norsk helsevesen fortsatt var relativt fersk.

På 1970-tallet ble bistanden i større grad konsentrert rundt målet om å sikre «primærhelsetjenester for alle». «Alma Ata-deklarasjonen» fra 1978 etablerte prinsippet om at behandling og forebygging var to sider av samme sak. Denne brede satsingen på primærhelsetjenester ble utover 1980- og 90-tallet forlatt, i tråd med en utålmodighet etter å se raskere og tydeligere resultater.¹⁷ Konsekvensen ble en reorganisering av helsebistanden i form av mer selektive satsinger på blant annet barnehelse og vaksiner, eksemplifisert gjennom Unicefs GOBI-program (growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, immunizations).¹⁸

I 1993 kom Verdensbankens innflytelsesrike rapport «Investing in Health», som for alvor etablerte ideen om at investeringer i helsesektoren er en nødvendig forutsetning for økonomisk vekst og utvikling.¹⁹ Utover 1990-tallet ble også Verdens helseorganisasjon (WHO) revitalisert som global politisk aktør. Gjennom et mer rendyrket fokus på vaksiner, malaria og tobakk klarte organisasjonen igjen å skape engasjement i det internasjonale samfunnet. Den voksende aids-epidemien bidro også til at flere land så verdien av multilateralt samarbeid, noe som alltid har vært et hovedspor for norsk bistand.²⁰

Etter årtusenskiftet økte oppmerksomheten om «partnerskap» og «lokalt eierskap». Nasjonalt ansvar ble løftet frem som en nøkkel i utviklingssamarbeidet. Såkalt sektortilnærming eller «Sector Wide Approach Programs» (SWAP), der givere baserte seg på nasjonale planer drevet frem av lokale myndigheter, ble toneangivende for helsebistanden. Utover 2000-tallet hadde Norge slike bilaterale partnerskapsavtaler med Tanzania, Malawi og Mosambik, i tillegg til spissede bilaterale innsatser for mødre og barnehelse i India, Pakistan og Nigeria. I dag er alle disse samarbeidene mer eller mindre avsluttet.

2.1 Malawi – det siste bilaterale samarbeid?

Norsk helsebistand til Malawi er betegnende for denne siste perioden. Norge satset både gjennom helsesektorprogrammet og generell budsjetstøtte. Foreløpige evalueringer av arbeidet gir et sammensatt inntrykk. I sin rapport advarte for eksempel Riksrevisjonen først mot risikoen for lite effektiv bruk av ressurser når givere benytter generell budsjetstøtte, for siden å konkludere med at «*helsemålene for den generelle budsjetstøtten er i hovedsak oppnådd*».²¹ Ikke uventet tolkes og vektlegges Norges erfaringer i Malawi ulikt av ulike grupper. Enkelte trekker frem Malawi for å vise hva det er mulig å få til når man evner å tenke både systemisk og langsiktig, mens andre mener helsebistanden til landet avdekker store svakheter. Der Norges bistand kanskje har vært mest relevant, i utdanning av helsepersonell, er det for eksempel fortsatt enorme utfordringer.

Utdanningstilbudet for helsepersonell i Malawi har utvilsomt blitt styrket gjennom utviklingssamarbeidet, og det utdannes i dag helsepersonell på flere ulike kompetansenivåer.²² Likevel har landets høye befolkningsvekst og emigrasjon av helsepersonell gjort at man ikke har fått bukt med mangelen på helsepersonell. I tillegg er det i følge Norad treg rekruttering og utsendelse til tjeneste, stort frafall fra sektoren og et lønnsbudsjet som ikke rimer med stillingsplanen.²³ Fortsatt har landet kun rundt 5000 sykepleiere og totalt 450 leger (inkludert privat sektor) fordelt på over 16 millioner borgere.²⁴ Ifølge Riksrevisjonen har landet også slitt med å nyttiggjøre seg av økningen av uteksaminert helsepersonell: 70 prosent av legestillinger og nær tre av fire sykepleierstillinger står ubesatte.²⁵ Men det finnes også enorme fremskritt: Mellom 2004 og 2011 økte Malawi sin dekningsgrad av aidsmedisiner fra tre til 67 prosent. På den annen side er økningen i all hovedsak takket være Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria (fra nå Det globale fondet) – ikke landets myndigheter.²⁶

Det er med andre ord vanskelig entydig å konkludere om hvilken utviklingseffekt helsebistanden har hatt i Malawi. Helsesektoren i landet rommer både interessante fremskritt og fortsatt formidable utfordringer. På de områdene landet har hatt fremgang er det vanskelig å peke på én enkeltårsak. Landets relativt

stabile politiske situasjon og sosiale utjevning etter presidentskiftet i 2004 er nok en betydelig faktor.²⁷ Samtidig har Malawi utvilsomt blitt en «donor-darling», som frem til 2012 hadde mottatt totalt 1,5 milliarder dollar i helsebistand (med Norge som den fjerde største giveren).

Landet vil være helt avhengig av denne støtten i mange år fremover. Likevel har norske myndigheter tydeligvis vurdert resultatene fra sektortilnærmingen som for svake for en videreføring av samarbeidet. Malawi er derfor et interessant bakgrunnstykke for de problemstillingene notatet drøfter.

For omtrent fra 2000 begynte en tydelig dreining av norsk bistand mot større globale temaspesifikke innsatser. Dette var initiativ som også gikk utover de «vanlige» multilaterale kanalene i FN-systemet. De globale initiativene var opprinnelig tenkt som komplementerende innsatser til den mer langsiktige systemoppbyggingen i utviklingsland, men ble etter hvert det dominerende sporet for norsk helsebistand. Den nevnte konsentrasjonen om FNs tusenårs mål sammenfalt også med en historisk tilstrømming av nye aktører og partnerskap innenfor internasjonalt helsearbeid, som langt på vei avløste det tradisjonelle givermønsteret dominert av vestlige stater.

2.2 Styrket internasjonal rolle og politisk involvering

Ønsket om å samle den internasjonale helsebistanden om noen utvalgte temaer var drevet frem av flere forhold. Dels var det et resultat av en vedvarende frustrasjon over manglende resultater og de medfølgende utfordringer dette skapte for bistandsfinansieringen. Dels var det et behov for å stanse den alarmerende HIV/aids-spredningen. Dels var det også en mulighet for å skape globalt politisk engasjement – og dermed en mulighet for givere som Norge til å profilere seg tydeligere på den globale scenen.

Norges finansielle bidrag til «global helse» har økt kraftig de siste 15 årene.²⁸ I praksis blir en stadig økende andel av helsebistanden sendt gjennom multilaterale kanaler som Verdensbanken og FN-organisasjoner, samt globale tematiske initiativ som GAVI og Det globale fondet.²⁹ Regjeringen Solberg signaliserte tidlig at den ønsket å videreføre forrige regjeringens ambisiøse satsing på global helse.³⁰ I januar 2015 økte Regjeringen sitt årlige bidrag til den globale vaksinealliansen (GAVI) fra 0,8 til 1,25 milliarder kroner for perioden 2016-2020.³¹ Denne økningen gjør at Norge forblir blant de tre viktigste finansielle bidragsyterne til GAVI, ved siden av Storbritannia og Bill & Melinda Gates Foundation.³² Økte bevilgninger til GAVI er ikke bare illustrerende for Norges dreining mot globale allianser fremfor mer tradisjonell bilateral bistand.³³ Det er også en internasjonal tendens – utover helsebistanden. Over 200 ulike multilaterale instanser mottar i dag over én tredjedel av samlet internasjonal bistand.³⁴ Satsing på sykdomsspesifikke programmer er politisk appellerende, da det ofte er enkelt å påvise en effekt. I tillegg er det mulig å observere resultater relativt raskt. Til tross for en gryende kritikk av de globale alliansenes snevre tematiske fokus, er det ikke til å komme fra at de har oppnådd imponerende fremskritt innenfor global vaksinedekning og reduksjon i spredningen av HIV/aids og malaria.³⁵

Parallelt har det også skjedd en viss geografisk konsentrasjon av norsk helsebistand.³⁶ Norske ambassader er dårlig organisert for å drive store helsesatsinger, og mangler som regel sektorfaglig ekspertise.³⁷ Det er dessuten tegn til at antall ansatte ved norske utestasjoner er på vei ned, mens antall ambassader stort sett holder seg.³⁸ Dette gir seg utslag i risikoaversjon og sterkere incentiver for samarbeid med større og «tryggere» partnere med mer kompetanse og kapasitet.

Å satse på multilaterale initiativ og tematiske fond har rett og slett vært en måte å tilpasse seg denne realiteten på. I tillegg ga den tradisjonelle norske satsingen på bilaterale samarbeid om sektoroppbygging, samt støtte til WHO, lite politisk gevinst. Dreiningen mot det multilaterale og de globale initiativene handler slik sett også om en sterkere «politisering» av bistanden.

Global helse ble utover 2000-tallet et stadig viktigere utenrikspolitisk tema med aktiv involvering fra øverste politiske hold.³⁹ Engasjementet ga Norge nyttig politisk profilering og synlighet i globale høynivå-prosesser. Anført av utenriksminister Jonas Gahr Støre var for eksempel Norge i 2006 med på å etablere *The Foreign Policy and Global Health Initiative*, et nytt forum som ønsket å gi helse en større plass i utenrikspolitikken.⁴⁰ I tillegg til Norge, var Frankrike, Brasil, Sør-Afrika, Indonesia, Thailand og Senegal med. Initiativet var et tidlig forsøk på å drive frem en mer helhetlig forståelse av hvordan helse virker inn på andre politikkområder. På den annen side: Samtlige samarbeidsland er av strategisk og geopolitisk betydning for Norge, noe som ikke bare illustrerer sammenblandingen av helsefaglige og utenrikspolitiske hensyn, men også hvordan helse-initiativ kan ha positive bieffekter for Norges øvrige utenrikspolitiske interesser.

Gjennom de store internasjonale satsingene får Norge spille en betydelig rolle internasjonalt og samtidig pleiet viktige relasjoner og interesser. Det er i dag liten tvil om at Norges rolle i etableringen av Den globale vaksinealliansen (GAVI) og Det globale fondet var med på å styrke Norges posisjon innenfor global helse og internasjonal politikk generelt. Dette kunne ikke skjedd uten en betydelig prioritering og personlig engasjement fra toppolitisk hold – i tillegg til diplomatisk og faglig innsats fra enkeltpersoner i helsediplomati.⁴¹

Arbeidet rundt oppnevningen av Gro Harlem Brundtland som generalsekretær i WHO i 1998 var for eksempel avgjørende for å sette global helse på agendaen i norsk utviklingspolitikk.⁴² Betydningen av enkeltindivider for utformingen av norsk helsebistand er en rød tråd gjennom norsk bistandshistorie. Dette gjelder ikke minst de siste års engasjement i vaksineprogrammer og nye innovative partnerskap.⁴³ At dyktige enkeltpersoner i lengre tid har fått forme bistanden har nok bidratt til en kontinuitet i satsningen fra sentralt hold. Men det kan også bli problematisk, hvis kompetansen ikke institusjonaliseres i tilstrekkelig grad; når det gjennomføres avrevet fra en bredere demokratisk og forvaltningsmessig prosess i giverland og mottakerland; og hvis stadig nye initiativ tapper ressurser fra eksisterende satsinger.⁴⁴ Det norske bistandsbudsjettets størrelse og fleksible rammer har i en årrekke gitt utenrikspolitikere en unik mulighet til å fronte nye ideer og følge dem opp internasjonalt med betydelige midler. Riksrevisjonen oppsummerte følgelig norsk helsebistand som «politiske initiativ og betydelige økonomiske overføringer gjennom bilaterale og multilaterale kanaler».⁴⁵

2.3 Innovasjon

I motsetning til mange deler av bistanden har norsk helsebistand til en viss grad klart å kombinere både forutsigbarhet, risikovilje og innovasjon.⁴⁶ Blant annet har Norge vært med i etableringen av utradisjonelle og «innovative» finansieringsmekanismer. Skatter, avgifter, garantiordninger, lotterier, obligasjoner og markedsmanipulering er alle eksempler på nye måter å generere penger på. Det er verdt å trekke frem noen eksempler.

2.3.1 UNITAID

Norge var med på etableringen av den internasjonale ordningen for innkjøp av legemidler, UNITAID, i 2006. Norges kanskje viktigste bidrag var å gi legitimitet til initiativet. UNITAID legger en avgift på omtrent én dollar på alle flyavganger fra de land som har sluttet seg til ordningen. Ettersom avgiften gjelder alle flyselskap og kun avganger fra landet, påvirker det ikke konkurransen eller turismen til landet.

Flyavgiften er innført i ni land og samlet i løpet av sine første fem år inn over 2,5 milliarder dollar øremerket medisiner for HIV/aids, tuberkulose og malaria.⁴⁷ UNITAID kan også vise til imponerende resultater. Ifølge grunnlegger Philippe Douste-Blazy står UNITAID for medisineringen av 80 prosent av HIV-smittede barn i verden. Med sine flerårige innkjøpsforpliktelser har UNITAID bidratt til å senke prisen og øke tilgangen til helt nødvendige medisiner for fattige land. For eksempel har de bidratt til å senke prisen på

HIV-medisiner for barn med 80 prosent.⁴⁸ Utenriksdepartementet kunne i 2013 opplyse om at UNITAID i tillegg har redusert prisen på såkalt andrelinjebehandling til HIV-smittede (medisiner til pasienter som har utviklet resistens mot behandlingen de får de første årene) med mellom 50 og 73 prosent sammenlignet med priser i 2008.⁴⁹ I følge Douste-Blazy redder hver flyreisende ut av Frankrike i snitt tre barn fra malaria.⁵⁰

UNITAID jobber nå med å legge inn mikroskopiske og ikke-merkable avgifter på tjenester og næringer som for eksempel internett, mobiltelefoner og råvareproduksjon. Etter inspirasjon fra UNITAID innførte president Nicolas Sarkozy i mars 2012 en marginal «solidaritetsavgift» på finansielle transaksjoner i Frankrike. Inntektene fra denne går til utvikling i fattige land.⁵¹ Ifølge en internasjonal utredning i 2009 kan en mikroskopisk avgift på valutatransaksjoner årlig generere over 33 milliarder dollar til helsesystemer i utviklingsland.⁵² Bare i India ville en valutatransaksjonsavgift på 0,005 prosent generert 370 millioner dollar hvert år. UNITAID har også et pågående samarbeid med flere råvareeksporterende land om å innføre en skatt på 10 amerikanske cent per fat olje som produseres. Pengene dette genererer skal etter planen gå til bekjempelse av kronisk underernæring blant fattige barn.

2.3.2 Medicines Patent Pool

UNITAIDs arbeid med *Medicines Patent Pool* (MPP) er også et nyttig bidrag til innovasjon og samarbeid med privat sektor. MPP har bidratt til å løse problemet med å øke tilgangen til nye medikamenter samtidig som incentiver for forskning og innovasjon innenfor legemiddelindustrien bevares. Tilgang til ny medisinsk teknologi har lenge vært hindret av patentordninger og høye priser. Gjennom såkalt «sosial ansvarlig lisensiering» deler patentholdere sine patenter i en «pool» for at nye og billigere generiske legemidler kan bli utviklet og komme utviklingsland til gode. Tidsløpet fra et nytt patent utvikles til at en kvalitetssikret generisk versjon er tilgjengelig har gjennom MPPs arbeid blitt redusert med mange år. Seks av de viktigste patentholderne innenfor HIV-medisiner har nå avtaler med MPP om å dele sine patenter. Tolv antiretrovirale medisiner er blitt lisensiert til MPP, noe som har resultert i at 117 land mottar generiske versjoner av disse.

MPP er altså en brobygger mellom patentholdere og den generiske industrien som sikrer et oversiktlig og transparent marked, øker tilgangen og reduserer priser, sikrer konkurranse ved ikke-eksklusive avtaler og sikrer et bredt marked og inntekter til patentholdere hvis deres patenter tas i bruk.⁵³ MPP er en løsning som også kan tas i bruk mot andre sykdommer. Ettersom kroniske ikke-smittsomme sykdommer etter hvert vil utgjøre en stor del av sykdomsbyrden til fattige land bør man se på mulighetene for patentdeling også her.

2.3.3 Volumgarantier

Norge og andre giverlands arbeid med markedsmanipulering er et annet interessant initiativ. Ved å stille volumgarantier på oppkjøp av viktige medikamenter og helseinnretninger har giverland klart å redusere priser betydelig. Et eksempel er prevensjonsimplantater, eller såkalt p-stav. P-stav er et langtidsvirkende prevensjonsmiddel som lenge har vært for dyrt for brukere i utviklingsland. Som et ledd i å hjelpe kvinner i utviklingsland med familieplanlegging gikk givere som Norge, USA, Storbritannia, Sverige og Gates-stiftelsen sammen for å gi produsentene av p-staver volumgarantier på salg. Volumgarantiene resulterte i en prisreduksjon på over 50 prosent (fra 18 dollar per stykk til omtrent 8 dollar) og innkjøpene økte fra 2,4 millioner enheter i 2011 til 7,7 millioner i 2014.⁵⁴ I følge det britiske utviklingsdepartementet kan dette potensielt forebygge 28 millioner graviditeter og 300 000 spedbarnsdødsfall.⁵⁵ Enda har ikke Norge utløst én krone av garantien, ettersom FNs befolkningsfond (UNFPA) i samarbeid med andre givere og mottaksland har kjøpt opp alle produktene.

2.3.4 Global Financing Facility

Norge har i det siste gått i spissen for enda et nytt helsefond gjennom Verdensbanken øremerket mødrehelse: *The Global Financing Facility* (GFF). Ideen er at giverland skal spytte inn midler i et fond som så vil mobilisere andre pengestrømmer – spesielt lån fra Verdensbankens låneordning for utviklingsland *International Development Association* (IDA). Fondet har som mål å nå 12 milliarder dollar, men er inntil videre på omtrent én milliard, hvorav Norge står for 600 millioner.⁵⁶ GFF, GAVI og Det globale fondet er i dag de største enkeltmottakerne av norsk bistand til helse.

2.3.5 Helseinformasjon

Norsk helsebistand har også gått til å støtte innovativ forskning. Forskere ved Universitetet i Oslo har utviklet innovative og brukervennlige overvåkningssystemer for helsesektoren som i dag benyttes i over 30 utviklingsland.⁵⁷ Gjennom programmet for helseinformasjon (HISP) har UiO bidratt til å etablere enklere og mer effektive verktøy for datainnsamling og analyse. Dette gir beslutningstakere i utviklingsland et langt bedre kunnskapsgrunnlag for politikktutforming. HISP har også vært i front av utviklingen av mobilbaserte løsninger som på sekunder kan dele informasjon med nasjonale og globale servere for å sikre myndigheter mest mulig oppdatert informasjon.⁵⁸

2.4 Nye mål, høyere ambisjoner og samstemt politikk innenfor bistand

Men i tillegg til de åpenbare og konkrete utviklingsbehovene knyttet til helse og sykdom, må altså helsebistanden også forstås som et strategisk virkemiddel, der Norge styrker diplomatiske relasjoner og får innpass i viktige beslutningsprosesser.⁵⁹ Den politiske dimensjonen strekker seg også til et ønske om å påvirke og «ansvarliggjøre» mottakerlands politikk. Stortingsmeldingen om global helse fra 2012 understreker dette:

Politisk mobilisering er ikke bare et spørsmål om internasjonal samhandling, men også om enkeltlands nasjonale politikk. Internasjonale målsettinger er i betydelig grad avhengig av faktorer som er et nasjonalt ansvar. Våre bilaterale relasjoner med andre land er derfor viktige arenaer for politisk mobilisering – både i form av å samle støtte til norske posisjoner i globale fora, og å bidra til at globale målsettinger blir reflektert i staters nasjonale politikk. Ansvarliggjøring er i denne forbindelse en sentral målsetting.⁶⁰

Som påpekt i tidligere Civita-notater, er bistand mer enn «å stå noen bi».⁶¹ Bistandens politiske karakter er imidlertid verken overraskende eller problematisk så lenge norske myndigheter er åpne om det, og samtidig påser at det ligger en god faglig vurdering til grunn for de delvis politisk motiverte satsingene.⁶² Dette er likevel ikke alltid tilfellet, selv om helsebistanden har vært blant de sektorer der faglige vurderinger og resultater tross alt har fått mest gjennomslag i politikktutforming.

Økte krav til konkrete resultater skapte, i samspill med konsentrasjonen rundt tusenårsmålene, grobunn for betydelige krav om effektivisering av bistanden (ofte kalt «aid effectiveness»-agendaen). Men internasjonale fagmiljøer har i en årrekke kjempet med spørsmålet om bistandseffektivitet, uten at man har nådd en konsensus om hva begrepet innebærer eller hva slags resultater man bør etterstrebe.⁶³ Enkelte fagmiljøer hevder til og med at effektivitetsagendaen har begynt å miste kraft, ettersom fokus nå er på utvikling «beyond aid», eller såkalt «samstemt politikk for utvikling».⁶⁴ Dette er et viktig perspektiv, men når oppmerksomheten løftes inn i komplekse spørsmål knyttet til handel, migrasjon, klima og sikkerhet, er det langt fra sikkert at presisjonen i praktisk utviklingspolitikk øker. De siste årene har man sett en stagnasjon av samstemt politikk for utvikling blant OECD-land. Dette skjer i en periode der land i økende grad har vedtatt politiske målsettinger om mer samstemthet.⁶⁵

I praksis ser man at utviklingsambisjoner som langt overgår bistandens begrensninger er med på å fragmentere bistanden. Det skjer ettersom de brede tverrpolitiske utviklingsambisjonene stort sett blir

implementert gjennom bistand alene. Dette forblir et paradoks, all den tid nasjonale og internasjonale prosesser i *avtakende* grad fokuserer på bistandens rolle. Den politiske viljen til å la brede utviklingshensyn styre andre sektorer – utover bistanden – er nemlig ikke tilstrekkelig. Innenfor bistanden, der retorikk og handling sjelden går helt i takt, har en *for* bred agenda en tendens til å hindre tydelige prioriteringer. De nye bærekraftmålene er en betydelig utfordring for avgrensningen av den praktiske bistanden. At verden i årevis har vært enig om «helse for alle», eller at helse er et «globalt fellesgode», har på ingen måte løst de reelle politiske uenighetene om praktiske virkemidler og forpliktelser internasjonalt.⁶⁶

For Norges del er trolig det viktigste å påse at det ene hensynet ikke slår det andre i hjel. For norsk helsebistand blir det viktig å finne balansen mellom langsiktige og kortsiktige resultater, mellom en stadig bredere agenda og konkrete innsatser, og sist, mellom retorikk og reelle forpliktelser.⁶⁷

Norges langvarige innsats mot HIV/aids er et interessant eksempel på hvordan man jobbet konsentrert med ett tematisk område, men samtidig åpnet opp for en mangfoldig innsats innenfor den avgrensede tematikken. Siden 1986 har Norge arbeidet med HIV/aids gjennom en rekke ulike kanaler og aktører på nær sagt alle nivåer. Satsingen har overlevd en rekke ulike regjeringer, noe som har gitt en kontinuitet i oppbygningen av kompetanse og kapasitet, samt muligheten til å dyrke synergier på tvers av ulike satsinger. Evalueringer viser at det har vært kritikkverdige forhold også her, blant annet svak koordinering, svak innlemmelse av nasjonale myndigheter i enkelte land og manglende strategier for *hvem* man jobbet med (ofte er problemet innenfor bistanden å finne de riktige mottakerne – ikke å finne de gode sakene).⁶⁸ Likevel får Norges innsats generelt ros for langsiktig forpliktelse, fleksibilitet og villighet til å ta risiko ved å satse på innovasjon og områder andre giverland vegret seg for. At sentrale fagfolk innenfor forvaltningen fikk jobbe med tematikken over tid sikret en konsistent tilnærming som ble reflektert i alle kanaler og institusjoner.⁶⁹

2.4.1 Institusjonell forankring av helsebistanden

Det endrede globale sykdomsmønsteret vil stille nye krav til norsk helsebistand og internasjonalt helsesamarbeid. Spesielt blir dette krevende for ønsket om en mer samstemt politikk for utvikling. Helsevesenet alene rår ikke over de faktorer som i sterkest grad påvirker menneskers helse. WHO har ingen innflytelse på politikkområder som handel, landbruk og finans.⁷⁰ Tiden da norsk folkehelse ble bestemt av faktorer innenfor fedrelandets grenser er også forbi. Behovet for samstemthet er derfor i stor grad anerkjent, men fortsatt lite reflektert i det institusjonelle samarbeidet mellom norsk bistand og øvrige politikkområder.⁷¹ Dette er både et utslag av en desentralisert departementsstruktur og reelle politiske interessemotsetninger. Folkehelseinstituttets globale arbeid med helsesikkerhet og folkehelseberedskap er i så måte en interessant institusjonell forankring. Folkehelseinstituttet har klare fordeler fordi det kan arbeide kunnskapsbasert på en uavhengig måte, samtidig som instituttet samarbeider godt med norsk forvaltning.

Det er trolig mye å hente på økt samarbeid og utveksling mellom det utenrikspolitiske feltet og norsk helsevesen. Den amerikanske globale helsestrategien fra 2011 er et eksempel på en tverrfaglig og tverrdepartemental tilnærming.⁷² Helsefaglig personell har blant annet faste oppdrag i utenriktjenesten for å samordne og utveksle erfaringer og kunnskap.⁷³

Helsebistandens inntreden på andre politikkområder må altså forstås som noe mer enn en strategisk døråpner som skaffer norske politikere innflytelse internasjonalt. At global helse i stor grad ble kooptert inn i utenrikspolitikken, og at engasjementet har vært drevet frem av noen få fremtredende personer, kan lett redusere innflytelsen til et bredere demokratisk fellesskap gjennom for eksempel Stortinget.⁷⁴ Dette kan igjen redusere mulighetene for å samstemme norske helsepolitiske prioriteringer hjemme og ute. Det er rom for mer åpenhet rundt hvordan Helse- og omsorgsdepartementet, Utenriksdepartementet og

Norad forholder seg til hverandre. At Norges klimaengasjement ble flyttet fra Utenriksdepartementet til Klima- og miljødepartementet var et naturlig steg for en mer samstemt politikk. Innenfor helse ligger det åpenbare synergier i et tettere samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet.⁷⁵

2.5 Bærekraftmålenes inntreden

2015 kan vise seg å ha vært et viktig år for utformingen av norsk helsebistand og utviklingspolitikk. Nylig ble FNs nye bærekraftmål vedtatt. På samme vis som tusenårsmålene ble toneangivende for Norges helsesatsing etter tusenårsskiftet, er det sannsynlig at intensjonen i de nye målene vil bli førende for perioden frem mot 2030.

De nye bærekraftmålene er universelle, i den forstand at de stiller samme krav til alle verdens land, både rike og fattige.⁷⁶ Helse kommer under det ambisiøse mål nummer tre: «Sikre sunne liv og fremme velvære for alle på alle alderstrinn».⁷⁷ Delmålene innebærer forebygging av skadevirkninger av alkohol og narkotiske stoffer, eliminering av epidemier som aids, tuberkulose og malaria, bedret mental helse, redusering av trafikkulykker, renere vann og luft, bedre sanitære forhold, reduksjon av skader og død i tilknytning til kjemikalier i luft, vann og jord med mer. Bærekraftmålene adresserer også mulige samarbeidsgevinster mellom ulike sektorer og tilpasning til klimaendringer, og tar følgelig innover seg en *helhetlig* forståelse av utvikling for å møte fremtidens helseutfordringer.

Bærekraftmålenes universelle karakter og vekt på «globale fellesgoder» er en erkjennelse av at vår tids utviklingsspørsmål bør behandles på tvers av landegrensene og sektorer. Ebola-utbruddet i Vest-Afrika i 2014 illustrerte tydelig hvor sårbare andre land kan bli når ett lands helsesystem svikter.⁷⁸ Bærekraftmålene anses følgelig som et mulig virkemiddel for en mer samstemt norsk politikk for utvikling.⁷⁹ For å oppnå dette er aktører fra alle politikkområder nødt til å erkjenne hvordan helse påvirkes av annen politikk.⁸⁰

Også i Norge ser man en økende mobilisering rundt samstemthetsagendaen, uten at det i særlig grad har endret norsk politikk. Det manglende gjennomslaget bunner blant annet i at tiltak ofte setter seg fore å endre forvaltningspraksis, og i mindre grad har evnet å løse ulike politiske partiers reelle interessekonflikter.⁸¹ Dessuten er det påfallende hvordan ulike fagdepartement og sektorer hver for seg ønsker at norsk politikk bør samstemmes rundt deres eget fagfelt, noe som samlet sett viderefører en ustemt politikk. Det er grunn til å anta at dersom Norge en dag evner å samstemme sin politikk, vil det neppe være med et altruistisk utviklingsperspektiv som utgangspunkt.

Tusenårsmålene er utvilsomt en av FNs større suksesser. Det er langt fra sikkert at bærekraftmålene vil oppnå samme engasjement og posisjon. Det er for eksempel et langt større innslag av brede visjoner og aspirasjoner enn i tusenårsmålene. Disse lar seg vanskelig konkretisere og måle. FN har leid inn store PR-byrå som har omdøpt målene til «Global Goals» i et forsøk på å nå ut med det komplekse budskapet.⁸²

Mange har derfor rettet oppmerksomheten mot tusenårsmålenes såkalte «unfinished agenda». Flere av tusenårsmålene er ikke nådd. Med bærekraftmålenes inntreden vil imidlertid norsk helsebistand både måtte se bakover, innover og fremover på samme tid, ettersom målene både er universelle, langt flere og betydelig mer ambisiøse. I tillegg har de et helhetlig perspektiv som nødvendigvis gjør de mer ulne og uklare.⁸³

Bærekraftmålene er derfor paradoksalt nok både mer ambisiøse og mindre forpliktende, ettersom det blir vanskelig å påpeke mangelfull måloppnåelse. De trer også inn i en periode der mange land allerede har hatt betydelig fremgang, noe som vil gjøre ytterligere fremgang vanskeligere å oppnå. Et av mange premisser for at bærekraftmålene skal oppnås er ifølge FN at rike land innfrir sine forpliktelser

på offisiell utviklingshjelp. I årevis har dette i praksis betydd å sette av 0,7 prosent av landenes BNI til bistand. I dag er snittet innenfor OECD på 0,29 prosent av BNI. Enda et problematiserende forhold for finansieringen av bærekraftmålene er at en økende andel av denne bistanden går med til å dekke flyktningutgifter innenfor Europa. Bærekraftmålene byr med andre ord på en rekke utfordringer for norsk og internasjonal helsebistand i årene som kommer. Måten Norge håndterer dette på, vil være avgjørende for utviklingssamarbeidets posisjon i Norge. Bærekraftmålene er imidlertid ikke de eneste utfordringene i vente for norsk helsebistand.

3.0 Utfordringer for norsk helsebistand

Selv om norsk helsebistand de siste 10 årene ser ut til å ha funnet en slags form, har dette også bidratt til å skape en rekke utfordringer. Her vil vi både trekke frem utfordringer ved norsk forvaltning, internasjonale trender og forhold i utviklingsland.

3.1 Nye initiativ marginaliserer WHO

Et endret finansieringsmønster er en del av en drastisk endring av den globale bistandsarkitekturen. Stadig flere aktører, både offentlige, halv-offentlige og private, har kommet til som givere og premissleverandører.⁸⁴ Partnerskap og samspill på tvers av offentlig og privat sektor er vanlig i mange sektorer, men innenfor bistandsfeltet er dette i ferd med å endre landskapet for all fremtid. Det økende mangfoldet gjør det vanskeligere å sette en felles agenda, i møte med de felles helseutfordringene man har. Er en harmonisering og forenkling av dagens helsearkitektur fortsatt mulig og ønskelig?

I perioder der de store etablerte plattformene som FN og WHO har stagnert på grunn av institusjonell treghet, har de nye aktørene muliggjort sårt tiltrengt innovasjon og større ressursmobilisering. For eksempel var GAVI en institusjonell innovasjon som klarte å bryte mistillit og ineffektivitet i arbeidsrelasjonen mellom store institusjoner som WHO, Verdensbanken, UNICEF og giverland.⁸⁵ Før GAVI var det globale vaksinearbeidet preget av svak fremgang, dalende finansiering og mistillit til hva WHO og de multilaterale aktørene kunne utrette. GAVIs utgangspunkt på 1990-tallet var et dårlig koordinert landskap av givere og multilaterale kanaler med ulike interesser og mål. Ideen om å samarbeide med privat sektor og legemiddelfirmaer ble nærmest foraktet av deler av utviklingsbransjen. Da GAVI ble etablert endret dette seg betydelig. Tilliten til, og mellom, de store aktørene ble styrket og finansieringen kraftig økt.

Det har vært en rekke ulike forsøk på å harmonisere internasjonal utviklingshjelp. Som regel har disse initiativene hatt svært begrenset gjennomslag. En mer realistisk tilnærming vil være å forsøke å mestre kompleksiteten ved å navigere norske bidrag best mulig innenfor det eksisterende landskapet.⁸⁶

Et kontrollspørsmål bør være om man evner å sikre en god oppfølging og forvaltning av nye initiativ både i Norad, Utenriksdepartementet og hos helsemyndighetene forøvrig.⁸⁷ Norge har ved flere anledninger fått kritikk for manglende evne til å samordne sine mange initiativ og satsinger – til og med innenfor samme bistandssektor.⁸⁸ Enda mer prekært er behovet for en samordning på landnivå hos mottaker. I mange tilfeller, som for eksempel i Malawi, er kommunikasjonen mellom ulike giverland svært dårlig og medfører store belastninger for mottakere. Gitt disse utfordringene er det grunn til å stille spørsmål ved konsekvensene av Norges mange initiativ for å skape nye strukturer og samspill innenfor den allerede komplekse bistandsarkitekturen – dersom de ikke styrker eksisterende tiltak og forankres i bedre nasjonal samordning i Norge og mottakerland.

For eksempel tok Norge nylig initiativet til Verdensbankfondet *Global Financing Facility* (GFF). Ideen bygger trolig på erfaringer fra Verdensbankens fond for resultatbasert finansiering (HRITF), og tar sikte

på å gi fattige land incentiver til å investere i mødre- og barnehelse. Sverige, som også er en betydelig donor innenfor samme tematikk, har kritisert initiativet for å fragmentere internasjonal helseinnsats. Sverige mener initiativet aktivt motarbeider forsøk på å gjøre allerede eksisterende tiltak mer rasjonelle og strømlinjeformede.⁸⁹ I tillegg er det flere som også har uttrykt bekymring for at fondet kan lede fattige land inn i mer gjeld som de senere ikke vil klare å håndtere. Norge står imidlertid fast på at initiativet nettopp er et forsøk på å mobilisere sårt tiltrengte ressurser utenfor den tradisjonelle bistanden.⁹⁰

Dette går til kjernen av en helt sentral utfordring, nemlig det globale helsesamarbeidets manglende kapasitet til å takle en stadig mer kompleks helsearkitektur.⁹¹ WHO har lenge høstet kritikk for organisasjonens svake evne til å tilpasse seg dagens og fremtidens helseutfordringer. Der FN og nyetablerte institusjoner som Det globale fondet og UNITAID har spilt hovedroller og skapt internasjonal oppmerksomhet rundt aids, har WHO forgjeves forsøkt å rette oppmerksomheten mot fremtidens risikofaktorer og behovet for å styrke staters grunnleggende helsesystemer.⁹² WHO har erkjent at helsesystemer – i motsetning til for eksempel vaksiner – er svært kontekstavhengig, og at det derfor er vanskelig å fremheve én enkelt modell.⁹³ Det er nemlig ingen enkel oppgave å bygge ut et lands helsesystem. Å bygge ut helsesystem – slik de nå foreligger i en rekke land – vil trolig ikke løse noe som helst. Som Angus Deaton påpeker: «*there would simply be more clinics that open only irregularly, more officials diverting funds, and more health-care workers being paid not to do their jobs*».⁹⁴ I en strategi fra 2007 vektla WHO derfor seks grunnleggende bestanddeler ved et helsesystem: levering av helsetjenester; helsepersonell; informasjonssystemer; medisinske produkter, vaksiner og teknologi; finansiering og lederskap.

Liten interesse og manglende kapasitet til koordinering og helhetlig satsing undergraver like fullt organisasjonens evne til å satse på helsesystem og helsepersonell. En av de mest sentrale skikkelsene i norsk helsebistand, Sigrun Møgedal, har blant annet påpekt at «*WHO sin posisjon for å styre og koordinere internasjonalt helsearbeid er i dag sterkt utfordret, både når det gjelder finansiering og organisering*».⁹⁵ WHO skal for eksempel spille en lederrolle for å etablere normer og regler for pandemiberedskap. Men i møte med ebola-krisen i Vest-Afrika var det åpenbart at organisasjonen heller ikke levde opp til medlemslandenes forventning om beredskap. Etter at Guinea varslet WHO om ebolautbruddet 18. mars 2014, gikk det hele 22 uker før WHO erklærte utbruddet for en såkalt *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC).

Organisasjonens problemer er imidlertid flere: trege kommandostrukturer, en svært desentralisert struktur, en overlesset agenda, manglende koordineringsevne, uteblivende finansiering, liten tilstedeværelse i felt, svak beredskap og manglende evne til å mobilisere ressurser ved kriser er de viktigste. Organisasjonens institusjonelle treghet forklares dels ved at den i dag består av 193 høyst ulike medlemsland, som alle skal nå konsensus om betente politiske spørsmål. Dette er grunnen til at man de siste årene har sett at enkelte giverland og likesinnede ikke-statlige givere har gått utenom WHO og satset på spesialiserte allianser.⁹⁶ En tydelig distinksjon mellom de ulike institusjonene innenfor global helse går slik sett mellom de som har sin legitimitet knyttet til konkrete resultater (output), og de hvis legitimitet er knyttet til representasjon (input). Det globale fondet, GAVI og andre spesialiserte aktører er en påminnelse om WHO's falitt i å oppnå/kunne vise til konkrete resultater.

Måten WHO finansieres på, gir lite fleksibilitet og handlingsrom. Mens budsjettene for de store helsepartnerskapene stadig vokser, holder medlemslandene WHO-budsjettet tilnærmet på stedet hvil. Kjernefinansieringen, som utgjøres av medlemslandenes fastsatte bidrag, er en liten del av budsjettet. Nær 80 prosent av midlene går til egne programmer knyttet til spesifikke sykdommer.⁹⁷ Med andre ord er midler øremerket helsesystem og helsepersonell svært begrenset.⁹⁸ Dette er et paradoks, ettersom både styrking av WHO og helsesystemer lenge har vært uttalte mål for Norge og andre givere.

Også innenfor WHO har man sett en økende «politisering». WHO's utøvende styre har siden 1998 også hatt representanter fra medlemsland. Dette har vært en ønsket politisering av det som opprinnelig var tenkt som en mer «teknisk» del av organisasjonen.⁹⁹ Med en slik struktur blir det meste politisk, og landenes rolle har ikke bidratt til å skape en mer handlekraftig organisasjon. Politiseringen av organisasjonen gjør med andre ord at WHO's rolle som faglig og teknisk autoritet blir skadelidende.¹⁰⁰ Interessant nok viser en studie av Desmond McNeill og Kristin Sandberg at også GAVI i senere år har gått i samme retning. Fra å ha en liten ledergruppe med noen få nøkkelpersoner som alle kjente hverandre, i tillegg til et lite sekretariat på femten mennesker, har GAVI nå blitt en stor global institusjon. I 2008 gikk GAVI's daværende ledergruppe over til å bli en «Policy Program Committee». Den nye komiteen består av politiske representanter, ikke tekniske eksperter som kjennetegnet den opprinnelige ledergruppen. GAVI er i ferd med å bli en mer «normal» multilateral organisasjon, og det er ikke sikkert at man klarer å bevare alliansens unike karakter. Spørsmålet som melder seg, er om GAVI var et unikt fenomen som ikke kunne vare, og om lignende «politisering» og økt «input-legitimitet» er uunngåelig.

Hvordan kan man så gjenopprette legitimiteten og autoriteten til WHO? For å bevare WHO's posisjon har blant annet smitteverndirektør ved Folkehelseinstituttet, Jon Arne Røttingen, sammen med forskeren Steven Hoffman, argumentert for at organisasjonen må splittes i to: én normsettende gren der politiske forhandlinger kan skje, og én teknisk operativ gren.¹⁰¹ Sistnevnte kan blant annet ha ansvar for smitteovervåkning, slik Folkehelseinstituttet har i Norge. Effektiv smitteovervåkning vil kreve et sterkt WHO, fordi interesser i for eksempel handel og turisme kan gjøre at land vegrer seg for å informere om epidemiutbrudd. Norge kan, med sin posisjon innenfor globalt helsesamarbeid, jobbe for en slik institusjonell omstrukturering av WHO.¹⁰²

På den annen side har Norge og andre land jobbet for en reform av WHO i årevis – uten gode resultater. Det kan derfor være hensiktsmessig for Norge å heller ta utgangspunkt i det endrede styresettet for global helse som Norge selv har bidratt til å skape. Såkalte «multi-stakeholder partnerships» (MSPs) har gradvis tatt over flere av WHO's funksjoner.¹⁰³ Dermed kan mindre reformer på de mest prekære områdene være enklere. For eksempel fant forskeren Nitsan Chorev at organisasjonens eget lederskap historisk sett har hatt stor innflytelse på WHO's relevans og effektivitet.¹⁰⁴ Til tross for opposisjon fra medlemslandene har WHO's ledere ved flere anledninger klart å revitalisere organisasjonen på enkeltområder.

Et omorganisert og mer troverdig WHO er å foretrekke fremfor en fortsatt utfasing av det øverste organet som finnes innenfor globalt helsesamarbeid.¹⁰⁵ Alternativet er mer temaspesifikke innsatser, der mindre grupper av likesinnede land og aktører går sammen for å skape såkalt parallelle strukturer, som på sin side ikke er utrustet til å ta inn over seg den samlede globale helseutfordringen verden står overfor.

3.2 Oppfølging av eksisterende mål og initiativ

I stortingsmeldingen om global helse som kom i 2012 skisseres Norges «klare prioriteringer» frem mot 2020. Dokumentet er en god illustrasjon på utfordringen Norge har med prioriteringer og fragmentering i norsk bistand. Her følger noen av prioriteringene:

- Lik tilgang til helsetjenester for alle – basert på robuste helsesystemer. Dette skal være retningsgivende for Norges helseengasjement i alle fora.
- Styrke spesielt kvinners tilgang til basishelsetjenester.
- Lede an i arbeidet med å fremme seksuell og reproduktiv helse.
- Bidra til holdningsendringer overfor sårbare grupper i utviklingsland.
- Øke innsatsen mot kjønnslemlestelse.
- Støtte forebygging av barneekteskap.

- Prioritere vaksinasjonsprogrammer. Politisk, faglig og økonomisk støtte til GAVI.
- Bidra til utvikling av nye mekanismer for å bedre tilgangen til vaksiner i fattige land.
- Bekjempe polio og meslinger.
- Styrke produksjonskapasiteten (for legemidler og vaksiner) i fattige land.
- Styrke legemiddeltilgangen i utviklingsland ved å satse på «integreerte løsninger»
- Bidra til å bekjempe HIV globalt.
- Bedre levekår for HIV-positive.
- Bygge landenes kompetanse og kapasitet til å takle smittsomme sykdommer. Og «å videreføre politisk mobilisering for styrking av nasjonalt lederskap for og offentlig styring av nasjonale helsesystemer».
- Styrke helsesystemer – spesielt bedre informasjonssystemer. Være pådriver for at de store fondene fokuserer mer på helsesystemer.
- Være pådriver for at ungdom deltar i internasjonale dialogprosesser som berører helse.
- Videreutvikle brede partnerskap mellom multilaterale organisasjoner, nasjonale institusjoner, privat sektor og sivilt samfunn mot smittsomme sykdommer.
- Videreutvikle en «helhetlig tilnærming» til helsepersonellkrisen. Og bl.a. lette helsepersonellkrisen i mange land (bedre arbeidsforhold, bedre levevilkår etc.)
- Redusere markedsføring av usunn mat og drikke til barn og unge internasjonalt.
- Bidra til at ikke-smittsomme sykdommer integreres i arbeidet med styrking av helsesystemer.
- «Oppfordre andre land til å bygge opp en helhetlig folkehelsepolitikk basert på prinsippet om *helse i alt vi gjør*».
- Mer forskning og overvåkning av ikke-smittsomme sykdommer.
- Bidra til økt kunnskap og åpenhet om psykisk lidelse.
- Videreføre arbeidet gjennom WHO for utviklingen av bærekraftige nasjonale helsefinansieringsordninger.
- Utjevning av sosiale helseforskjeller mellom land og innad i land.
- Jobbe for godt styresett, demokratibyggning, rettsstatsprinsipper og nulltoleranse for korrupsjon: «ansvarliggjøre landene».
- «Integrere matsikkerhet og klimatilpasning som en del av det globale helsefremmende arbeidet».
- Vektlegge forebygging av helseutfordringer knyttet til miljø, klima, urbanisering etc.
- Være en synlig aktør både i form av rause overføringer og helsediplomati. Mobilisere politisk vilje internasjonalt. Bygge allianser, skape gjennomslag.
- Gjøre noe med underliggende faktorer for helse (ernæring, mat, vann, arbeidsforhold etc.). Se ernæring og helse i sammenheng. Være en pådriver for dette i WHO.
- Støtte WHO's arbeid med å være en pådriver for beredskap og respons ved pandemier. Bidra til å øke forståelsen om sammenhengen mellom dyrehelse og folkehelse.
- Integreere et globalt helseperspektiv i utenrikspolitikken generelt.
- Bidra til en felles europeisk antibiotika-politikk.
- Videreutvikle en samstemt norsk global helsepolitikk – noe som involverer særlig Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet - der «prinsipper, føringer, tilnærminger, prioriteringer og ressursbruk, herunder risikohåndtering og styring, må ses i sammenheng.»
- Integreere klimaendringenes betydning for helse i arbeidet.
- Samtidig, se fremover mot et nytt sykdomsbilde og bosetningsmønster der fokuset må gå fra land til grupper og jobbe for en god oppgavedeling internasjonalt.

Sammenlignet med stortingsmeldinger innenfor andre bistandssektorer er ikke meldingen spesielt utflytende eller bred. Andre meldinger har langt flere prioriterte satsinger og mål. Den ferske meldingen om menneskerettigheter har nær 60 prioriterte områder som spriker fra det helt konkrete, «*host the*

sixth World Congress against the Death Penalty in 2016», til det mer ulne, «*seek to ensure that national authorities promote and respect freedom of religion or belief, both in legislation and in practice*», eller: «*work to ensure the protection of privacy in cyberspace*».¹⁰⁶

3.2 Ugjendrivelig fragmentering

Det er betimelig å spørre seg hva poenget med slike stortingsmeldinger er. De hylles ofte for å være «brede» og «helhetlige», men baksiden av bredden er at meldingene blir dårlige styringsdokumenter, noe som gir svak målretting og økt fragmentering. I sin innstilling til stortingsmeldingen roste likevel Stortingets utenriks- og forsvarskomiteé meldingen for «klare prioriteringer». I tillegg la komiteen inn forventninger om enda flere satsinger. For eksempel ble daværende regjering bedt om å vurdere inkluderingen av demens, «glemte» tropiske sykdommer, vold mot menn og gutter og mer arbeid på psykisk helse.¹⁰⁷ Illustrerende for tankegangen om at mange mål er et gode i seg selv er innstillingens understrekning av at «*Én av målsettingene for norsk global helsepolitikk er å bedre integrere helsemålsettinger i utenriks- og utviklingspolitikken*».¹⁰⁸ Få er uenig i ambisjonen om å tenke holistisk, men når etterlevelsen skorter og engasjementet til stadighet stagnerer ved erklæringer i politiske dokumenter, står man i fare for å miste troverdighet.

Rent politisk blir ofte stortingsmeldinger uangripelige på grunn av sin heldekkende tilnærming. Alle berørte grupper og særinteresser jobber aktivt med å få sitt fagområde inn i meldingen for å sikre fremtidig relevans og finansiering. Det konsulteres på kryss og tvers og søkes etter konsensus. Meldingene går stort sett ikke ut på dato, og følgelig kan man nærmest forsvare enhver satsing innenfor en hvilken som helst sektor i bistanden, ettersom det meste er «prioritert» i tidligere meldinger. Resultatet er beleilig for både forvaltning, politikere og sivilsamfunnsorganisasjoner, men representerer ikke desto mindre et betydelig hinder for en oversiktlig og tydelig prioritering av norske ressurser. Praksisen legitimerer og konserverer slik sett en fortsatt tematisk fragmentering av norsk bistand.

Trolig er det ingen enkeltstående grupper som ønsker at det skal være slik, men det er ikke desto mindre en ugjendrivelig dynamikk i norsk forvaltning. Gitt bistandens krympende betydning for utvikling og behovet for oversikt, kvalitet og kompetanse, er det mye som taler for å endre denne praksisen.

Når politikken omsider skal gjennomføres, skjer en nødvendig prioritering uansett. For eksempel har flere av helsemeldingens uttrykte ambisjoner har forblitt løfter og ambisjoner uten adekvat iverksettelse.¹⁰⁹ Pandemiberedskap er illustrerende. Etter svineinfluensaen i 2009 var det stor internasjonal interesse i å forebygge lignende pandemier. I både stortingsmeldingen og komiteens innstilling til meldingen om global helse understrekes det en rekke ganger at smittevern og pandemiberedskap nå skal styrkes internasjonalt, og at fremgang her er ansett som en «åpenbar egeninteresse» for Norge.¹¹⁰ Det internasjonale samfunnets manglende oversikt, kontroll, og trege respons på ebola-krisen viste at slike målformuleringer likevel ikke skapte den nødvendige beredskap. Det er innlysende at norsk innsats alene ikke er nok, men den langsiktige oppbyggingen av helsesystemer som ligger til grunn for effektiv beredskap i utsatte land har det ikke vært tilstrekkelig interesse, vilje eller finansiering til internasjonalt – tross velformulerte mål om det.

Solberg-regjeringen har fra og med 2015 startet den varslede konsentrasjonen av norsk bistand. Frem til høsten 2015 har instruksen fra Solberg-regjeringen blant annet gått ut på å redusere antall avtaler med 30 prosent og øke minstestørrelsen på avtaler til fem millioner kroner. Dette er en teknisk tilnærming til konsentrasjon og går ikke til kjernen av problemet som skisseres her. I Civita-notat 5/2015 argumenteres det for at norsk bistands fremste utfordring er den tematiske spredningen av bistanden. Risikoen er at man viderefører en tvilsom norsk bistandstradisjon, nemlig å lansere nye satsinger, uten å kutte i noen eksisterende fagområder.¹¹¹

3.3 Baksiden av politiske initiativer

Manglende realisering og oppfølging er ikke bare en utfordring knyttet til Norges mange mål. Også profilerte politiske initiativ risikerer manglende oppfølging og bærekraft hvis de hviler på enkeltindividers personlige engasjement. For eksempel er det vanskelig å se hva som egentlig kom ut av forumet *The Foreign Policy and Global Health Initiative* som Norge tok initiativ til i 2006. Initiativet blir av noen ansett som en del av en «koperniansk revolusjon» der helse- og utenrikspolitikk for første gang virkelig ble forent.¹¹² Deklarasjonen som fulgte, målbar en viktig global trend (den utenrikspolitiske betydningen av helse) og fanget slik sett tidsånden i perioden etter 2000. Den var også medvirkende til to FN-resolusjoner som tok opp tematikken. Resolusjonen om global helse og utenrikspolitikk er «roterende» i form av at den legges frem hvert år med nye utvalgte fokusområder innenfor tematikken.¹¹³ Initiativet var i tillegg nyskapende rent retorisk og organisatorisk i den grad at det var et tidlig forsøk på å «kodifisere» sammenkoplingen mellom helse og utenrikspolitikk, samt at det ble ledet av utenriksministre. Trolig resulterte det også i god profilering og potensiell innflytelse for de involverte landene.¹¹⁴

Utover dette er imidlertid grunn til stille spørsmål ved om initiativet oppnådde substansielle resultater. På grunn av manglende tilgjengelig informasjon er det vanskelig å vurdere initiativets innflytelse.¹¹⁵ Det er imidlertid mulig å gjøre noen observasjoner. For eksempel ble ikke resolusjonene gjenstand for avstemning i FN, noe som ifølge enkelte forskere kan tolkes som at initiativet ikke mobiliserte særlig engasjement.¹¹⁶ Trass i invitasjoner har ingen andre land eller unioner gitt sin tilslutning til deklarasjonen, og initiativet fremstår slik sett ikke samlende for de globale utfordringer det forsøker å løse. At ingen virkelig store land har vist interesse er en særskilt svakhet. I fora som FN, WHO, G8 og Verdensbanken har det i lengre tid vært flere lignende formaninger i skjæringspunktet mellom helse og utenrikspolitikk, men verken Oslo-deklarasjonen eller andre har evnet å konvertere retorikken om til håndgripelige resultater eller handlinger. Da Norge og de andre initiativtakerne lanserte en statusrapport etter tre år, var det allerede betydelig mindre interesse for initiativet enn ved oppstart.¹¹⁷ Initiativet står dermed i fare for å fremstå som kun ett av flere ukoordinerte bidrag i en komplisert og uoversiktlig debatt, som har et felles ønske om mer utenrikspolitisk oppmerksomhet om helse spørsmål.¹¹⁸

En av deklarasjonens tydeligste etterlysninger er at helse må brukes som en «definerende linse» i utformingen av utenriks- og utviklingspolitikk.¹¹⁹ Det er imidlertid umulig å vite om initiativet har ledet til en endring av utenrikspolitisk analyse, praksis og politikk. Selv under forrige regjering, som altså tok initiativet til deklarasjonen, er det vanskelig å se klare tegn til at initiativet hadde noen påvirkning på Utenriksdepartementets tilnærming til utenrikspolitikk.¹²⁰ Det er heller ikke noe som tyder på at initiativet ble formende for de andre deltakende landenes utenrikspolitikk.¹²¹ De andre temaene deklarasjonen eksplisitt tar opp var det allerede betydelig oppmerksomhet om.¹²² Både Storbritannia og Sveits har senere initiert egne prosesser knyttet til samme tematikk, uten å kople dette direkte mot Norges initiativ.

Forskere konkluderer med at initiativet fremstår uten håndgripelige eller merkbare resultater. Som David Fidler konkluderer: «*Its stature appears more symbolic than substantive in terms of the objective of making health a strategic foreign policy interest*».¹²³ Innenfor diplomatiet skal man ikke undervurdere verken retorikk eller ordlyd, men i møte med verdens høyst reelle helseutfordringer og behovet for kollektiv handling bør nye initiativ lede til mer håndfaste resultater.

Baksiden av medaljen er egentlig nokså innlysende: Profilerte politiske initiativ hviler ofte i *for* stor grad på politikeres personlige engasjement, nettverk og status. Dette er et generelt problem for bistanden, og det finnes langt mer outrerte eksempler på initiativ som mangler nasjonal og internasjonal forankring, og som ikke minst utnytter helse som «soft power» for å oppnå økt innflytelse eller pleie relasjoner til andre land. *The Foreign Policy and Global Health Initiative* skal ha ros for å ha brutt ny mark og forsøkt å sette en agenda. I dag er imidlertid ingen av de opprinnelige initiativtakerne lenger ministre. Mye av

engasjementet og den politiske viljen later til å ha bygget på deres personlige relasjoner og engasjement. Når ministre og regjeringer byttes ut, haster både oppmerksomhet og penger videre til neste lysende initiativ.¹²⁴ Også for Norges del har engasjementet sunket over tid, ettersom statsråder og regjeringer har blitt byttet ut. Sterkt personlig, men liten institusjonell «buy-in», er et gjennomgående problem i bistandssammenheng. Politikere måles som regel på nye satsinger, ikke på nostalgi for forgjengerens hjertesaker.

Oslo-deklarasjonens manglende gjennomslag er i tillegg et symptom på en verden i endring, der sektor-spesifikke hensyn trolig alltid vil slite med å bli definerende for utenrikspolitikken. Globale kriser knyttet til økonomi, klima, matpriser og migrasjon har i stor grad fylt opp den internasjonale og utenrikspolitiske agendaen etter at initiativet ble lansert. Det er begrenset i hvor stor grad en «helselinse» kan og vil være et premiss for hvordan land skal takle disse krisene. USA var ifølge Fidler instrumentell i å sette helse på den internasjonale agendaen.¹²⁵ I en stadig mer multipolar verden, der fremvoksende stater ikke deler dette engasjementet, vil et helsefaglig premiss for utenrikspolitisk samkvem bli stadig vanskeligere. I en slik situasjon vil helse forbli et nyttig middel for utenrikspolitisk «soft-power», stikk i strid med Oslo-deklarasjonens ønske om det motsatte, nemlig at helse skulle bli formende for utenrikspolitikken.

3.4 En systematisk vurdering av alternativer?

På denne bakgrunn, og med henblikk på stortingsmeldingen om global helse, bør det stilles spørsmål ved hvordan mål henger sammen med prioriteringer, beslutninger og effektiviteten i gjennomføringen. Ønsker om effektiv ressursutnyttelse, kunnskap og analyse for bedre beslutningsgrunnlag preger i stadig større grad norsk forvaltning. Utenriks- og forsvarskomiteens innstilling understreker også at «en politikuttforming basert på forskning og systematisk kunnskapsutvikling vil bli stadig viktigere for å sikre at innsatsen for global helse gir best mulige resultater».¹²⁶

I Norge har Finansdepartementet innført en såkalt kvalitetssikringsordning (KS-ordningen) og konseptvalgutredninger (KVU) for alle offentlige investeringer over 750 millioner kroner.¹²⁷ KVU er en metodikk som benyttes for å avgjøre hvilke alternative løsninger som best kan løse et gitt behov. Kort sagt handler det om å sette et mål, identifisere ulike alternativer (konsepter) for å nå målet, og endelig fastsette gevinster og kostnader ved de ulike alternativene. Dette danner et godt grunnlag for å kunne sammenligne og deretter ta en beslutning.

Tankegangen kan virke intuitiv og selvfølgelig, men brukes fortsatt i liten grad innenfor forvaltningen. Årsakene er at prioriteringer som regel er politisk bestemt, og at politikere forventer gjennomføring. Mange oppfatter metoden som komplisert og kun tilpasset de aller største investeringene. Dessuten er det en utbredt skepsis mot å tallfeste det man jobber med.¹²⁸ Det er med andre ord sterke politiske incentiver til å droppe en utredningsprosess som kan resultere i et annet alternativ, og som til alt overmål kan være klokere enn det man i utgangspunktet lovet velgerne.

Likevel er tankegangen og metoden noe som bør etterstrebes for å oppnå størst samfunnsøkonomisk gevinst, også innenfor bistanden. Bistand og internasjonale investeringer er nemlig unntatt kravene til konseptvalgutredning. Hovedargumentet er at man ikke anser bistandsoverføringene som *investeringer* eller *anskaffelser*, og at den norske stat dermed ikke står som eier.¹²⁹ Når beslutningen uansett skjer i Norge, og det likevel benyttes betydelige summer hvert år med mål om å bekjempe fattigdom, er det rimelig å etterspørre denne formen for beslutningsmetodikk. Det er særskilt relevant for bistanden, ettersom ad hoc politikuttforming er en stadig tilbakevendende kritikk av norsk utviklingssamarbeid.¹³⁰ Norske politikere og byråkrater er først og fremst er ansvarlige overfor norske skattebetalere. Men grundig analyse og kunnskap bør likevel gå foran det uopplyste skattebetalere i Norge mener er best for fattige

mennesker i utviklingsland. Som flere forskere har pekt på, er bistanden et politikkområde der gode intensjoner, nyoppdagede behov og ønsket om «å gjøre noe», ofte trumfer god planlegging.¹³¹ I tillegg mangler bistanden de normale tilbakemeldingsmekanismer som preger hjemlig politikk (ofte referert til som «the broken feedback loop»). Der borgere i Norge kan påvirke beslutninger gjennom valg og sivil engasjement, har mottakere av bistand sjeldent samme privilegium.¹³² Dette understreker bare behovet for grundigere og mer åpne metoder for beslutninger.

Det er vanskelig å vite i hvilken grad alternativer kartlegges og vurderes systematisk før nye satsinger settes i gang. Det gjelder spesielt helsebistanden, ettersom initiativer i lang tid har vært drevet frem av enkeltpersoner innenfor forvaltningen. Det viktigste kriteriet i en beslutningsprosess er likevel om satsingen er i tråd med norske utviklingspolitiske mål. Som nevnt er Norges utviklingspolitiske mål på sin side så vide og brede at veldig mye kan forsvares. Det gir dermed et dårlig grunnlag for prioritering. I bistanden brukes det derimot stadig mer midler på midtveis- og sluttevalueringer, som kun vurderer om et gitt prosjekt har nådd sine egendefinerte mål. En mer grunnleggende analyse av alternativer – som kunne frembragt bedre løsninger – vurderes ikke.

I norsk helsebistand er debatten om hvordan man mest effektivt reduserer global barnedødelighet illustrerende for fraværet av en god og grunnleggende utredning av alternativer. Norge har valgt vaksiner som sin hovedsatsing for å redusere barnedødelighet. Vaksiner har vært avgjørende i forsøket på å nå tusenårsmål nummer fire, om to tredjedels reduksjon av barnedødeligheten under fem år.¹³³ Likevel ble ikke målet nådd. Årsaken til dette er nok sammensatt, men i flere år har enkelte norske fagmiljøer hevdet at det finnes andre vel så effektive metoder for å nå målet om redusert barnedødelighet.

40 prosent av dødsfallene for barn under fem år skjer i nyfødtfasen (innen den første måneden). Hovedårsakene til disse dødsfallene er for tidlig fødsel, oksygenmangel og infeksjoner. I perioden fra 1990 til 2011 har faktisk global spedbarnsdødelighet som andel av barnedødelighet økt fra 36 til 43 prosent.¹³⁴ Kort sagt, nær halvparten av verdens barn dør i løpet av sine første uker, ikke på grunn av manglende vaksiner.¹³⁵ Tiltakene for å bøte på nyføtdødeligheten er i tillegg relativt enkle, lavteknologiske og billige – men er også avhengig av helsesystemer.¹³⁶ Å redusere global barnedødelighet fra dagens nivå på omtrent 30 døde per 1000 fødsler til 15 døde per tusen fødte vil følgelig være et realistisk mål som raskt kan nås hvis det prioriteres.¹³⁷ Selv om Norge også støtter tiltak for å bøte på spedbarnsdødeligheten, ville Norge – og deres allierte innenfor global helse – hatt større fremgang på tusenårsmål fire om man støttet flere alternative metoder sterkere, mener derfor eksperter.

Et annet gjentakende dilemma er hva som ville gitt størst samfunnsøkonomisk gevinst av en langsiktig innsats for å utdanne og sysselsette tusenvis av hjelpepleiere i et land, eller store kampanjer for medisiner mot enkeltsykdommer over en gitt periode. Stortingsmeldingen om global helse understreker at svakt utbygde og sårbare helsesystemer og den globale helsepersonellkrisen «utgjør de største utfordringene for å redusere sykdomsbyrden, særlig i utviklingsland».¹³⁸ Det er åpenbart at både vaksiner, nyfødtmedisin og helsepersonell er avgjørende for å nå de helserelaterte tusenårsmålene innen rimelig tid. Det er også innlysende at Norge er nødt til å prioritere – en må alltid spørre seg om pengene kan bli brukt bedre ved å støtte et annet tiltak.¹³⁹ Barnedødelighet og folkehelse er i tillegg komplekse problemer der full enighet er vanskelig å oppnå. Likevel er det grunn til å tro at en mer åpen faglig kvalitetssikring av beslutningene om hvor Norges største bistandsinvesteringer bør rettes ville resultere i en omforent strategi med større forståelse på tvers av fagmiljøer og forvaltning.

Norsk bistand har i dag 16 ulike avtaler som er større eller lik Finansdepartementets grense for konseptvalgutredninger på 750 millioner kroner.¹⁴⁰ Hvis man skulle tilpasset metoden til bistanden og lagt en grense på 500 millioner, øker antall avtaler til 36. Bistandens fragmenterte natur, med innsatser i mange

ulike sektorer med et utall involverte aktører, gir utallige slike avveininger. En mer åpen og gjennomsliktig beslutningsprosess kunne gitt økt forståelse og troverdighet for valg av problemformulering, mål og tiltak.

3.5 Helsepersonell – en økende krise.

Til tross for store fremskritt er de globale helsebehovene fortsatt enorme.¹⁴¹ Den globale ulikheten i tilgangen til helsetjenester forsterker dette bildet. Til tross for at kun 18 prosent av verdens befolkning bor i OECD-land, går 84 prosent av den globale helsefinansieringen dit.¹⁴² Som nevnt avdekket ebola-epidemien i Vest-Afrika denne systemiske ulikheten og svakhetene ved utviklingslands helsesystemer. Dette startet på ny en debatt om hvorvidt «vertikale satsinger» - som i stor grad har kjennetegnet de nye bistandssatsingene – evner å bygge velfungerende helsesystemer.¹⁴³ Debatten om såkalt «vertikale innsatser» som spisses mot enkeltsykdommer (for eksempel GAVI eller Det globale fondet), eller «horisontale innsatser», som i større grad fokuserer på å bygge ut grunnleggende helsesystemer, har vart i mange år.

Motsetningsforholdet mellom vertikale og horisontale satsinger kan til dels virke oppkonstruert, da det åpenbart er behov for begge deler. Men for et giverland med begrensede midler er det også et «uttrykk for to ulike strategier, som ikke uten videre er sammenfallende», som flertallet i utenriks- og forsvarskomiteen understreket i 2012.¹⁴⁴ Man bør dermed påse at tematiske punktsatser komplementerer nasjonale initiativer med felles mål om å styrke lokal kompetanse og helsesystemer.

Vertikale innsatser brukes til en viss grad for å styrke horisontale helsesystemer i dag, men mer bør gjøres for en reell komplementerende innsats. Norge kan ta på seg ansvaret for å mobilisere til en opprustning av globale smitteovervåkningsmekanismer. Sammen med Tyskland og Ghana har Norge tatt initiativ til en evaluering av ebola-krisen. Men Norge vil også kunne bruke sin erfaring innen helsediplomati til å få G7-landene og private aktører med på en global og vedvarende satsing på helsesystemstyrking.¹⁴⁵ En mulig tilnærming er å bidra til at den nye globale strategien for helsepersonell som er utarbeidet sammen med Helsearbeideralliansen (GHWA) og som skal behandles i WHO i 2016 faktisk får reelt gjennomslag. GHWA ble opprettet som en samhandlingsplattform mellom statlige og ikke-statlige aktører med mål om å drive frem handling og løsninger knyttet til helsearbeiderkrisen i utviklingsland.¹⁴⁶ Til tross for bred konsensus om hovedgrepene, har politisk og finansiell støtte til alliansen uteblitt, og målbare resultater latt vente på seg. I tillegg er alliansens mandat et særdeles vanskelig saksefelt der politiske «seire» vil være vanskelig å oppnå.¹⁴⁷

Ikke desto mindre er helsearbeidere en helt nødvendig forutsetning for å bygge sterke helsesystemer. Tall fra 2013 tyder på at verden mangler 7,2 millioner helsearbeidere.¹⁴⁸ Selv om Norge har vært en sentral pådriver for å inkludere helsesystemstyrking som del av GAVI og Det globale fondets satsinger, handler dette først og fremst om støtte til levering av tjenester for vaksiner og smittsomme sykdommer. Bare 9,8 prosent av GAVIs midler ble kanalisert til helsesystemstyrking i perioden 2007-2014. Og selv om både GAVI og Det globale fondet benytter omtrent 20 prosent av sine bevilgninger til helsepersonell, gjelder dette primært opplæring og kurs, samt stillinger og påslag på lønn for nøkkelpersonell knyttet til levering av helt spesifikke tjenester, ikke en mer generell helsearbeiderkompetanse.¹⁴⁹ Det er dermed rom for å gjøre satsingen på helsepersonell og helsesystemstyrking mer effektiv.¹⁵⁰ Norge kan bruke GAVI og Det globale fondets innflytelse på landnivå til å etterspørre en nasjonal investeringsplan for helsepersonell. Dette kan samle ulike partnere til en mer systembyggende innsats der både nasjonale budsjetter og bistand må bidra.

Systemstyrking vil imidlertid alltid være krevende for bistandsgivere. For det første vil det politiske engasjementet svekkes av manglende målbare resultater på kort og mellomlang sikt. For det andre er

helsesystemer avhengig av velfungerende forvaltningssystemer, styresett, politisk vilje, og kompetanse i mottakerland. I sin gjennomgang av årsaker bak helsefremskritt i verden skriver blant annet Angus Deaton at «without an educated population and without government capacity—an effective administrative structure, cadres of educated bureaucrats, a statistical system, and a well-defined and enforced legal framework—it is difficult or impossible for countries to provide a proper health-care system».¹⁵¹ Det er dermed ikke uten grunn at enkelte i bistandsforvaltningen omtaler helsesystemer i mottakerland som et «sort hull»; det innbefatter en rekke områder som for eksempel infrastruktur, informasjonssystemer, logistikk, anskaffelsesprosedyrer, administrasjon og ledelse.

Likevel, helsepersonell forblir en nødvendig forutsetning for alle andre vertikale punktinnsetser i bistanden. Sporadiske helsetilbud uten en kontinuitet av helsepersonell vil heller ikke klare å etablere den nødvendige tillit som gjør at folk godtar og tar i bruk forebyggende helsetiltak.¹⁵² Tilliten til myndighetenes velferdstjenester er igjen grunnleggende for utviklingslands evne til å samle inn skatt.¹⁵³ Men det er øyensynlig en iboende spenning mellom det politiske ønsket om raske og målbare resultater, og det langsiktige og møysommelige arbeidet som ligger bak fungerende helseinstitusjoner.

Hva gjelder samstemt politikk for utvikling, er det tvilsomt at Norge og andre rike land vil avhjelpe verdens økende helsepersonellkrise, all den tid befolkningen i rike land stadig blir eldre. Vestens avhengighet av helsepersonell fra fattige land er allerede et stort problem – og det kommer bare til å øke.¹⁵⁴ Stortingets utenriks- og forsvarskomité's løfte om det motsatte virker i så måte urealistisk: «at man fra norsk side skal holde fast ved den prinsipielle holdning at Norge ikke aktivt skal rekruttere fra land som selv mangler helsepersonell».¹⁵⁵

I Norge er 12 prosent av alle helse- og omsorgsarbeidere innvandrere. I Oslo er andelen 49 prosent, og det blir stadig flere.¹⁵⁶ At migrerende helsearbeidere svekker sine nasjonale helsesystem samtidig som det genererer pengeoverføringer (remittances) tilbake til landet, er i følge WHO et «inescapable paradox».¹⁵⁷ Vi vet også at fattige land ville hatt underskudd på helsepersonell selv om alle helsearbeiderne som har flyttet til OECD-land skulle kommet tilbake. Følgelig er helsearbeiderkrisen et mer grunnleggende problem som sårt trenger en løsning.

WHO's *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personell* maner til bedre koordinering og mer «overveielse» fra rekrutterende land om konsekvensene migrasjonen vil ha for avsenderlandets mulighet til å møte egne behov for utdannet helsepersonell. Men dette er ikke nok. Å nekte mennesker å flytte er heller ingen vei å gå.

WHO's retningslinjer peker på nødvendige tiltak for å sikre kapasitet i avsenderlandet, men har i liten grad blitt brukt av avsenderlandene selv til å drive frem forpliktende samarbeid med rekrutterende land. Veien fremover må innebære at helsearbeidere ser muligheter til å bidra og lykkes i eget land. Gode lønns- og arbeidsforhold er en viktig faktor. Men bo- og utdanningsmuligheter for familier på landsbygda – der det er vanskeligst å dekke behovet for helsearbeidere – er også sentralt. Tilgang for alle til en utdannet og utstyrt helsearbeider kan derfor anses som et mål på fordeling i et land.

4.0 Muligheter – innenfor og utenfor bistanden

«En slik satsing vil kunne bidra til fattigdomsbekjempelse, arbeidsplasser, næringsutvikling, bedret helse og ernæring, likestilling, fred og demokrati.»

Beskrivelse av Norges økte satsing på utdanning i forslaget til statsbudsjett 2015.¹⁵⁸

Trass i en slitesterk tro på hva norsk bistand kan utrette i over 100 ulike land, er bistanden «småpenger» i forhold til hva som faktisk trengs for å skape utvikling. Til tross for en firedobling av den globale helsebistanden de siste 15 årene, utgjør dette en svært liten del av den totale finansieringen av helsetjenester.¹⁵⁹ Selv i Afrikas fattigste land utgjør donasjoner fra bistandsgivere i snitt kun 11 prosent av finansieringen av helsetjenester.¹⁶⁰ I tillegg er det enorme finansieringsgap mellom det som i dag går til helse, og hva et fullgodt helsevesen i alle utviklingsland ville kostet. I denne delen ser vi nærmere på hvilke potensielle muligheter som i dag finnes i utviklingsland, og hvordan bistanden kan tilpasses disse.

Et styrende spørsmål i utformingen av bistanden bør være hvordan Norge bidrar til å øke utviklingslandenes egne investeringer i helse, i tillegg til andre private finansieringskilder. Bistandens lille og fragmenterte bidrag vil, med mindre man foretar en drastisk geografisk konsentrasjon av bistanden, trolig aldri kunne utgjøre en avgjørende forskjell for utviklingen i enkeltland. I tillegg til at man tilfører ressurser må man derfor hele tiden vurdere hvordan ens bistand bidrar til at utviklingsland får utnyttet sine ressurser bedre.

Det innledende sitatet som beskriver Norges utdanningsatsing er illustrerende for hvordan givere fortsatt tenker om egne bidrag. Da Norge i 2015 «akslet ledertrøyen» på finansiering av utdanning i verden, økte man finansieringen til utdanning over bistandsbudsjettet med 550 millioner kroner. Ifølge leder av OECDs utviklingskomité, Erik Solheim, er dette én sekstentusendedel (1/16 000) av hva utviklingsland selv bruker på utdanning årlig.¹⁶¹ Finansieringsgapet (gapet mellom estimerer på hva som trengs og det man har midler til) innenfor barnehage- og barneskolesektoren er på 22,4 milliarder dollar årlig for lav- og mellominntektsland. Den samlede globale bistanden til samme sektor er 2,3 milliarder dollar årlig. Norge må derfor spørre seg i hvilken grad man er posisjonert til å gjøre en forskjell i mottakerlandene, særskilt for å styrke nasjonale helsesystemer.¹⁶²

4.1 Helse – et spørsmål om politisk vilje og evne

Stadig mer forskning bekrefter at bærekraftig, langsiktig utvikling i bunn handler om politiske prioriteringer og politisk ledelse i utviklingslandene selv.¹⁶³ Historisk sett har mange gode politiske prioriteringer og utviklingsforløp i fattige land stoppet opp fordi det har hengt på enkeltpersoners engasjement og ledelse. Ny forskning fra vellykkede utviklingsland viser at bærekraftig endring må rotfestes enten i et styrende parti med tradisjoner for konsensusbygging, et kompetent og autonomt embetsverk, eller en kritisk masse av utdannede og informerte mennesker som kan stille sine egne politiske ledere ansvarlige.¹⁶⁴

I denne sammenheng er synergiene mellom utdanning og helseutvikling åpenbare.¹⁶⁵ Noen av de mest effektive tiltakene man har for å sikre barns kognitive utvikling, og for å øke andelen barn som går på skole, er innenfor helse og ernæring. Samtidig motvirker skolegang beviselig mange av problemene knyttet til mødre- og barnedødelighet.¹⁶⁶

Til syvende og sist handler det altså om politisk vilje og politisk evne til å finansiere helse og utdanning i landene selv. Lancet-kommisjonen *Global Health 2035: a world converging within a generation* påpeker at den forventede økonomiske veksten i lav- og mellominntektsland de nærmeste årene gjør at mange av disse landene for første gang vil ha muligheten til selv å kunne dekke nasjonale helsekostnader.¹⁶⁷

Men erkjennelsen av at politisk lederskap og institusjoner er avgjørende for utviklingen har også bragt bistanden inn i stadig nye og vanskeligere terreng – nemlig det maktpolitiske spillet i mottakerland. Og selv om denne erkjennelsen langt på vei stemmer, lar den seg vanskelig omskape til praktisk bistand. Bistand som tar mål av seg å skape politisk endring, har ofte dårlige prognoser og krever dessuten en langsiktighet og nærvær i land som langt overgår dagens innsatser. Riksrevisjonens gjennomgang av Norges arbeid med godt styresett og anti-korrupsjon viser at slike satsinger stort sett bare oppnår sine «aktivitetsmål» (seminarer og kurs etc.), og betyr mindre for endring i politiske systemer og samfunn.¹⁶⁸

I denne problematikken brynes ofte to ulike strategier hos givere. På den ene siden finner man dem som hevder at meningsfull utviklingshjelp fordrer et visst nivå av styresettskvalitet – ofte i tråd med noen utvalgte rettsstats- og demokratiprinsipper (ofte omtalt som *ex post*-tilnærmingen). Amerikanernes *Millenium Challenge Corporation* er et eksempel på denne form for bistand, der man benytter et skåringssystem på styresett for å avgjøre om det er verdt å investere og intervensere i landet. På den andre siden finner man dem som hevder at eksterne krefter faktisk kan assistere en politisk endring i favør av utvikling (*ex ante*-tilnærmingen). Tilhengere av denne tilnærmingen ser for seg en foredling av dagens styresettsbistand: En må forlate statiske skrivebordsmodeller for utvikling, tilegne seg mer kunnskap og forståelse om landene, og dessuten åpne for mer fleksibilitet i gjennomføringen.¹⁶⁹

Med dette som bakteppe, hva er da en best mulig bruk av bistandsmidlene? Hva som virker er ikke alltid like interessant, ettersom nær 80 prosent av alle bistandsprosjekter regnes som vellykkede, i den forstand at de når sine egne mål.¹⁷⁰ Det er derfor mer interessant å spørre seg om tiltaket gir mer igjen for pengene enn andre tiltak som deler den samme målsettingen.

I hvilken grad brukes bistanden til å stimulere mer egenfinansiering av helsetjenester i utviklingsland? Er Norge spesielt godt posisjonert til å gjøre en forskjell i noen utvalgte lands investeringer i helse? Kan en mer strategisk bruk av bistandsmidler sette fokus på deler av helsesektoren som nasjonale myndigheter ikke ønsker å ta tak i?¹⁷¹

En slik «katalytisk» bruk av bistand – der bistanden benyttes strategisk for å mobilisere andre ressurser – var et hovedfokus under konferansen «Financing for Development» i Addis Abeba i juli 2015. Mange vil hevde at Norge har relevante og overførbare erfaringer fra etableringen av et nasjonalt helsesystem som selv eliten velger å benytte. På den annen side er det stor avstand mellom de sosioøkonomiske og historiske forutsetninger som lå til grunn for Norges utvikling av velferdsstaten og det fattige land i dag opererer under. Å innføre politiske og forvaltningsmessige løsninger hentet fra rike land har blitt forsøkt i en årrekke, uten særlig gode resultater.¹⁷² En underliggende feilslutning er det nærmest intuitive fokuset på form og løsninger foran funksjon og konkrete problemer.¹⁷³

I tillegg har giverland verken kapasitet eller tradisjon for å jobbe så grundig og samtidig fleksibelt som det kreves. Gitt de enorme proporsjoner helseutfordringer i utviklingsland har, er det lite realistisk at bistand med norsk kompetanse for å styrke svak helseforvaltning vil være tilstrekkelig. En helhetlig «*ex ante*-tilnærming» er enormt krevende for en relativt liten donor som Norge. Det vil medføre en systemisk tilnærming der man tar utgangspunkt i utviklingslands konkrete problemer og analyserer utdanning, arbeidsmarked, sysselsetting, demografi og folkehelse i sammenheng – og samtidig åpner for lokal tilpasning. Mest sannsynlig vil det også kreve en dypere forståelse av uformelle politiske maktkamper, utenfor de formelle strukturer (forvaltning, lover og reguleringer) som bistanden historisk sett har jobbet med. Langt mindre spissede innsatser mot enkeltdele av helsesystemet vil trolig kunne lykkes på lavere målnivå (produktnivå), men vil på sin side lide under mangel av resultater på høyere politisk og institusjonelt nivå.

4.2 Universell helsedekning

Likevel finnes det innenfor helsesektoren noen få håpefulle avvik fra rekken av mislykkede eksporterte systemløsninger. Håpet hviler på løsninger hentet fra utviklingsland selv. Det er i dag flere utviklingsland som, til tross for begrensede midler, er i ferd med å etablere såkalt *universell helsedekning* («universal health coverage»). Selv et beskjedent tilbud av rimelige og pålitelige helsetjenester – tilgjengelig for alle – har i flere land sannsynligvis ledet til økonomisk vekst og minkende ulikhet.¹⁷⁴ De institusjonelle erfaringer disse utviklingslandene gjør seg er trolig langt mer relevante for andre tradisjonelle mottakerland enn de løsninger som finnes hos rike vestlige givere. En mer hensiktsmessig bruk av ressurser kan derfor i noen tilfeller være å legge til rette for en regional utveksling mellom stater som deler et likere sosioøkonomisk utgangspunkt: et Sør-Sør-samarbeid om universell helsedekning. Dette vil kreve at Norge ser utover de vanlige samarbeidskonstellasjonene innenfor Vesten og OECD. Det er i dag omtrent hundre land som tilbyr bistand. Mange av disse vil ha ferske erfaringer knyttet til vellykket utbygging av eget helsesystem.

Thailand innførte for eksempel universell helsedekning i 2001. Det såkalte «30 bath-programmet» dekket ikke bare grunnleggende helsetjenester, men også røntgenbehandling, operasjoner og akutt behandling ved trafikkulykker.¹⁷⁵ Før 2001 hadde omtrent 25 prosent av befolkningen rimelig god helsedekning. Etter 2001 fikk alle borgere en garanti om at besøk hos legen ikke ville koste mer enn 30 bath (under ti kroner). De aller fattigste, omtrent en fjerdedel av befolkningen, fikk tjenestene gratis.

Resultatene har vært imponerende. Historisk sett har helseforskjellene mellom rike og fattige i Thailand vært store, nå er spedbarnsdødeligheten omtrent den samme mellom rike og fattige. Spedbarnsdødeligheten har falt betraktelig og ligger nå på 11 døde per 1000 fødte. Forventet levealder ved fødsel har økt til 74 år. Mer enn mange andre land i denne kategorien har Thailand vektlagt kapasitet i nasjonale institusjoner med folkehelsefunksjoner, samt etablert et tett samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og helsetjenestene. Etter hvert som Thailand har hatt en økende økonomisk vekst har man tillagt den universelle helsedekningen flere tjenester (bl.a. nyretransplantasjon fra oktober 2008).¹⁷⁶ I snitt er de statlige kostnadene per person 136 dollar, noe som ligger godt under gjennomsnittet i lavere middelinntektsland (153 dollar per person).¹⁷⁷ WHO har estimert at universell helsedekning i snitt ikke vil kreve mer enn omtrent 60 dollar per person for utviklingsland. Estimater innebærer behandling for sykdommer knyttet til de helserelaterte tusenårsmålene og en rekke ikke-smittsomme sykdommer.¹⁷⁸

Det finnes lignende suksesshistorier fra land som Bangladesh, Mexico, Sri Lanka, Cuba, og ikke minst den indiske delstaten der norsk bistand startet, Kerala.¹⁷⁹ Trolig vil disse utviklingslandene ha ulike, men høyst relevante erfaringer å dele med de landene som i dag bruker minst på helse. Et fellestrekk for landene er vedvarende politisk prioritering og vilje fra myndighetene, samt et sterkt fokus på primærhelsetjenestene. Som økonom og filosof Amartya Sen konkluderer: «*one way or another, the government has to play an active part in making UHC work*». Selv om det ofte kan se slik ut, er det ingen automatisk sammenheng mellom rikdom og nasjonalt forbruk innenfor helse, og god folkehelse. Ingen land bruker mer på helse enn USA, likevel har land som Chile og Costa Rica, som i snitt bruker omtrent 12 prosent av det USA bruker på helse, samme forventede levealder.¹⁸⁰ Historisk sett er det ingen signifikant sammenheng mellom økonomisk vekst og fall i spedbarnsdødeligheten. Det er med andre ord fullt mulig å redusere spedbarnsdødeligheten uten økonomisk vekst.¹⁸¹ Som utviklingsøkonom Angus Deaton skriver:

[...]the main point is that there is nothing predestined [...] poor countries can do better than would be expected given their resources, and rich countries can do worse. There are ways of ensuring good health at low incomes and ways of spending large sums of money to no purpose.¹⁸²

I rikere mellominntektsland der man allerede har etablert mer velutviklede systemer for helse- og velferdstjenester, kan det trolig være mer relevant å trekke på norske erfaringer og sektorspesifikk

kompetanse.¹⁸³ Dette var én av implikasjonene av evalueringen av Norges helsebistand til Botswana. En mer finmasket kategorisering av land man samarbeider med, og på hvilken måte, hadde følgelig vært nyttig. Det er for eksempel stor forskjell på hva Norge kan bidra med i lavinntektsland med god eller dårlig statlig styring, i sårbare stater som mangler det meste, og blant den økende og sammensatte gruppen med mellominntektsland. Gitt det siste tiårs dreining mot globale initiativ og multilaterale kanaler, er det imidlertid vanskelig å se for seg at et større bilateralt samarbeid igjen kan vokse frem med det første. Dette til tross for at Stortingets utenrikskomité så sent som i 2009 la til grunn at «*Norges bistand for å nå FNs tusenårsmål for utdanning og helse skal styrkes årlig gjennom de bilaterale bistandskanaler*».¹⁸⁴ Et naturlig fokus for Norge bør derfor være å legge til rette for økt Sør-Sør-samarbeid – i tillegg til sin satsing på multilaterale kanaler. I praksis kan det bety at Norge i større grad fungerer som en tilrettelegger for at utviklingsland som har lyktes med sin helsesatsing kan utveksle erfaringer og kompetanse med andre utviklingsland som ønsker å bygge opp sin helsesektor. Flere giverland har lenge hatt kapasitet- og kompetanseoverføring som et ledd i sin bistand, men i en tid der flere utviklingsland har gjort gode reformer innenfor offentlig styring, kan tilrettelegging for et «public-public»-samarbeid på tvers av grenser i Sør være nyttig.

4.3 Skatt

Mye av dette handler om skatt. Selv om mange utviklingsland fortsatt har svært begrensede inntekter, vil flere land øke sine inntekter i årene som kommer. Enkelte prognoser legger til grunn at skatteinntektene i lavinntektsland vil øke fra et snitt på 13 prosent i 2012 til 19 prosent i 2030. For lavere mellominntektsland vil veksten gå fra 15 til 22 prosent.¹⁸⁵ I takt med denne utviklingen må det internasjonale samfunnets rolle redefineres. Lancet-kommisjonen om global helse frem mot 2035 understreker at det internasjonale samfunnets viktigste bidrag vil være å bevilge midler til utvikling av, og overføring av, medisiner og helse-teknologi, og, å bistå utviklingsland i å utarbeide tilstrekkelige skattesystemer for å dekke inn nasjonale helseutgifter.¹⁸⁶

Det er fortsatt et enormt potensial for å øke skatteinntektene i utviklingsland. Ifølge tall fra IMF har skatteinntekter som andel av BNP i lavinntektsland stått stille på 15 prosent siden 1980.¹⁸⁷ Grove beregninger fra OECD viser at kun én prosent økning i skatteinntektene i utviklingsland vil utgjøre 244 milliarder dollar årlig – nesten det dobbelte av all internasjonal bistand.¹⁸⁸ At bistandsmidler fortsatt bidrar til at land reduserer egne bidrag til de sektorer som får støtte, gjør denne oppgaven enda mer prekær.¹⁸⁹ Dette «fungibilitetsforholdet» varierer naturlig nok, men det er fortsatt sannsynlig at bistand bidrar til mer av det motsatte enn det «katalytisk» bistand ønsker å oppnå når det gjelder offentlig pengebruk.¹⁹⁰ I likhet med andre kapitalstrømmer, som for eksempel prisvekst på råvarer, har også bistanden en del uønskede effekter på lands skattesystemer. Eksterne kapitalstrømmer kan i noen tilfeller svekke behovet for å samle inn skatt, noe som kan medføre at den politiske debatten om statens utgifter i mindre grad behøver å gå via egne borgere.¹⁹¹ Ambisjonene fra nevnte finansieringskonferanse i Addis Abeba ønsker med andre ord å snu en historisk uvane som bistanden har bidratt til. Et tilleggs-moment er at flere utviklingsland ofte bruker sine særs begrensede skattemidler på å utdanne helsepersonell som raskt emigrerer til land med høyere lønninger. OECD-land nyter godt av denne migrasjonen og har derfor et særskilt ansvar for å bidra til økte skatteinntekter. Å bistå til økt skatteinngang vil slik sett være en indirekte form for helsebistand, men ikke desto mindre sentralt.

Skatt er et grunnleggende element i den sosiale kontrakten mellom myndigheter og borgere.¹⁹² Norges historiske erfaring med å utvikle skattesystemer kan være relevant i noen tilfeller der norsk ekspertise er etterspurt. Likevel vil trolig Norges viktigste bidrag også her være å legge til rette for et økt regionalt samarbeid rundt utviklingen av fornuftig skattepolitikk. Notatet har allerede drøftet noen av de muligheter som ligger innenfor eksisterende skatte- og avgiftstiltak som rike land kan initiere for å få en mer mang-

foldig skattebase. Mikroskopiske avgifter på alt fra mobiltelefoni til ulike finansielle transaksjoner kan også tas i bruk av flere utviklingsland. En sterkere skattelegging av helseskadelige stoffer som tobakk og alkohol vil både ha en helsegevinst, i form av en begrensning av forbruk, og generere inntekter til helsevesenet. Angus Deaton har dokumentert at det er få enkeltårsaker som har hatt mer å si for liv og død i rike land de siste 50 årene enn nettopp røyking. At utviklede land forsto denne faren har reddet millioner av liv – og kan gjøre det samme i dagens utviklingsland.¹⁹³ I de 22 lavinntektslandene der det foreligger data vil en 50 prosents økning i dagens avgiftsnivå på tobakk gi rundt 1,4 milliarder i ekstra inntekter.¹⁹⁴ I tillegg kan subsidiering av helseskadelige aktiviteter, som utvinningen av fossilt brennstoff, omdirigeres til bekjempelsen av livsstilssykdommer og ikke-smittsomme sykdommer.¹⁹⁵ For å bidra til å utvikle en grunnleggende form for universell helsedekning oppfordrer Lancet-kommisjonen giveland til å gi budsjettstøtte til de landene som forplikter seg til investeringer i helse. Hver dollar investert i helse vil ha en avkastning på mellom ni og tjue dollar.¹⁹⁶ Norge har også sagt seg villig til å fortsette med budsjettstøtte som overføringsform så lenge land har gode nok revisjons- og kontrollordninger på plass.¹⁹⁷ I denne forbindelse har man vurdert en form for kompensasjon fra OECD-land for avsenderlands tapte utgifter til utdanning av emigrerende helsepersonell, og tap av fremtidig skatt fra den samme gruppen. Inntil videre har det ikke vært fremgang her.

Betydningen av utviklingslands egne investeringer i helse og utdanning er slående når man ser nærmere på BRICS-landenes utvikling de siste årene. Eduardo J. Gómez ved Kings College London hevder at BRICS-landenes forsømmelse av eget helse- og utdanningstilbud i sin streben etter økt geopolitisk innflytelse allerede har bremsset landenes utvikling.¹⁹⁸ I både Brasil, Russland, India, Kina og Sør-Afrika har man de siste årene sett økende problemer knyttet til underfinansierte helse- og skoletilbud. Dette har skjedd samtidig som landene har styrket sin rolle som bistandsgiver og militærmakt. Gómez viser til at land som Singapore, Mexico og Colombia, som i større grad har prioritert innenrikspolitiske problemstillinger og vektlagt egen helse- og utdanningssektor, i dag har lysere prognoser for utvikling. For å vurdere et lands bærekraftige utvikling er det derfor essensielt å se forbi BNP og heller studere et lands vilje til å bygge en fornuftig skattepolitikk som kan finansiere grunnleggende velferdstjenester og forsterke landets menneskelige kapital (human development).

4.4 Rwandas usannsynlige suksess

Rwanda representerer for mange det mest lovende eksempelet på hva utviklingsland kan utrette på helseområdet så lenge det finnes tilstrekkelig politisk ledelse, vilje og gjennomføringsevne. Landet som for få år siden lå i ruiner ser ut til – som eneste land i regionen – å ha nådd alle de helserelaterte tusenårsmålene. I tillegg har Rwanda opplevd den bratteste nedgangen i dødelighet som noensinne har blitt dokumentert. 97 prosent av alle barn vaksineres i dag for 10 forskjellige sykdommer.¹⁹⁹ Landet bruker rekordhøye 23,8 prosent av sitt årlige statsbudsjett på helse. Kun fem andre afrikanske land bruker 15 prosent eller mer på helse årlig. Nærmere én tredjedel av Den afrikanske unions medlemsland har redusert andelen av statsbudsjettet som går til helse siden 2001.²⁰⁰ Rwandas unike utviklingskurve har utvilsomt en rekke årsaker, men av eksperter vektlegges ofte ett avgjørende forhold: at Rwanda like etter folkemordet i 1994 etablerte en troverdig nasjonal handlingsplan som klart avgrenset forholdet mellom internasjonale givere og de nasjonale aktørene som skulle gjennomføre planen lokalt. I tillegg etablerte Rwanda et eksplisitt mål om å være uavhengig av bistand innen 2020.²⁰¹

Nøkkelen i den nasjonale handlingsplanen var altså å unngå såkalt parallelle strukturer (på siden av de nasjonale systemene) og prosesser styrt av utenforstående. Resultatet er at 58,4 prosent av bistanden som Rwanda mottok i 2010 ble kanalisert gjennom nasjonale institusjoner. Gjennomsnittet i sammenlignbare land er på 20,1 prosent.²⁰² 80 prosent av bilateralt og multilateral helsebistand unngår med andre ord nasjonale systemer i de fleste sårbare land – til tross for et samlet giversamfunns høye ambisjoner om å forankre bistanden lokalt.²⁰³ Norsk innsats for mødre- og barnehelse i India er et annet interessant

unntak som også unngikk å bygge opp parallelle strukturer. Noe som senere har blitt evaluert som en god modell.²⁰⁴

4.4.1 Paradokset

Vestlige giverland har lenge dyrket ideen om at det finnes sterke synergier mellom liberale demokratier og økonomisk og sosial utvikling. Derfor er det et paradoks at land som Etiopia, Uganda og Rwanda, som i varierende grad har evnet å bryte ut av årevis med konflikt og manglende utvikling, ofte kombinerer dette med innslag av korrupsjon, tøyning av lover og krenkelse av politiske og sivile rettigheter.²⁰⁵ Dette er problematisk, men landene er ikke desto mindre eksempler på at politisk vilje og kapasitet lokalt forblir en nødvendig forutsetning for fremskritt.

I Rwanda har utviklingen vært kjennetegnet av et fokus på langsiktige utviklingsmål. Dette har gitt seg utslag i en pragmatisk tilnærming med testing av ulike løsninger på konkrete problemer, hele tiden med henblikk til suksesshistorier fra land som ligger like foran i utviklingsløypen. Velutviklede land i Vesten har som nevnt ikke alltid komparativ verdi for utviklingslandene.²⁰⁶ Rwanda er slik sett et atypisk mottaksland ettersom man *ikke* har forsøkt å imitere formelle systemløsninger fra rike land for å tekkes sine givere.

Dette har til en viss grad også medført en mer restriktiv holdning til innblanding fra givere. Givere blir i disse tilfellene pent nødt til å la nasjonale myndigheter ta styring over egen utvikling. En mer avgrenset giverrolle, der man understøtter land som evner å utvikle seg selv, kan i mange tilfeller være langt mer nyttig enn å forsøke å «fikse» land der utviklingen går tregt (jamfør diskusjonen om ex-post eller ex-ante).

En slik sensitiv assisterende rolle har ifølge forskning to viktige følger. For det første at anklager om nykolonialisme mister sin kraft; og for det andre at man unngår at regimer i mottakerland føler seg truet og forskanser seg med en velkjent «bunker-mentalitet».²⁰⁷ Bistandens primære funksjon i slike kontekster vil være å støtte nasjonale utviklingsplaner innenfor helsesektoren i å sikre universell helsedekning, og å identifisere mulige finansieringsreformer for å oppnå dette. I land der det finnes tilstrekkelig forpliktelser og investeringer innenfor helsesektoren vil for eksempel budsjettstøtte være en fornuftig taktikk.

4.4.2 Fleksibel finansiering

Den inneværende avtalen Rwanda har med Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria, viser også hvordan støtte fra eksterne kan gjøres mer fleksibel, med en langsiktig, men ikke desto mindre tydelig forventning om resultater. Samarbeidet er også et eksempel på en fin balanse mellom sykdomsspesifikke initiativer (vertikale satsinger) og styrking av helsesystemer (horisontale satsinger).²⁰⁸ I stedet for å knytte finansieringen til ulike programspesifikke betalingsordninger og innsatsfaktorer er midlene fra Det globale fondet gitt som én stor sum knyttet til dokumenterte resultater i folkehelsen på sikt.²⁰⁹ I Rwanda hadde dessuten den nasjonale ledelsen over tid utviklet et meget godt samarbeid med eksterne støttespillere som gav landets satsing stor troverdighet. Dette gir de nasjonale helsemyndighetene mer rom og fleksibilitet til å bruke midlene i tråd med egne prioriteringer i sin nasjonale helsestrategi.²¹⁰ Ettersom Rwanda har prioritert universell helsedekning – med et særskilt fokus på de svakeste gruppene – har voldtektsofre fra folkemordets dager blitt prioritert først. Det globale fondet har i praksis finansiert den grunnleggende helseforsikringen for over to millioner av Rwandas aller fattigste.²¹¹

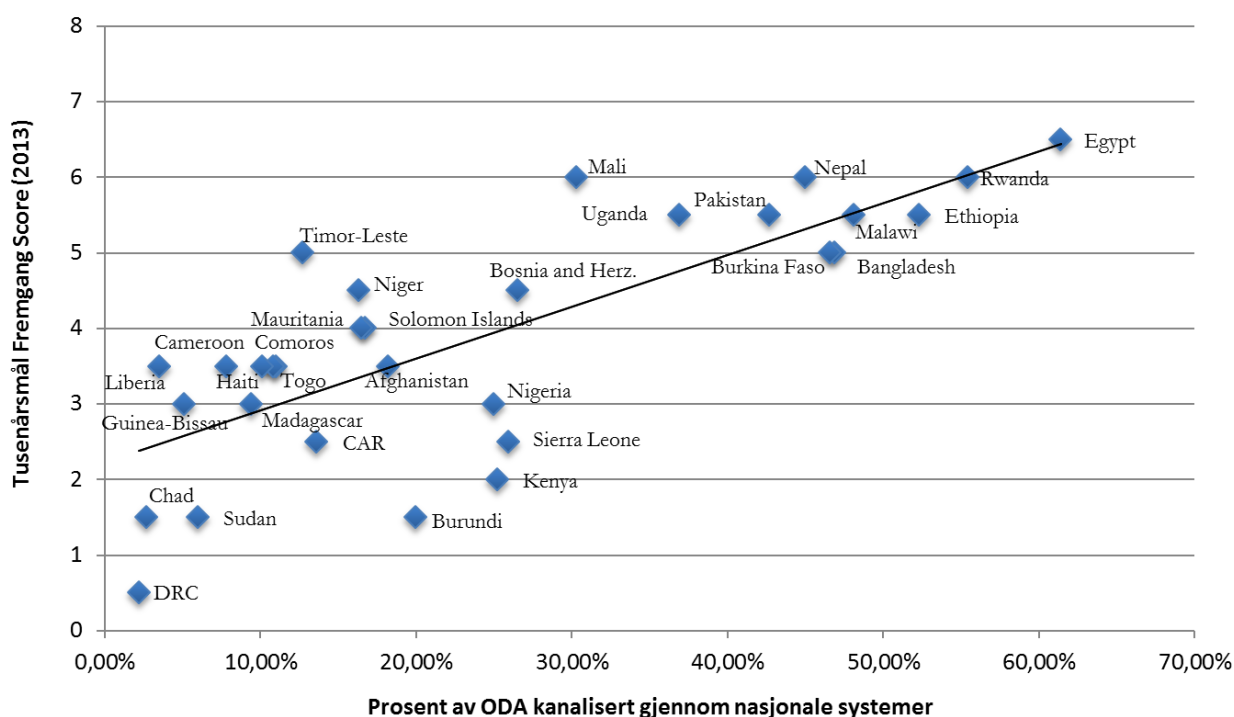
4.4.3 Norge i Botswana

Årsakene bak Rwandas suksess er til forveksling like de faktorene som lå til grunn for Norges relativt sett vellykkede helsebistand til det langt mer demokratiske Botswana i årene 1975 til 1996. Evalueringen av denne peker på noen avgjørende forhold ved norsk helsebistand som alle er i tråd med prinsippene fra Paris-erklæringen og Accra-erklæringen som senere skulle prege den internasjonale utviklingsdebatten.²¹²

- Nesten all norsk støtte var basert på Botswanas egne utviklingsplaner.
- Bistanden ble implementert gjennom Botswanas egne offentlige systemer, inkludert de finansielle transaksjonene. Ingen parallelle strukturer ble etablert.
- Helsesektoren var med, og ble styrket gjennom samarbeidet.
- Bistanden var fleksibel og fokusert på konkrete flaskehalser.
- Bistanden fokuserte på primærhelsetjenesten og systemoppbygging.

Evalueringen konkluderer med at: «Norwegian assistance to Botswana during the period 1975 to 1996 was highly relevant».²¹³

Lærdommen fra Rwanda støttes opp av analyser som viser at land der bistand i stor grad kanaliseres gjennom nasjonale systemer har bedre forutsetninger for å nå tusenårsmålene enn land der dette ikke er tilfellet (se modell under).²¹⁴



Motsetningen til dette er helsebistanden til Malawi, der det er etablert en rekke parallelle systemer for helsetjenester. Dette er gjort med begrunnelse i at de nasjonale systemene ikke var gode nok.²¹⁵ Konsekvensen er like fullt en økende fragmentering av helsebistanden til landet. For eksempel har den nasjonale aidskommisjonen operert med mer enn 130 ulike undermottakere. Den norske ambassaden har uttrykt bekymring for kommisjonens evne til å følge opp arbeidet.²¹⁶ Den samme aidskommisjonen ble av Det globale fondet trukket frem som en «eksemplarisk mottaker» i Riksrevisjonens rapport om norsk helsebistand. I 2015 kunne derimot Det globale fondet opplyse om at de trekker sin støtte på 574 millioner dollar til kommisjonens arbeid grunnet bekymringer for den finansielle håndteringen av midlene.²¹⁷ I stedet skal midlene nå gå via helsedepartementet (som i Riksrevisjonens rapport ble karakterisert som «silopreget» og «systematisk bak Aidskommisjonen når det gjelder resultater og tilskuddsforvaltning») og en annen ikke-statlig organisasjon. Dette viser betydningen av kapasitet i nasjonale institusjoner og utfordringene givere får når denne ikke er på plass. Eksempelet er også en påminnelse om givers ulike vurderinger av mottakere av bistanden. Er det rimelig å anta at de to institusjonene virkelig har endret seg så drastisk – i hver sin retning – siden Riksrevisjonen gjorde sine undersøkelser? I hvilken grad formes givers vurderinger av ulike behov og hensyn hos giveren selv? Endelig understreker eksempelet

risikoen ved såkalt parallelle systemer for spesifikke satsinger slik som for aids. Så lenge kapasiteten hos helsemyndigheter i mottakerland ikke er god nok, vil man aldri kunne sikre god forvaltning av eksterne midler. På sikt er det derfor rimelig å anta at det vil være mer bærekraftig å investere i strukturer som ivaretar hele helsesektoren, og ikke bare enkeltsykdommer.

Helsebistanden i Malawi er illustrerende for faren med *for* stor avhengighet av eksterne strukturer og aktører: I 2011 hadde landet 11 746 helseassistenter, 7000 av disse var lønnet av Det globale fondet. Mellom 2003 og 2010 finansierte Det globale fondet 67 prosent av landets HIV/aids-pool, myndighetene sto for fire prosent. Fondet finansierer i tillegg alle aids-medisiner i landet.²¹⁸ Paradokset er derfor at det fortsatt ikke finnes alternativer i Malawi hvis man ønsker å levere helsetjenester. Landets BNP er så lavt at selv med aggressiv skattlegging kan man ikke finansiere helsetjenester til befolkningen. Dette understreker bare at eksternt drevne satsinger – som aldri kan bli varige løsninger – i alle fall ikke må overskygge det langsiktige arbeidet med å bygge opp landets egen kapasitet.

Erfaringene fra Rwanda viser hvordan investeringer i opplæringstilbud og karriereveier for leger, sykepleiere og helsearbeidere i eget land utgjør en elementær del av å bygge et fungerende helse-system. Strategiske partnerskap med universiteter for å bygge opp helseutdanning og drive frem forskning er nå en viktig del av dette.²¹⁹ Samarbeid med lokale utdanningsinstitusjoner har også kjennetegnet Norges engasjement i tidlige faser i Botswana og de deler av bistanden til Malawi som har hatt størst betydning. Denne evnen til å tenke langsiktig bør fortsatt prege norsk helsebistand fremover.

4.5 Svake systemer = korrupsjon?

Betydningen av nasjonal politisk ledelse er for å sikre kontinuitet og gjennomslag tilsier likevel ikke at gi vere automatisk bør kanalisere bistandsmidler gjennom offentlige institusjoner. Det finnes nok av eksempler på land med utbredt systemisk korrupsjon. Men her finnes det nyanser og følgelig behov for landkunnskap.

Det er viktig at dokumentasjon, og ikke antagelser, ligger til grunn for beslutninger om å gi bistand til sårbare stater. Selv om korrupsjon utgjør en enorm hemske for utvikling, bør det likevel ikke benyttes som en unnskyldning for å unngå å involvere seg i sårbare stater. Ofte forveksles svake systemer automatisk med systemisk korrupsjon.²²⁰

Men uansett hvordan man vurderer situasjonen i fattige og sårbare stater, er det ingen vei til en bærekraftig helseutvikling utenom de nasjonale systemene. Så enkelt, og så vanskelig er det. Evalueringen av norsk helsebistand til Botswana konkluderer i de samme baner:

It is the view of the evaluation team that developing and entrenching effective health systems takes time, longer than the normal project horizon of 3 – 5 years, and so where Norway hopes to assist other countries to develop health systems it should expect to be involved for a lengthy period.²²¹

Det finnes imidlertid tall som gir grunnlag for optimisme. En av verdens fremste eksperter på helsebistand, Paul Farmer, viser til en analyse utført av FN som overraskende nok slår fast at kun mellom 0,006 og 0,16 prosent av bistandsmidler gitt av Australia, Belgia, EU, Danmark, Storbritannia og USA ble rapportert som tapt på grunn av korrupsjon eller svindel.²²² Farmer erkjenner at det reelle tallet trolig ligger noe høyere, men det er imidlertid langt lavere enn i en rekke andre sektorer og normale kommersielle transaksjoner.²²³ I tillegg må det nevnes at de virkelig systemiske problemene man har med ulovlig kapitalflyt i Afrika er klart størst i mellominntektsland som Sør-Afrika, Nigeria og Kenya – ikke i de mest sårbare landene.²²⁴ Norge er nødt til å gjøre gode landanalyser for å sikre god nok landkunnskap til å kunne vurdere disse forholdene. Den anerkjente utviklingsforskeren Martin Ravallion har også advart

mot enkle seleksjonsmekanismer i valg og vraking av mottakerland. Der teoretikere, som Angus Deaton, argumenterer for å stanse bistand til land med svakt styresett, innvender Ravallion at en slik handling nettopp kan være det som forsegler landets negative utvikling.²²⁵ Ravallion anbefaler heller å forbli engasjert og gjennomføre langt mer nyanserte analyser av de institusjonelle dynamikkene i landet før man eventuelt trekker seg ut.

4.6 Bidrag fra privat sektor

God eller dårlig helse bestemmes i økende grad av faktorer utenfor helsesektoren. For eksempel er underernæring årsaken for nær halvparten av alle barn som dør før fylte fem år.²²⁶ Hvis alle kvinner fullførte grunnskole, ville man redusert barnedødeligheten med 15 prosent.²²⁷ Dette viser behovet for en mer helhetlig innsats.²²⁸ *The Lancet - University of Oslo Commission on Global Governance for Health* konkluderer ikke overraskende med at ulikhet i helsetilgang er et politisk anliggende som krever global politisk handling på tvers av sektorer.

De helsemessige utfordringene verden står overfor har for lengst sprengt rammene for tradisjonelle bistandsmidler. Land utenfor OECD bruker omtrent 11 000 milliarder dollar på helsetjenester årlig. Til sammenligning var offisiell helsebistand mellom 2011 og 2013 23 367 millioner dollar.²²⁹ I tillegg opplyser organisasjonsnettverket *Action for Global Health* at det ofte er store avvik mellom hva som registreres, og hva som faktisk går til mottakerland:

In 2012, France accounted for more than three billion US dollars in ODA, which were never actually transferred to developing countries; Germany accounted for almost two billion US dollars. Official OECD figures include expenditure items that do not represent actual transfers of resources from donor to recipient countries. These 'non-transfer items' - or - phantom aid include debt relief, imputed costs for students from developing countries in donor countries; costs for refugees in donor countries; and administrative costs. These costs, while important, do not alleviate poverty – or improve health – in poor countries.²³⁰

Spørsmålet om hvordan den marginale bistanden anrettes, og hvilke krefter den trekker med seg, er som nevnt det sentrale – ikke volum og prosentandeler av statsbudsjettet. I tillegg til å assistere lands egne investeringer i helsesektoren må derfor bistanden innrettes for å bidra til at samlet finansiering av viktige helsetjenester blir mer effektiv. Her er det flere forhold som må ivaretas. Samarbeidet mellom det offentlige, det frivillige og det private må utnyttes bedre enn i dag, og de nasjonale helseinstitusjonene må styrkes innenfor forvaltning, kunnskapsbasert politikk og primære folkehelsefunksjoner. I en tid der støtten til spesialinnsatser mot enkeltsykdommer fortsatt vokser, mens veksten i helsebistand har begynt å avta, blir dette ekstra viktig.²³¹ Bistandens sterke posisjon i Norge gir norske myndigheter et politisk spillerom som andre giverland kanskje mangler. Ved å åpne opp for å ta mer risiko – også innenfor områder som helsesystemer – kan offentlige midler bane vei for større investeringer fra privat sektor. Dette kan på sin side utløse finansielle midler mange ganger større enn samlet internasjonal bistand.

I utviklingsammenheng ser man et økende samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Det er også innenfor privat sektor at man ser de tydeligste eksemplene på at bistanden kan fungere «katalytisk» ved å mobilisere andre investeringer. Innenfor helsesektoren har privat sektor blant annet bidratt med utbygging av nødvendig infrastruktur, bio-teknologisk utvikling, forskning og utvikling av medisiner til sykdommer som i hovedsak rammer verdens fattige, samt utvikling av informasjon- og overvåkningsmekanismer.²³² For å klare å utløse det potensialet som finnes i privat sektor må man bli flinkere til å påpeke næringslivets egeninteresse av å ta utviklingsgunstige grep.²³³

For eksempel satte president i Verdensbanken, Jim Young Kim, i år fokus på hvordan forsikringsselskaper, FN og nasjonale myndigheter har sterke felles interesser i å forbedre internasjonal overvåking og respons mot potensielle globale pandemier.²³⁴ Ifølge en undersøkelse av konsulentbyrået Tower Watson, der 30 000 forsikringsekspertene deltok, var en ny global pandemi ansett som den største risikoen for deres bransje de neste årene. Bare mellom 1997 og 2009 opplevde verden seks ulike pandemier utløst av overførbare sykdommer fra dyr. Disse ga et økonomisk tap på 80 milliarder dollar.²³⁵ Ebola-utbruddet i Vest-Afrika i 2014 har på ny revitalisert denne problemstillingen.

Som nevnt tok det hele 22 uker fra Guinea varslet WHO om ebolautbruddet til WHO erklærte utbruddet for en såkalt *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC). Verdensbanken har derfor begynt å se på mulighetene for å benytte private forsikringsselskaper i risikovurdering og overvåking av pandemier. En mulighet er at giverland kan finansiere private selskaper som på grunn av økonomiske incentiver vil være bedre rustet til å gjøre risikovurderinger og respondere ved utbrudd. Målet er en global forsikringsmekanisme som samordner flere interesser og kan håndtere smittsomme sykdommer før de blir globale pandemier. Også i WHO er det nå tatt nye grep for å etablere en internasjonal beredskapsstyrke og en finansieringsplattform som skal gjøre at innsats kommer raskt på plass. For å unngå svak koordinering og at slike initiativ igjen drukner på den internasjonale agendaen, må samhandlingen mellom giverland, FN, humanitære organisasjoner, WHO og Verdensbanken følges nøye opp. At det kostet Norge omtrent én million kroner bare å frakte den ene ebola-smittede norske legen, Silje Lehne Michalsen, fra Gardemoen til Ullevaal sykehus er et eksempel på hvor dyrt det kan bli hvis pandemier sprer seg.

4.7 Resultatbasert finansiering

Norge har gått i front for å prøve ut nye måter å finansiere helseutvikling på, i særdeleshet det som kalles «resultatbasert finansiering». Det betyr at bistandsfinansieringen ikke utløses før de resultater man på forhånd ble enige om, er oppnådd og dokumentert. Resultatbasert finansiering er politisk appellerende i giverland fordi bistandsfinansiering knyttes direkte til dokumenterte resultater.²³⁶ Modellen har vekket betydelig interesse hos politikere som ønsker å demonstrere at utviklingshjelp er vel benyttede penger.²³⁷ Resultatbasert finansiering er klart mest utbredt innenfor helsesektoren. De mest kjente eksemplene er vaksinealliansen GAVI, Det globale fondet og flergiverfondet *Health Results and Innovation Trust Fund* (HRITF) i Verdensbanken. Norge har også testet ut ulike resultatbaserte modeller i sine bilaterale program i Tanzania, Malawi, Nigeria og India.²³⁸ I foregangslandet Rwanda har man siden begynnelsen av 2000-tallet forsøkt ulike former for resultatbasert finansiering ved både å gi incentiver til helsearbeidere og brukere av helsetjenestene.²³⁹ Denne form for bistand er fortsatt i sin spede begynnelse og det er både grunn til optimisme og sunn skepsis, for det finnes nemlig en rekke utfordringer for modellen.²⁴⁰

For det første er det fortsatt uklart hva som bør regnes som «resultater». I praksis ser man at det ofte er såkalt «output» fremfor «outcome» som belønnes. Det vil si en vektlegging av kortsiktig konkrete «produkter», slik som antall vaksiner, medisiner, konsultasjoner og sykebesøk fremfor resultater på aggregert nivå, slik som forbedring i folkehelsen.

For det andre er det alltid et problem å sikre nok kunnskap og data. Dette gjelder både i starten av programmer, når man forsøker å danne seg et målbart utgangspunkt, og i etterkant, når man ønsker å verifisere resultatene. Dette er dels et resultat av et ønske om å benytte nasjonale systemer. Det er nemlig betydelig forskjell på påliteligheten til de ulike administrative systemene i mottakerland.

For det tredje er lovnadene om resultatbasert finansiering tilslørende i den forstand at man i praksis må investere i flere år med tradisjonell bistandsfinansiering for å få programmer opp og gå. En fjerde utfordring er at det veldig sjelden finnes en eksplisitt *endringsteori* i oppbygningen av programmene som

kan forklare hvordan årsaker henger sammen: Hvordan forårsaker de finansielle incentivene en endring i adferden til myndigheter og helsepersonell? Og hvorfor?²⁴¹ Dette er i følge Norads evalueringsavdeling en systematisk mangel ved alle programmene som har blitt evaluert. Det finnes nemlig ulike teorier på hva som leder til atferdsendring. Det viktigste ser ut til å være økt oppmerksomhet knyttet til resultater – ikke nødvendigvis den finansielle belønningen.²⁴² Når det gjelder GAVI har nesten ingen studier til nå forsøkt å isolere effekten av belønningselementet i finansieringsmodellen. Det har istedenfor vært forsket på den totale «pakken» av tiltak og ordninger GAVI benytter. Dette gjør at man fortsatt står uten god nok kunnskap om den direkte effekten av belønningen.

For det femte har en rekke studier funnet at innrapporterte resultattall ofte er overdrevne, og at det derfor må knyttes stor usikkerhet til tallenes pålitelighet. Indikatorene som benyttes er ofte enkle å manipulere for mottakere, og vanskelig å kontrollere for givere. Det er med andre ord en tendens til å «*doctoring [...] numbers rather than the patients*».²⁴³ Et ofte oversett poeng innenfor resultatbasert finansiering er derfor de betydelige kostnadene knyttet til verifisering av innrapporterte tall. Dette gjelder særskilt programmer med usikre utgangspunkt. Å etablere pålitelige utgangspunkt (baseline) vil koste, men er også helt sentralt.

For det sjette er det viktig å vurdere alternativer til modellen. Ida Lindkvist og Per Øyvind Bastøe påpeker at resultatbasert finansiering sjelden testes mot alternative finansieringsløsninger. Som regel testes modellen kun mot status quo.²⁴⁴ Virkningen av resultatbaserte programmer bør derfor alltid testes med kontrafaktiske analyser (kontrollgrupper som ikke utsettes for incentiver og belønninger). Dette er fortsatt den eneste måten å sikre gode svar på.

Til sist er det store ubesvarte spørsmål knyttet til det å løfte resultatbasert finansiering fra et individnivå opp til stater og regjeringer. Denne form for resultatbasert bistand har langt mindre dekning i forskningen, og det er grunn til å tro at myndigheter og statsapparat responderer annerledes enn enkeltpersoner på ekstern finansiering. Trolig vil det være andre incentivmekanismer som påvirker beslutninger og ofte vil det kreve et langsiktig engasjement og tålmodighet med resultater. I følge forskerne Johan Helland og Ottar Mæstad er dette lite realistisk i bistanden: «The donors then need to make long term commitments, which they typically will not do».²⁴⁵

Resultatbasert finansiering er kanskje et lys i tunnelen for utålmodige bistandsgivere. Men effekten ser ut til å variere betydelig mellom ulike kontekster. Det er få studier som til nå har klart å påvise langtidsvirkningen av modellen, men i land som Argentina og Rwanda ser det imidlertid ut til at resultatbasert finansiering har hatt god langtidsvirkning.

Utfordringer til tross: Ifølge Verdensbanken har de siste årenes eksperimentering med resultatbasert finansiering økt både helsedekningen og kvaliteten på helsetjenester i en rekke afrikanske land.²⁴⁶ Fortsatt er det bare tre land som har landsdekkende programmer, men antall piloter øker for hvert år.

Rommet for innovative finansieringsmodeller øker hver dag, enten det er en videreutvikling av Verdensbankens låneordning for lavinntektsland, patentdelinger, garantiordninger som øker tilgangen til medikamenter, eller mikroskopiske avgifter på flyavganger eller andre transaksjoner.²⁴⁷ Norge bør fortsette å delta i dette arbeidet, hele tiden med et henblikk til hvordan det komplementerer utbygging av nasjonale helsesystemer. Verdensbanken vil trolig bare bli viktigere når det kommer til fremtidig finansiering av helsetjenester og utbygging av helsesystemer og infrastruktur i utviklingsland. Stadig mer tilgjengelig informasjon tydeliggjør den mulige økonomiske gevinsten i å satse på god folkehelse.²⁴⁸ Med sin innflytelse og tette samarbeid med giverland kan Verdensbanken legge til rette for at fattige land kan ta opp gunstige lån, bygge ut infrastruktur, oppgradere utdanningsinstitusjoner, finansiere forskning og utvikle nye medisiner.²⁴⁹

5.0 Klarer Norge å bevare posisjonen?

Der andre sektorer innenfor bistanden tidvis har vært preget av manglende fokus og fravær av engasjement fra toppolitisk nivå, har norsk helsebistand lenge nytt godt av å være en profilert satsing for norske politikere. Helsebistanden har vært gjenstand for innovasjon, intellektuell nysgjerrighet, nytenkning, hjemlig og internasjonal støtte.

Global helse er et område der Norge mest sannsynlig har utgjort en nyttig forskjell for verdens fattige. Norge bør også fremover bruke sin posisjon til å dytte på større globale ressurser og tilrettelegge for forskning og innovasjon som kan sikre innovative finansieringsmekanismer og teknologisk nytenkning som kommer fattige land til gode.

5.1 Resultater, forskning, innovasjon

Norsk helsebistands beste bidrag har trolig vært kombinasjonen av en tydelig forpliktelse på resultater, innovasjon og forskning. GAVI, Det globale fondet, flegiverfondet for resultater og innovasjon i Verdensbanken og Forskningsprogrammet Global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) er innsatser som alle deler denne agendaen.²⁵⁰ Dette har igjen vært basert på det langsiktige arbeidet som over flere år er bygget opp av noen få dedikerte fagpersoner sentralt i bistandsforvaltningen.

Det er tegn til at Norges varslede opptrapping på utdanning skal forsøke å følge samme mal. Likevel er det grunn til å tro at denne satsningen i mindre grad vil kjennetegnes av et like ambisiøst fokus på resultater, innovasjon og forskning.

For det første er utdanning et fagfelt som ikke i like stor grad kan måles og tallfestes, og det er heller ikke tradisjoner for dette innenfor utviklingssamarbeid. Det mangler ikke på forskning som kan bekrefte den signifikante virkningen utdanning har på utvikling og vekst, men det er fortsatt en tendens til å fokusere på hva som puttes inn i utdanningssatsinger fremfor utfallet – nemlig målbare kognitive fremskritt for elever. Et for sterkt fokus på umiddelbare resultater og ikke på elevers læringsutbytte var hovedkritikken i en fersk evaluering av to av Norges viktigste kanaler for utdanningsbistand: Unicef og Det globale partnerskapet for utdanning.²⁵¹ For eksempel har målene ofte vært økt opptak av elever, lærertetthet, skolebøker, datamaskiner etc. Utdanningsøkonomene Eric Hanushek og Ludger Woessmann hevder at det nye bærekraftmålet om å «sikre inkluderende og rettferdig kvalitetsutdanning» ikke gir noen retning for å måle elevers ferdigheter.²⁵² I stedet foreslår de å lage eksplisitte kvalitetsmål som kan følges av de kognitive fremskritt elever gjør. Helt konkret foreslår de å benytte nivå én av PISA-kravene innenfor matematikk og lesing.²⁵³ Norge, som nylig har startet et samarbeid med OECD for å tilpasse PISA-målingene til utviklingsland, bør jobbe for en kartlegging av elevers ferdigheter og fremgang i sin fremtidige utdanningssatsing.²⁵⁴

For det andre har satsing på forskning og faglig samarbeid allerede blitt kuttet på grunn av Syria-krisen.²⁵⁵ For det tredje er det heller ikke mulig å spore et lignende målrettet forsknings samarbeid med Forskningsrådet i stortingsmeldingen om utdanning (utover det eksisterende kapasitetsbyggingsprogrammet NORHED). Og selv om meldingen lanserer ideen om et fond i Verdensbanken som skal eksperimentere med resultatbasert finansiering er det for tidlig å si om denne «malen» også vil fungere innenfor utdanning. I sin innstilling til utdanningsmeldingen uttrykte store deler av utenriks- og forsvarskomiteen på Stortinget skepsis til denne tilnærmingen.²⁵⁶

5.2 Hva kan man lære fra helsebistanden?

Det er lett å glemme at *global helse* for få år siden verken var et etablert fagområde eller særlig sentralt på den internasjonale agendaen. Dette endret seg betydelig i løpet av få år. Fremveksten av nye globale

helsetrusler og pandemier, FNs tusenårs mål, politiske ledes personlige helse-initiativ og inntreden av filantroper og ikke-statlige aktører har vært sentrale årsaker til dette.

Revitaliseringen av helsesektoren som utviklingsdriver var en mulighet for Norge til å markere seg og å spille en ledende rolle internasjonalt. Norge var raskt «på ballen» og bidro til å drive frem nye satsinger og institusjoner. Trolig har også dette hatt politiske bivirkninger som tjener andre norske interesser. I motsetning til de tradisjonelle bilaterale partnerskapene var de nye institusjonene og partnerskapene også en nyttig løsning når det gjaldt kapasitet, kompetanse og målbare resultater. I en tid med økende oppmerksomhet om konkrete resultater var bilaterale partnerskap i sårbare land med fokus på nasjonale helsesystemer en risikosport for norsk bistand. Der denne nye formen for helsebistand i begynnelsen var tiltenkt en komplementerende rolle, har den over tid blitt hovedsporet – med en påfallende nedprioritering av WHO.

På sitt beste har global helse-agendaen vært et eksempel på hvor sterkt gjennomslag man kan få når forskning, innovasjon, offentlig-private partnerskap og politisk lederskap trekker i samme retning. På sitt verste har den vært en ny enøyd bistandssatsing som har redusert spørsmålet om helse til sykdoms-spesifikke enkeltinnsatser som kan telles, og ikke evnet å bygge opp bærekraftige helsesystemer med kvalifisert helsepersonell.²⁵⁷

Baksiden av slike politiske skippertak kan som nevnt være at satsinger over tid mister moment og oppmerksomhet. Volatilitet er en sterk dynamikk innenfor internasjonalt utviklingsamarbeid og skiftende prioriteringer gjenspeiles ofte i mottakerlands prioriteringer. Det snakkes allerede om at global helse har «hatt sitt tiår», og at andre sektorer nå bør tre inn i det internasjonale søkelyset. Hva de potensielle konsekvensene av dette vil bli er vanskelig å si, men erfaringer tilsier at utviklingslands prioriteringer i ulik utstrekning gjenspeiler giverlandenes agenda. Med mindre denne «avhengigheten» reduseres kan en nedprioritering av helsebistand få negative konsekvenser for folkehelsen i fattige land. Det er slik sett positivt at sittende regjering ønsker å videreføre forrige regjeringens helsesatsing.

Denne rapporten har vektlagt noen viktige lærdommer fra norsk helsebistand, sentrale utfordringer, og pekt på noen områder som blir betydningsfulle for utformingen av fremtidig norsk helsebistand.

5.2.1 Imøtegå et nytt sykdomsmønster

For det første vil det fremover bli viktig å utarbeide en strategi i møte med verdens endrede sykdomsmønster. Når ikke-smittsomme sykdommer vil utgjøre hovedtyngden av sykdomsbyrden i verdens fattige land må dette imøtegås med en lignende politisk mobilisering som vi har sett overfor smittsomme enkelt-sykdommer. Innovasjon og nye finansieringsmekanismer må utvikles også innenfor helsesystemoppbygging og ikke-smittsomme sykdommer. Større symmetri i helseutfordringene mellom Nord og Sør kan skape grobunn for økt samarbeid og kunnskapsoverføring. Ettersom bekjempelse av ikke-smittsomme sykdommer er *nåværende* utfordringer for rike land vil trolig våre institusjonelle og historiske erfaringer på dette området være av betydelig relevans for utviklingsland. Fremgangen man har sett innenfor hjerte- og karsykdommer de siste førti årene bærer bud om hva man kan forvente seg av forskning på kreft.

Sett i et utenrikspolitisk perspektiv er trolig ikke-smittsomme sykdommer et langt mindre attraktivt felt enn global helse-agendaens avgrensede og spissede innsatser. Det vil også kreve en bredere tilnærming til områder som går langt utover helsesektorens grenser. Følgelig vil man trolig se en større spenning mellom den posisjonen som ønsker å ha helse som det definerende hensyn i utenrikspolitikken, og den som til nå har vært rådende, nemlig at helse underordnes utenrikspolitiske hensyn.

5.2.2 Stå ved forpliktelsene

Det er viktig at Norge står ved sine forpliktelser og holder fast ved den tematikk og de problemstillinger som man har bygget opp kompetanse og profilering rundt. Dette er viktig for kvaliteten på norsk bistandsforvaltning, for det pågående arbeidet med vaksiner, mødrehelse og barnedødelighet, og for samarbeidet med internasjonale og lokale partnere. For mottakerlands evne til å planlegge er betydningen av forpliktelse og forutsigbarhet fra givere enorm. Et eksempel til advarsel er at bistanden til helsesektoren i Burkina Faso varierte mellom fire, åtte og ti dollar per innbygger mellom 2003 og 2006.²⁵⁸ Tematisk kontinuitet er avgjørende for å bygge opp relevant kompetanse og kvalitet i forvaltningen både hos givere og mottakere.

Betydningen av helse er så stor at prioriteringen bør sikres mot den omskiftelighet som ofte har preget bistandsbudsjettene i giverland. Helse har alltid vært en viktig del av norsk helsebistand, og dagens globale helseutfordringer har bare økt betydningen av å jobbe langsiktig med tematikken. Likevel var ikke en forsterkning av Norges satsing på global helse gitt da regjeringen Solberg tiltrådte i 2013.²⁵⁹

Én måte å sikre prioriteringer, forutsigbarhet, konsentrasjon og kompetanse på er å innføre en tematisk «handlingsregel» i den langsiktige utviklingshjelpen. Handlingsregelen må ta form av et faglig kvalitets-sikret og tverrpolitisk kompromiss om noen få utvalgte temaer der Norge utgjør en stor forskjell for utvikling – og som man binder seg til for fremtiden. Mer forpliktende satsinger kan også redusere tendensen til at bistanden spres på stadig flere og mindre avtaler som legger beslag på dyrebar tid og ressurser i både mottaker- og giverland. For å sikre en viss demokratisk fleksibilitet bør ordningen åpne for at hver ny regjering kan skifte ut ett av de utvalgte områdene. Hvis Norge av utenrikspolitiske årsaker ikke ønsker en geografisk konsentrasjon, bør en slik tematisk konsentrert binding vurderes. Helse bør utvilsomt være ett av de prioriterte områdene.

Ettersom norsk helsebistand lenge har vært påvirket av få betydningsfulle enkeltpersoner, vil en konsentrasjon innebære en utfordring for Norge. Det er lett å glemme at store institusjonelle innovasjoner og globale satsinger ofte hviler på noen få betydningsfulle enkeltpersoners engasjement og relasjoner. For eksempel har personer som Gro Harlem Brundtland, Tore Godal og Sigrun Møgedal vært avgjørende for utviklingen av GAVI og andre store satsinger. Som en forskningsartikkel om GAVI understreker: [...] *it is clear that trust between organizations was crucially dependent on trust between a few strategically placed individuals.*²⁶⁰ Tillit mellom institusjoner bygger altså i praksis ofte på tillitsrelasjoner mellom noen få nøkkelpersoner. GAVIs unike form var kjennetegnet av en liten ledergruppe med tidligere bekjente fra WHO, Verdensbanken, UNICEF og giverland som klarte å legge igjen sine organisatoriske «hatter» ved døren. Men som notatet har pekt på, har man ikke klart å videreføre denne unike samhandlingen. Noen av personene som har vært med på å forme norsk helsebistand i en årrekke, er i dag på vei ut. Det er derfor naturlig å spørre om hvilken institusjonalisering og bærekraft Norges kompetanse og forpliktelser har.

5.2.3 Et nytt institusjonelt landskap

For det tredje bør Norge fortsette å jobbe for en styrking av WHO. Organisasjonen er allerede kraftig utfordret av det nye institusjonelle landskapet av givere som Norge har vært med på å skape. I tillegg lider organisasjonen under en rekke iboende begrensninger som svekker dens eget arbeid med helsesystemoppbygging og pandemiberedskap. Ikke desto mindre kan fjorårets ebola-krise skape tilstrekkelig vilje og interesse for å fornye organisasjonen. Det internasjonale rammeverket for pandemiberedskap som ble vedtatt i 2011 viste i alle fall at medlemsland kan komme sammen å finne løsninger innenfor WHO's struktur. WHO er fortsatt det beste verktøyet Norge har for å mestre kompleksiteten i det internasjonale institusjonelle landskapet, og for å håndtere helse som et globalt fellesgode. Men WHO vil bli ytterligere marginalisert om ikke organisasjonen klarer å mestre sine egne

oppgaver. Resultatet vil trolig bare bli mer av det vi har sett de siste årene: at stadig flere giverland og nye aktører går utenom WHO og skaper nye institusjoner som leverer bedre, men likevel ikke er en langsiktig løsning. Som Desmond McNeill og Kristin Sandberg konkluderer om opprettelsen av GAVI:

Rich countries are faced with a dilemma: wanting to disburse large amounts of funding to a good global cause, but not trusting the multilateral organizations that are mandated to carry out the job (and which they themselves established and, to a large extent, still control). GAVI offered them a solution – at least in the short run.²⁶¹

Der WHO er kronisk underfinansiert har Norge imidlertid mye erfaring med å benytte Verdensbanken som partner i å prøve ut nye tematiske satsinger. Verdensbankens tjenester er i mange tilfeller mer relevante og interessante for utviklingsland enn WHO. Trolig har også Verdensbanken og de regionale bankene mer kunnskap og innflytelse. Utviklingsbankene vil bare bli en mer relevant samarbeidspartner i fremtiden, spesielt i tilknytning til utviklingslandenes egen finansiering av helsetjenester.

5.2.4 Opprydning i mål

For det fjerde bør Norge klargjøre hva som er retoriske og hva som er reelle interesser. Det må ryddes opp i målene for helsebistanden og potensielle målkonflikter må avklares. I praksis har Norges begrensede kapasitet uansett medført en avgrensning av satsingsområder, slik som oppfølgingen av de store internasjonale initiativene som GAVI, Det globale fondet og nå oppstarten av GFF. En erkjennelse av bistandens stadig mer marginale rolle for utvikling, betydningen av nasjonale helsesystemer, lederskap, politisk vilje og skatt bør resultere i færre og mer sobre målsettinger. Denne erkjennelsen bør i større grad påvirke arbeidet med stortingsmeldinger og Stortingets behandling av målformuleringer fra Utenriksdepartementet. Det viktigste er å finne realistiske mål som bygger på Norges muligheter for å utgjøre en forskjell for verdens fattige, ikke å tilfredsstille de ulike grupperinger, fagmiljøer og organisasjoner på hjemme- og bortebane. FN's nye bærekraftsmål må inspirere arbeidet med å finne synergier, men Norge bør stå løpet ut med de utvalgte tusenårsmålene.

Også bistanden bør la seg inspirere av beslutningsmekanismer som sikrer en god gjennomgang av hvilke alternativer som best tjener målet. Selv om giverlands politiske lederskap i dag er viktig for gjennomslag i utviklingsamarbeid bør faglig ekspertise lede an i utredningsarbeidet som leder opp til målformuleringer. Politisk lederskap bør heller brukes til å fronte de løsninger som har gjennomgått en god faglig vurdering og planlegging. Spenningen mellom fag og politikk er et resultat av at bistanden slites mellom ulike utenrikspolitiske hensyn. Når fag og politikk brynes vinner ofte politikken. Et kompetent embetsverk svekkes i politikkforberedelsen og tilsidesettes når de på grunn av faglig integritet ikke kan støtte politiske visjoner.²⁶² Likevel er helsebistanden et område der «politiseringen» bør vike for gode faglige vurderinger. En naturlig måte å forankre prioriteringer i faglige vurderinger, og slik sett skjerme innsatser mot andre utenrikspolitiske hensyn, er å styrke samarbeidet mellom norsk helsebistand og norsk helsevesen, Helse- og omsorgsdepartementet og tilknyttede fagmiljøer.

5.2.5 Nasjonale systemer og lederskap

For det femte er det ingen vei til bærekraftig bedring av folkehelse utenom nasjonale systemer og nasjonalt eierskap. Internasjonalt utviklingsamarbeid har alltid slitt mellom de umiddelbare behov – som ofte resulterer i parallelle systemer og strukturer drevet frem av eksterne – og behovet for bærekraftige lokale løsninger. *Global helse* som felt har engasjert en hær av eksperter og organisasjoner som på mange måter er løsrevet fra nasjonal politikk – i langt større grad enn andre sektorer. Men dagens økonomiske og sosiale utvikling i utviklingsland åpner i større grad for nasjonalt drevne prosesser og eierskap. Historisk sett har også utviklingsland spilt en avgjørende rolle i bekjempelsen av smittsomme sykdommer. For eksempel, tross hva mange ofte tenker om utryddelsen av kopper, var dette en innsats som i stor grad ble drevet av de mest utsatte landene selv. To tredjedeler av kostnadene knyttet til

bekjempelsen av kopper ble dekket av fattige land, resten kom fra bistand.²⁶³ Det er flere lovende tegn til at nasjonale helsesystemer, som for eksempel universell helsedekning, kan etableres på et tidligere tidspunkt enn først antatt. Utviklingen i krigsherjede land som Rwanda viser også det enorme potensialet som finnes i sårbare land så lenge det er politisk vilje, langsiktighet og et fokus på konkrete problemer. Hvis Norge skal vurdere et slikt utviklingssamarbeid vil det derfor være naturlig å samarbeide med land som har et politisk lederskap som utviser en forpliktelse til å investere i egen helsesektor (ex post-tilnærming). Norge må innse at bistanden i dag er for begrenset til å kunne drive frem politisk vilje og forpliktelser i mottakerland der dette ikke er tilstede.

Blant nordiske givere har demokratiske kriterier ofte blitt vektlagt ved en «selektering» av mottakerland.²⁶⁴ Betydelig forskning og erfaringer fra utviklingsland med tydelige forbedringer i folkehelsen viser at statens kapasitet til å levere offentlige tjenester ikke trenger å være drevet frem i samspill med liberale demokratiske verdier. Tvert i mot ser ikke demokratiet ut til å være avgjørende for om politiske eliter i utviklingsland prioriterer utvikling for majoriteten av befolkningen. Fattige mennesker forblir lite innflytelsesrike og uorganiserte og anses derfor ikke som en politisk trussel for politiske eliter. Ved valg blir det derfor viktigere å ivareta interessene til de uformelle nettverk og grupper som i realiteten utgjør maktbalansen i landet. For eksempel kan «udemokratiske» Rwandas prioritering av fattige menneskers helse trolig forklares med regimets frykt for en revitalisering av den massevold som la landet i ruiner på 1990-tallet.

Å kunne vurdere et lands vilje og forpliktelser til helseutvikling, og om Norge eventuelt skal inngå et partnerskap, krever derfor dyp lokal forståelse. Det er usikkert hvilke metoder som benyttes for å vurdere dette systematisk nå. Norges nye satsing på dypere kontekstforståelse gjennom faste politisk økonomi-analyser er et skritt i riktig retning. Analysene bør se lenger enn det sittende politiske lederskapet og innebære en grundig vurdering av lands institusjonelle forankring av egen utviklingspolitikk. Her gjelder spesielt forvaltningsmessig kapasitet og grunnlaget for «makt-overganger» mellom politiske ledere.²⁶⁵ En form for bistand som støtter pågående helsereformer vil være det mange tenkte at bistanden opprinnelig skulle være: en finansiering av differansen mellom det utviklingsland selv planlegger å gjøre, og det de har midler til. Som Rwanda viser, må ikke et lands sårbare status i seg selv avgjøre om man velger å støtte landet, men snarere det politiske lederskapets intensjoner og forvaltningens kapasitet.

Å spre seg utover en rekke kortere initiativ i mange land kan for giverland virke som en fornuftig strategi for å begrense risiko. Dette gjelder spesielt giverland som har et sterkt politisk behov for å vise til raske resultater. I et lengre tidsperspektiv kan det imidlertid også være en måte «å spare seg til fant». Å støtte nasjonale prosesser i oppbygningen av helsesektoren vil nødvendigvis ikke kunne gjøres i mange land, eller i løpet av få år. Å assistere oppbygning av nasjonale helsesystemer er i sin natur mer langvarig og dyrere enn det norsk bistand i dag legger opp til. For å gjøre dette skikkelig må man se for seg store og langsiktige satsinger inn mot utdanningsinstitusjoner og arbeidsmarkedet for helsepersonell – der et klart fokus på langsiktige resultater vil være en nøkkel.

5.3 «Å gjøre en forskjell»

Som notatet har pekt på, er et viktig – men ofte fraværende – spørsmål i bistanden i hvilken grad Norge er spesielt godt posisjonert til å utgjøre en forskjell. Dette handler ikke nødvendigvis om såkalt «komparative fortrinn», selv om debatten ofte trekkes dit. Derimot handler det om områder der andre givere ikke kan, eller vil, satse. Norge er fortsatt et rikt land med usedvanlig høy oppslutning om bistand, og kan følgelig velge å ta mer risiko og ansvar for slike områder. Nasjonale helsesystemer er et eksempel på dette. Som nevnt er helsesystemer omtalt som et «sort hull» der norske som internasjonale satsinger ofte ikke når opp til den etablerte gullstandarden om konkrete målbare resultater. Motsatt vises det til at GAVI opprinnelig skulle avvikles etter fem år, men ble videreført på grunn av konkrete resultater.

Lærdommene fra ebola-krisen har imidlertid nok en gang vist betydningen av gode helsesystemer. I den positive enden av skalaen viser suksessen fra land som Rwanda, Thailand og Bangladesh også gevinsten av gode tilgjengelige helsesystemer for alle.

Utdanning har også vært en underprioritert sektor, mye på grunn av manglende resultater. Likevel har Norge økt sine forpliktelser her, med klar henvisning til at andre land ikke har prioritert det. Tenker man geografisk gjelder det samme de minst utviklede landene. Disse landene har relativt sett fått stadig mindre bistand de siste årene. Dette gjelder spesielt innenfor helsebistand: Mens lavinntektsland i snitt får mindre enn 5 dollar per innbygger i helsebistand, får mellominntektsland langt mer. Likevel oppfordres det, blant annet i Civita-notat 09/2015, til økt innsats i disse landene for nettopp å gjøre en størst mulig forskjell – vel vitende om at resultater vil være vanskeligere å oppnå. Dette bør også være et kjernehensyn for norsk helsebistand i fremtiden.

FORFATTERE: Nikolai Hegertun, prosjektleder i Civita og Stine Ringnes Wilhelmsen, rådgiver i Civita.
nikolai@civita.no

Takk til prosjektets styringsgruppe og andre som har bidratt med innspill og tilbakemeldinger i arbeidet med notatet. Notatet er skrevet med finansiering av The Bill & Melinda Gates Foundation. Alle meninger står for forfatterens egen regning og er ikke et uttrykk for holdninger og synspunkter fra Gates Foundation. Skulle du oppdage feil og mangler, ville vi sette stor pris på tilbakemelding, slik at vi kan rette opp og justere.

Sluttnoter

- 1 Ofte referert til som «sosiale helsedeterminanter». Se «Helse som utenrikspolitikk»: <http://tidsskriftet.no/article/2141561>
- 2 Pressemelding fra «Health Workers 4 all»: <http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/hw4all%20-%20European%20press%20release%20for%20launch.pdf> Mer enn 30 land i verden bruker mindre enn 35 dollar på helse per innbygger årlig. The World Health Report: *Health systems financing: the path to universal health coverage* (2010). WHO S. 22.
- 3 Stortingets utenriks- og forsvarskomiteé har understreket at helsebistand er blant de bistandsområder «som har best dokumentert effekt». Innst. 300 S (2011-2012). Innstilling fra utenriks- og forsvarskomiteéen om global helse I utenriks- og utviklingspolitikken.
- 4 Se: <https://www.unicef.no/nyheter/13339/tusenarsmalene-fattige-barn-henger-etter-tross-stor-fremgang> & <http://blog.dsw.org/2015/07/world-population-day-2015-mdgs-part-1/>
- 5 Dette til tross, fortsatt dør 800 kvinner hver eneste dag av komplikasjoner knyttet til fødsel, 119 millioner barn risikerer å få varige fysiske og kognitive utviklingshemninger av underernæring de neste 15 årene, 16 000 barn under fem år vil fortsatt dø hver eneste dag. Men det er fortsatt mye usikkerhet knyttet til verifiseringen av tusenårsmålene. F.eks. vil fattigdomstallene trolig ikke være klare før 2018.
- 6 Shridar, Devi, et. al. (2012) *Healthy Governance. How the WHO Can Regain Its Relevance*. <https://www.foreignaffairs.com/articles/2012-05-24/healthy-governance>
- 7 David Kortava (2015): “The greatest possible good: How big data is transforming global health.” <http://www.one.org/us/2015/08/26/the-greatest-possible-good-how-big-data-is-transforming-global-health/>
- 8 I følge WHO døde over 1,2 millioner mennesker i trafikken (kun veier) i 2010. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A997>
- 9 Dette er også påpekt av Stortingets utenrikskomité i Innst. 300 S (2011-2012), s. 4.
- 10 Se: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,7134&MainContent_6263=6464:0:25,7279&List_6212=6218:0:25,7733:1:0:0:::0:0
- 11 Kickbusch, Ilona & Szabo, Marianna Cassar (2014): «A new governance space for health», i: *Global Health Action*.

- 12 Meld. St. 11 (2011-2012). *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*.
- 13 Se: www.norad.no/tema/helse/norsk-helsebistand Helsesektorens status innenfor norsk bistand har bare blitt forsterket de siste årene. I utenrikskomiteens innstilling til Stortinget fra 2009 understrekes det at «en enstemmig komité gjentatte ganger har bekreftet at bistand til gjennomføring av tusenårsmålene, ikke minst innen helse og utdanning, skal ha prioritet i norsk utviklingssamarbeid», Innst. S. nr. 269 (2008–2009).
- 14 Norads resultatrapport 2013 – helse og utdanning, s. 2
- 15 Av alle tusenårsmålene er det barne- og mødre helse som ligger dårligst an til å nå målene innen 2015. Hentet fra <http://www.norad.no/tema/helse/norsk-helsebistand/>
- 16 Se: <http://www.healthdata.org/news-release/global-health-funding-reaches-new-high-funding-priorities-shift>
- 17 Møgedal, Sigrun (2012): «Global helse – nye muligheter eller gammelt nytt?» I: *Internasjonal Politikk*. Universitetsforlaget. Årgang 70, nr. 2. S. 232.
- 18 Presentasjon ved Sigrun Møgedal, Civita Styringsgruppemøte 15.04.15.
- 19 Verdensbanken (1993): *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976> En interessant parallell er at dagens norske satsing på utdanning blant annet ønsker å overbevise utviklingsland til å se på kostnadene knyttet til utdanning som en investering.
- 20 FNs hjelpeorganisasjon for barn (UNICEF) og FNs befolkningsfond (UNFPA), og de tradisjonelle giverne som USA, Tyskland, Storbritannia, Nederland og de nordiske landene ble også mer sentrale i denne perioden. Sigrun Møgedal, Den Globale Helsearkitekturen, Tidsskrift for Den norske legeförening, Nr. 17 – 6 september 2011
- 21 Riksrevisjonen, Dokument 3:8 (2012-2013) Rapport. s. 7-8
- 22 Mødre dødeligheten i Malawi har blitt redusert med 31 prosent i perioden 2004 til 2010. Økt kapasitet for etter- og videreutdanning bidro til at antall leger økte fra 43 i 2004 til 450 i 2012, og antall sykepleiere fra 3450 til 4800. Landet kan utdanne tre ganger flere leger enn i 2004. Norads resultatrapport 2013 – helse og utdanning, s. 3.
- 23 Se: <http://www.norad.no/landsider/afrika/malawi/>
- 24 Riksrevisjonen, Dokument 3:8 (2012-2013) Rapport. S. 51. I 2009 estimerte Verdens Helseorganisasjon at det er behov for 4,3 millioner flere ansatte i verdens helsesektor. Mer enn halvparten av disse må være høyt kvalifiserte (leger, sykepleiere, jordmødre), se Innst. S. nr. 269 (2008–2009).
- 25 Riksrevisjonen, Dokument 3:8 (2012-2013) Rapport. S. 52
- 26 Ibid. 62.
- 27 Konsultasjon med Haldis Kårstad, Kirkens Nødhjelp, april 15. Konsultasjon med Sigrun Møgedal, UIO, april 15. Riksrevisjonen, Dokument 3:8 (2012-2013) Rapport. S. 34. Bingu Wa Mutharika overtok i 2004.
- 28 Globalt bidrar Norge med rundt tre prosent av samlet registrert helsebistand. Økningen i helsebistanden reflekterer den norske støtten til GAVI (fra 2000), GFATM (fra 2002), og statsminister Jens Stoltenbergs kampanjer for mødre- og barnehelse (TUM4 & 5) som kanaliseres gjennom både bilaterale og multilaterale kanaler (fra 2007). Også støtten til WHO, UNICEF, UNAIDS, UNFPA har økt i perioden. www.norad.no/tema/helse/norsk-helsebistand/
- 29 Det meste av norsk helsetilstand går gjennom multilaterale organisasjoner (spesielt WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UNITAID) og globale helsefond og mekanismer som den Globale Vaksinealliansen (GAVI) og Det Globale Fondet for bekjempelse av AIDS, tuberkulose og malaria (GFATM). www.norad.no/tema/helse/norsk-helsebistand
- 30 Sigrun Møgedal, «Brief for samtaler i Norad og UD: Helsepersonell – hvorfor er det viktig nå?»
- 31 <http://www.abcnyheter.no/nyheter/2015/01/27/216604/norge-gir-flere-vaksinemilliarder> I følge Norad har Norge gjennom sin støtte til vaksinealliansen GAVI bidratt til å forebygge mer enn 5,1 millioner dødsfall. Norad Resultatrapport 2013 – helse og utdanning, s. 3
- 32 Hentet fra <http://www.norad.no/tema/helse/aktuelt/norge-oker-stotten-til-vaksinealliansen-gavi-til-125-milliarder-kroner-arlig/>
- 33 Norge fører i dag bilateralt helsesamarbeid med fem land: Malawi, Nigeria, India, Tanzania og Pakistan. Helsesektorsamarbeidet med Mosambique ble avsluttet i 2009. www.norad.no/tema/helse/norsk-helsebistand/
- 34 "More than 200 multilateral agencies – including the United Nations, regional development banks and global funds – are the recipients of close to one-third of all aid. When including earmarked funding provided to multilaterals for implementation, this goes up to two fifths." <http://www.oecd.org/dac/aid-architecture/>

- 35 Se f.eks. Development Today sin gjennomgang: http://www.development-today.com/magazine/2015/dt_3/news/critique_of_gavi_and_gates_foundation_narrow_technological_focus_on_health
- 36 OECD har i en årrekke gitt Norge råd om å konsentrere sin bistand for å oppnå økt effektivitet. Konsentrasjon av bistanden har blitt referert til som en måte å gjøre bistanden mer effektiv. Dette er i tråd med OECD DAC sin konklusjon at: "*Fragmentation occurs when there are too many donors giving too little aid to too many countries. This can seriously impair the effectiveness of aid. The current pattern of how aid is delivered and received shows aid splinteres across too many donors, each with their own processes and priorities, working in often overlapping relationship with each other.*" <http://www.oecd.org/dac/aid-architecture/>
- 37 Ambassadenes kapasitetsbegrensning gjelder ikke bare innenfor helsesektoren, men innenfor de fleste fagfelt (landbruk, næringsliv, klima, likestilling etc.).
- 38 <http://www.nsd.uib.no/polsys/data/forvaltning/enhet/4601/ansatte>
- 39 Eggen og Sending (2012), *I fokus: Global helse*, i: Internasjonal Politikk. Universitetsforlaget, årgang 70, Nr. 2, s. 208.
- 40 Norge, Frankrike, Brasil, Indonesia, Thailand, Sør-Afrika og Senegal. Se Sandberg, K.; Andresen, S.; Steen, S. H; Møgedal, S.; Onarheim, K. H. & Van den Bergh, G. (2011): «Helse som utenrikspolitikk» i: *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. <http://tidsskriftet.no/article/2141561>
- 41 Statsminister Stoltenberg lanserte i 2007 *The Global Campaign for the Health MDGs og Network of Global Leaders*, og kunngjorde i FN i 2009 at Norge fram til 2020 vil bidra med tre milliarder kroner til globalt samarbeid for kvinne- og barnehelse. <http://www.norad.no/tema/helse/norsk-helsebistand/>. Helse- og bistandsfaglig innsats fra norske institusjoner og vilje til nytenkning og innovasjon fra norsk side har også vært viktig, men uten det toppolitiske engasjementet ville man opparbeidet seg en så sterk profilering innenfor global helse.
- 42 Flere Civita har vært i kontakt med har presisert hvordan Gro Harlem Brundtland sin posisjon i WHO (1998-2003) var med på å styrke legitimiteten til FNs arbeid på helse. Denne posisjonen ser ut til å ha blitt svekket i senere år av ulike årsaker.
- 43 Eggen og Sending (2012), *Fokus: Global Helse*, Internasjonal Politikk, Årgang 70, Nr. 2, s. 208-217. Også Norges engasjement innenfor HIV/aids har vært drevet frem få personer innenfor Norad og Utenriksdepartementet. Se *Evaluation of Norwegian HIV/AIDS Responses*. Evaluation Report 4/2008 Vol. II, s. 20.
- 44 Flere Civita har vært i kontakt med har påpekt hvor førende enkeltpersoners meninger har vært for helsebistanden. Se bl.a. ibid & Helland og Mæstad, (2015), *Basis for decisions to use Results Based Payments in Norwegian Development Aid*, Chr. Michelsen Institute (CMI), Bergen, Norway
- 45 Riksrevisjonen, Dokument 3:8 (2012-2013) Rapport. S. 34
- 46 Under den humanitære krisen på Haiti lot Norge 15 prosent av bistandsmidlene gå via den Haitianske regjering til tross for svake strukturer. Helse-ekspert Paul Farmer har i epost omtalt dette som unikt for Norge: "*Norway's ... relationship with its grantees is one of partnership not one of donor-recipient. That is a fundamental difference that makes Norway unique.*" Epost 13.07.15.
- 47 Norge innførte ikke avgiften selv. Prispålegget varierer betydelig mellom ulike billettyper. Business og første klasse har opp mot 40 dollar. Hvor stor andel av pålegget som går til UNITAID varierer også noe, men i de fleste tilfeller går alt til UNITAID. Se: <http://www.unitaid.eu/en/how/innovative-financing>
- 48 Philippe Douste-Blazy presentasjon under konferansen BUILDING THE PATH TO UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: INNOVATIVE FINANCING IN ACCESS TO MEDICINES. Oslo, 09.09.15.
- 49 Se https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ud/vedlegg/fn/profilark2013/fn_unitaid_2013.pdf
- 50 Philippe Douste-Blazy One on One: <https://www.youtube.com/watch?v=0bjilKUq8Eg>
- 51 Ibid. I dag har president François Hollande doblet avgiften. Men blant andre land som også har innført avgiften er ikke givergleden like stor: «France is the only country that is committing funds from the FTT to fight global poverty».
- 52 The World Health Report. *Health systems financing: the path to universal health coverage* (2010). WHO S. 28.
- 53 Perry, Greg (2015). *Innovative ideas in bridging innovation and access to improve health coverage in low and middle-income countries*. Presentasjon i Oslo 09.09.15.
- 54 *Implant Access Program: Expanding family planning options for women*. June 2014. Familiy Planning 2020. *Resultater i kampen mot mødre og barnedødelighet – Flere jenter og kvinner har fått tilgang til prevensjonsmidler takket være lavere priser og opplæring av helsearbeidere*. Norad. Intervju med Tore Godal 03.09.15.
- 55 Se: <https://www.gov.uk/government/news/dfid-contraceptive-implant-project-wins-international-procurement-award>

- 56 Ann Danaiya Usher, "World Bank gives in to Swedish concerns about new health fund." i: *Development Today* 8-9/2015
- 57 Epost fra Ole Petter Ottesen, 5.11.15.
- 58 Epost fra Dr. Paul Farmer, datert 14.07.15
- 59 «Her hjemme ser vi at helse er blitt et strategisk felt for regjeringen (Sandberg & Andersen 2010), og det har uten tvil gitt Norge og statsministeren tilgang til viktige internasjonale kontakter som gir status både ute og hjemme. At helse er <løftet> opp til statsministerens kontor ... kan snarere forstås som uttrykk for at helse har spesiell strategisk betydning både for Norge og Stoltenberg personlig.» Eggen og Sending (2012), *I fokus: Global helse*, Internasjonal politikk, Årgang 70, Nr. 2, p. 210.
- 60 Meld. St. 11 (2011-2012), s. 42.
- 61 Se Civita notat nr. 5/2015, *Jakten på Resultater i Norsk Bistand*, Nikolai Hegertun: <https://www.civita.no/publikasjon/nr-5-2015-jakten-pa-resultater-i-norsk-bistand> & Civita notat nr. 13/2015, *Norsk landbruksbistand: Bistand på lavbluss*, Nikolai Hegertun og Eirik Jarl Trondsen: <https://www.civita.no/2015/06/22/nytt-civita-notat-norsk-landbruksbistand-bistand-pa-lavbluss>
- 62 Poul Engberg-Pedersen, Civita Notat 9/2015, *Squaring the Circle of Impact, Interests and Politics*
- 63 Civita notat nr. 5/2015, *Jakten på Resultater i Norsk Bistand*, Nikolai Hegertun: <https://www.civita.no/publikasjon/nr-5-2015-jakten-pa-resultater-i-norsk-bistand>
- 64 Dette ble bl.a. drøftet på en konferanse arrangert av Overseas Development Institute i London i april: "Designing the development agency of the future"
- 65 Engberg-Pedersen, Poul (2015) *Fremtidens utviklingsorganisasjon: Politik, samfunnskompetence*
- 66 Møgedal, Sigrun (2012): «Global helse – nye muligheter eller gammelt nytt?» I: *Internasjonal Politikk*. Universitetsforlaget. Årgang 70, nr. 2. S. 229.
- 67 OECD har blant annet kritisert Norge for en manglende evne til å la funn fra evalueringer informere og styre beslutningsprosesser. *OECD Peer to Peer Review 2013*.
- 68 *Evaluation of Norwegian HIV/AIDS Responses*. Evaluation Report 4/2008 Vol. II
- 69 *Evaluation of Norwegian HIV/AIDS Responses*. Evaluation Report 4/2008 Vol. II
- 70 Shridar, Devi, et. al. (2012) *Healthy Governance. How the WHO Can Regain Its Relevance*. <https://www.foreignaffairs.com/articles/2012-05-24/healthy-governance>
- 71 Se Sandberg, Kristin Ingstad & Møgedal, Sigrun (2014) "Global Health Diplomacy – more than just health", i: *Special Issue on Global Health Diplomacy*.
- 72 The Global Health Strategy of the US Department of Health and Human Service 2011.
- 73 Se også: Se Sandberg, K.; Andresen, S.; Steen, S. H.; Møgedal, S.; Onarheim, K. H. & Van den Bergh, G. (2011): «Helse som utenrikspolitikk» i: *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. <http://tidsskriftet.no/article/2141561>
- 74 Eggen og Sending (2012), *Fokus: Global Helse*, Internasjonal Politikk, Årgang 70, Nr. 2, s. 208-217
- 75 Ibid; Helland og Mæstad, (2015), Basis for decisions to use Results Based Payments in Norwegian Development Aid, Chr. Michelsen Institute (CMI), Bergen, Norway
- 76 Hentet fra: <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>
- 77 Stortingsmelding Prop. 1 S 2014-2015: Rapport for Samstemt Politikk for Utvikling: Norge og de nye utviklingsmålene 2015-2030, s. 314.
- 78 Se blant annet: <http://www.bistandsaktuelt.no/nyheter/2014/vil-ta-lardom-av-ebola-krisen/>, <http://www.bistandsaktuelt.no/nyheter/2014/ebolakrisen-kan-endre-norsk-helsebistand/>, <http://www.bistandsaktuelt.no/nyheter/2014/ebola-krisen-kunne-vart-unngatt/>,
- 79 Stortingsmelding Prop. 1 S 2014-2015: Rapport for Samstemt Politikk for Utvikling: Norge og de nye utviklingsmålene 2015-2030, s. 298.
- 80 S. Møgedal (2011): «Den globale helsearkitekturen – til nytte for alle?» i: *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*, Nr. 17, s. 1600-2. The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health (2014) *The political origins of health inequity: prospects for change*, s. 3
- 81 Se henvisning til debatt om samstemt politikk for utvikling her: <http://www.rorg.no/Artikler/3278.html>
- 82 <http://www.globalgoals.org/>
- 83 Se f.eks. «Teach the World» av Eric A. Hanushek og Ludger Woessmann i *Foreign Affaris*: <https://www.foreignaffairs.com/articles/2015-08-20/teach-world>
- 84 «Institusjoner og organisasjoner, samarbeids- og beslutningsstrukturer som knytter ulike aktører sammen i en mer eller mindre etablert relasjon med helse for verdens befolkning som hovedmål, omtales ofte samlet som <den globale helsearkitekturen>. S. Møgedal et al. (2011) «Den globale helsearkitekturen – til nytte for alle?» i: *Tidsskrift for den norske legeforening*, Nr. 17, s. 1660-2

- 85 McNeill, Desmond & Sandberg, Kristin Ingstad (2014): «Trust in Global Health Governance: The GAVI Experience» i: *Global Governance*, 20, s. 325-343.
- 86 S. Møgedal (2011) «Den globale helsearkitekturen – til nytte for alle?», i: *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*, Nr. 17, s. 1660-2
- 87 Konsultasjon med Sigrun Møgedal, 09.04.15
- 88 Civita notat nr. 5/2015, *Jakten på resultater i norsk bistand*, Nikolai Hegertun: <https://www.civita.no/publikasjon/nr-5-2015-jakten-pa-resultater-i-norsk-bistand> & Civita notat nr. 13/2015, *Norsk landbruksbistand: Bistand på lavbluss*, Nikolai Hegertun og Eirik Jarl Trondsen: <https://www.civita.no/2015/06/22/nytt-civita-notat-norsk-landbruksbistand-bistand-pa-lavbluss> Se også: *Evaluation of Norwegian HIV/AIDS Responses*. Evaluation Report 4/2008 Vol. II
- 89 Ann Danaiya Usher, “Oslo embraces new World Bank fund on child health. Swedes say it’s a ‘bad idea’” i: *Development Today* 4-5/2015
http://www.development-today.com/magazine/2015/dt_4-5/news/oslo_embraces_new_world_bank_fund_on_child_health_swedes_say_its_a_bad_idea & Ann Danaiya Usher, “World Bank gives in to Swedish concerns about new health fund.” i: *Development Today* 8-9/2015.
http://www.development-today.com/magazine/2015/dt_8-9/news/world_bank_gives_in_to_swedish_concerns_about_new_health_fund/index.html
- 90 Ann Danaiya Usher, “Oslo embraces new World Bank fund on child health. Swedes say it’s a ‘bad idea’” i: *Development Today* 4-5/2015: http://www.development-today.com/magazine/2015/dt_4-5/news/oslo_embraces_new_world_bank_fund_on_child_health_swedes_say_its_a_bad_idea
- 91 Konsultasjon med Sigrun Møgedal, 09.04.15
- 92 Shridar, Devi, et. al. (2012) *Healthy Governance. How the WHO Can Regain Its Relevance*, i: *Foreign Affairs* <https://www.foreignaffairs.com/articles/2012-05-24/healthy-governance>
- 93 <http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>
- 94 Deaton, Angus (2013): *The Great Escape, health, wealth and the origins of inequality*. Princeton University Press.
- 95 S. Møgedal (2011) *Den globale helsearkitekturen – til nytte for alle?*, *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*, Nr. 17, s. 1660-2
- 96 Kickbusch, K.S. Reddy (2015): «Global health governance – the next political revolution» i: *Public Health* 129, s. 838-842
- 97 Shridar, Devi, et. al. (2012) *Healthy Governance. How the WHO Can Regain Its Relevance*, i: *Foreign Affairs* <https://www.foreignaffairs.com/articles/2012-05-24/healthy-governance>
- 98 Sigrun Møgedal, “Noen spørsmål som ofte stilles”, brief til Norad, 22.10.2014. Kjernerstøtten er medlemssavgiften til medlemslandene.
- 99 Kickbusch, K.S. Reddy (2015): «Global health governance – the next political revolution» i: *Public Health* 129, s. 838-842
- 100 Clift, Charles (2014): *What’s the World Health Organization for?* Chatham House.
- 101 Hoffman, S. & Røttingen, J. A. (2014): “Split WHO in two: strengthening political decision-making and securing independent scientific advice” i: *Public Health* 128, s. 188-194.
- 102 Konsultasjon med John-Arne Røttingen, Division Director Folkehelseinstituttet, 26.03.15. Innspill fra Kim Loraas, Redd Barna, Civita Workshop, 29.04.15. Sigrun Møgedal, (2011), «Den globale helsearkitekturen – til nytte for alle?», i: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, Nr. 17, s. 1660-2
- 103 Poul Engberg-Pedersen, Civita notat 9/15: *Squaring the Circle of Impact and Politics*. Konsultasjon med John-Arne Røttingen, Division Director Folkehelseinstituttet, 26.03.15
- 104 Chorev, Nitsan (2012): «A new health order as part of the new social order – the strategic response of the WHO to its member states», i: *Political Power and Social Theory*, Vol. 23, s. 65-100.
- 105 Presentasjon ved Sigrun Møgedal, Civita Styringsgruppemøte, 15.04.15
- 106 Meld. St. 10 (2014-2015). *Opportunities for All: Human Rights in Norway’s Foreign Policy and Development Cooperation*.
- 107 Innst. 300 S – 2011-2012, s. 12-13.
- 108 Ibid. S. 1.
- 109 Spesielt gjelder dette: å sikre lik tilgang til helsetjenester for alle, sikre robuste helsesystemer, styrke produksjonskapasiteten for legemidler i fattige land, videreutvikle en «helhetlig tilnærming» til helsepersonellkrisen, integrere matsikkerhet og klimatilpasning som en del av det globale helsefremmende arbeidet og videreutvikle en samstemt norsk global helsepolitikk der bl.a. prioriteringer og føringer ses i sammenheng.
- 110 Innst. 300 S – 2011-2012, s. 6

- 111 Daværende avdelingsdirektør for helse, utdanning og forskning i Norad Paul R. Fifes ord i Morgenbladet i 2012 virker som en illustrasjon på hvordan tanken av og til løper fra praksis: «*Det å prioritere må ikke forveksles med at den vitenskapelige analysen som ligger til grunn er mangelfull. Norge kan gjøre mye, men ikke alt, innen bistand*». Fifes innlegg var et svar på kritikk fra professor Ola Didrik Saugstad om at Norge ikke prioriterer tiltak som mest effektivt vil redusere barnedødelighet. Paul Fife (2012): *Skivebom, Saugstad*. Morgenbladet på nett: <http://morgenbladet.no/debatt/2012/06/skivebom-saugstad> Årets forslag til kutt i bistanden vil ikke bli behandlet i dette notatet. Det er likevel interessant å merke seg at mange av kuttene kun går på kostnader innenfor ulike satsinger, ikke temaer eller fagområder som helhet.
- 112 Alcazar, Santiago (2008): *The Copernican Shift In Global Health*. The Graduate Institute. S. 26-27.
- 113 Se: <http://www.norway-un.org/Statements/Plenary-Meetings/GA-Global-Health-and-Foreign-Policy/#.VijKG37hBD8>
- 114 Ibid.
- 115 Til å være så ambisiøst er det påfallende at det ikke finnes nettsider, et sekretariat, mekanismer for informasjonsdeling. Det er trolig en årsak til at det heller ikke finnes mye forskning på initiativet. WHO har en nettside med noe informasjon: <http://www.who.int/trade/Foreignpolicyandhealth/en/>
- 116 Se generalforsamlingens resolusjon A/64/108 her: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/108. Norges initiativ ble «notert»:
“*Noting the role and contribution of the Foreign Policy and Global Health Initiative in promoting synergy between foreign policy and global health, as well as the contribution of the Oslo Ministerial Declaration entitled “Global health: a pressing foreign policy issue of our time”4F 5 to placing health as a foreign policy issue on the international agenda*”. Se også: Fidler, David (2011): *Assessing the Foreign Policy and Global Health Initiative: The Meaning of the Oslo Process*. & Duten, Alexia: *The Oslo Declaration: flogging a dead horse?* Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- 117 Fidler, David (2011): *Assessing the Foreign Policy and Global Health Initiative: The Meaning of the Oslo Process*. S. 11.
- 118 Ibid. I kjølvannet av statusrapporten etter tre år ble det igangsatt forskning på området. Universitetet i Oslo sin kommisjon om globalt styresett for helse er et direkte resultat av dette: <http://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/>
- 119 Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time, *Lancet* 2007, s. 1375.
- 120 Se Sandberg, Kristin & Andresen, Steinar (2010): “From Development Aid to Foreign Policy. Global Immunization Efforts as a Turning Point for Norwegian Engagement in Global Health”, i: *Forum for Development Studies*, vol. 37, s. 321-322.
- 121 Fidler viser til en rapport av Katherine Bliss fra 2011, «Health Diplomacy of Foreign Governments», som så nærmere på ulike lands prioriteringer.
- 122 Duten, Alexia: *Paper #3: The Oslo Declaration: flogging a dead horse?* Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- 123 Fidler, David (2011): *Assessing the Foreign Policy and Global Health Initiative: The Meaning of the Oslo Process*. S. 12
- 124 Denne tendensen er kjent fra andre tematiske satsinger. Se også studien av initiativ knyttet til religion og utvikling fra Nederland og Storbritannia der utskiftninger i politisk ledelse og forvaltning ser ut til å ha vært avgjørende for manglende gjennomføring av initiativ. <http://www.oslocenter.no/wp-content/uploads/2012/09/Endelig-Rapport-om-Religion-Utvikling.pdf> s. 122-123.
- 125 Fidler, David (2011): *Assessing the Foreign Policy and Global Health Initiative: The Meaning of the Oslo Process*.
- 126 Innst. 300 S – 2011-2012, s. 15.
- 127 Statens økonomireglement pkt. 5.3.8. Se også «Veileder i samfunnsøkonomiske analyser»: http://dfo.no/Documents/FOA/publikasjoner/veiledere/Veileder_i_samfunns%C3%B8konomiske_analyser_1409.pdf og en oversikt over rundskriv og dokumenter: <https://www.ntnu.no/concept/veiledere>
- 128 Øystein Børmer, Direktør for Direktoratet for Økonomistyring. Presentasjon og epost.
- 129 Brev fra Finansdepartementet (17.09.15) og Utenriksdepartementet (09.10.15).
- 130 Ibid: 9 & 19. Innenfor helsesatsingen hard et ofte manglet strategier på partnerskap, de har vokst ut av en tilfeldig respons på muligheter og nye ressurser. *Evaluation of Norwegian HIV/AIDS Responses*. Evaluation Report 4/2008 Vol. II, s. 13.
- 131 BjørkHaug, Ingunn; Eidsvik, Erlend; Hansen, Arve & Haaland, Hanne (2015), «Bistand i blinde?», i: *Dag-savisen* 22.09.15. S. 6. Se Civita notat nr. 5 2015 *Jakten på resultater i norsk bistand*: <https://www.civita.no/publikasjon/nr-5-2015-jakten-pa-resultater-i-norsk-bistand>

- 132 Martens, Bertin (2004), *Why do aid agencies exist?* European Commission.
- 133 Målet hadde tre indikatorer: 1) Barnedødelighet under fem år, 2) Spedbarnsdødelighet, og 3) Andel ettåringer vaksinert mot meslinger. Det finnes en rekke tall og målinger på dette. For eksempel viser FN-sambandet til at vaksiner mot meslinger bidro til å forebygge nær 15,6 millioner dødsfall mellom år 2000 og 2013. Se: <http://www.fn.no/Tema/FNs-tusenarsmaal/Redusere-barnedoedeligheten/Status-Tusenarsmaal-4>
- 134 You, D., et. al. (2012): *Levels and Trends in Child Mortality – Report 2012*, The UN IGME report prepared at UNICEF Headquarters: UNICEF. Spedbarnsperioden er første leveår.
- 135 Eilsen, Marthe (2013): *Hvilke faktorer er viktige for å nå MDG4?* Universitetet i Bergen.
- 136 Saugstad, Ola Didrik (2011) «Reducing Global Neonatal Mortality Is Possible» i *Neonatology*, s. 250-257. Se også Ola Didrik Saugstads artikler i Aftenposten og Morgenbladet: <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Kronikk-Hvordan-skal-vi-redusere-barnedoedeligheten-8110900.html> og http://morgenbladet.no/ideer/2012/regjeringen_bommer_pa_malet
- 137 Ibid.
- 138 Meld. St. 11 (2011-2012) *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*. S. 6.
- 139 Se Øyvind Eggens Norad-blogg om dette: <http://www.noradblogger.no/2014/11/legg-ned-middelmadig-bistand/>
- 140 Norad (2015), Avdeling for metode og resultater.
- 141 Gode resultater: Fra 1990 til 2010 ble andelen HIV/Aids, malaria og tuberkulose smittede redusert fra 47 til 35 prosent av den globale sykdomsbyrden. Barnedødeligheten i Afrika er halvert mellom 1990 og 2013. Norad trekker frem vaksiner og myggnetting, særlig for barn, som to hovedårsaker til denne reduksjonen. Mødre dødeligheten er halvert fra 1990 til 2010. GAVI forebygget 5, 1 millioner dødsfall gjennom nye vaksiner og økt vaksinedekning i perioden 2000-2012 – norsk andel er 510 000 dødsfall. Det globale fondet har reddet 8,7 millioner liv ved behandling mot hiv og tuberkulose og malaria myggnett – norsk andel er 174 000 liv reddet. Fra Norads resultatrapport 2013 – helse og utdanning, s. 2-4. Enorme utfordringer består: Tusenårs mål 4 om å redusere barnedødelighet med 2/3 siden 1990 kan nås, gitt opptrappet innsats i utviklingsland. Tusenårs mål 5 om å redusere barnedødelighet med 75 prosent og skaffe tilgang for alle til reproduktiv helse, kan vanskelig nås. Tusenårs mål 6 om å reversere spredning av infeksjonssykdommer og HIV/Aids kan neppe nås fullt ut tross store framskritt. Antall personer som lever med hiv har økt, mens vekstraten i antall nysmittede er på vei ned. En vesentlig forklaring på at antallet personer som lever med hiv har økt, ligger i at tilgangen til god behandling har bedret seg betraktelig de senere år, med nye, billigere og mer effektive medisiner. Forekomsten av tuberkulose og malaria er på vei ned. Stortingsmelding Prop. 1 S 2014-2015: Rapport for Samstemt Politikk for Utvikling: Norge og de nye utviklingsmålene 2015-2030, s. 315.
- 142 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en, lest 14.06.15
- 143 Kritikken mot såkalt vertikale satsinger kom blant annet fra Katrine Storeng ved Columbia University, Sigrun Møgedal, samt tidligere CEO for GAVI, Julian Lob-Levyt. Se blant annet: <http://www.bistandsaktuelt.no/nyheter/2014/ebola-krisen-kunne-vart-unngatt/>, <http://www.bistandsaktuelt.no/nyheter/2014/vilta-lardom-av-ebola-krisen/>, <http://www.bistandsaktuelt.no/nyheter/2014/ebolakrisen-kan-endre-norsk-helsebistand/>
- 144 Innst. 300 S (2011-2012). Innstilling fra utenriks- og forsvarskomiteen om global helse I utenriks- og utviklingspolitikken. S, 7.
- 145 Innspill fra Tore Godal, Civita Workshop, 29.04.15
- 146 Sigrun Møgedal, “Spørsmål som ofte stilles”, Brief til Norad, 22.10.2014
- 147 Sigrun Møgedal 22.10.2014
- 148 “Critique of Gavi and Gates Foundation: narrow technological focus on health”, i: *Development Today* 09.04.2015. & <http://www.who.int/workforcealliance/about/en/>
- 149 Sigrun Møgedal 22.10.2014
- 150 Innspill fra Kim Loraas, Redd Barna, Civita Workshop, 29.04.15
- 151 Deaton, Angus (2013): *The Great Escape, health, wealth and the origins of inequality*. Princeton University Press.
- 152 Sigrun Møgedal, “Brief for samtaler i NORAD og UD: Helsepersonell – hvorfor er det viktig nå”, 9.10.2014
- 153 The World Health Report. *Health systems financing: the path to universal health coverage* (2010). WHO S. 27.
- 154 *Migration of health workers. WHO code of practice and the global economic crisis*. WHO, 2011. http://www.who.int/hrh/migration/14075_MigrationofHealth_Workers.pdf
- 155 Innst. S. nr. 269 (2008–2009)
- 156 Ibid: 56

- 157 Ibid: 198
- 158 Prop. 1 S (2014-2015), s. 236.
- 159 Se: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-2015-health-care-outlook-global.pdf>
- 160 Se: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en
- 161 Erik Solheim, Civita frokost 15.04.15: <https://www.youtube.com/watch?v=3ug1RIYbW2I>
- 162 Lancet Commission, *Global health 2035: a world converging within a generation*, Vol 382, December 2013. "WHO estimate of minimum spending per person per year needed to provide basic, life-saving services is US\$ 44". Hentet fra www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en
- 163 Se f.eks. David Booth et. al. (2015) *Developmental Regimes in Africa*. Synthesis Report.
- 164 Ibid. & Francis Fukuyama (2014) *Political Order and Political Decay*. Farrar, Straus and Groux; New York.
- 165 Skype samtale med Harriet Birungu, Country Director Population Council Kenya Office, 21.05.15
- 166 Meld. St. 25 (2013-2014) *Education for Development. Visjon 2030* «Et utvalg innovative løsninger» Norad. Prop. 1 S 2014-2015: Rapport for samstemt politikk for utvikling: Norge og de nye utviklingsmålene 2015-2030 legger trykk på viktigheten av å se utdanning og helse i sammenheng, samt å påse at politikk innenfor en sektor ikke hindrer politikk i et annet.
- 167 Lancet Commission, *Global health 2035: a world converging within a generation*, Vol 382, December 2013. Noen av de svakeste statene vil imidlertid fortsette å være avhengige av bistandsoverføringer og ekstern støtte i en tid fremover.
- 168 Riksrevisjonens undersøkelse av bistand til godt styresett og antikorrupsjon i utvalgte samarbeidsland. Riksrevisjonens metode er streng i den form av at ting som ikke kan måles eller dokumenteres har ikke skjedd, men det er også et metodisk valg som det ikke er lett å løse.
- 169 David Booth et. al. (2015) *Developmental Regimes in Africa*. Synthesis Report.
- 170 Riddell, Roger C. (2014): *Does Foreign Aid Really Work?* Background Paper to the Australian Aid and International Development Workshop, Oxford Policy Management, s. 39.
- 171 Skype with Harriet Birungu, Country Director Population Council Kenya Office, 21.05.15
- 172 Lant Pritchett et. al. (2013) *Looking Like a State: Techniques of Persistent Failure in State Capability for Implementation*. David Booth et. al. (2015) *Developmental Regimes in Africa*. Synthesis Report. Matt Andrews, Lant Pritchett & Michael Woolcock (2012) *Escaping Capability Traps through Problem-Driven Iterative Adaption*. Center for Global Development.
- 173 Se: Civita notat nr. 5/2015, Jakten på resultater i norsk bistand, Nikolai Hegertun: <https://www.civita.no/publikasjon/nr-5-2015-jakten-pa-resultater-i-norsk-bistand> Selv om dette også kjennetegner deler av norsk bistand var det ikke utbredt i like stor grad i tilfellet med norsk helsebistand til Botswana i den tidlige fasen. Norad (2012) *Evaluation of the Norwegian Health Sector Support to Botswana* Report 10/2011 Vol. 1 s. 74
- 174 Sen, Amartya (2015): «Universal healthcare: the affordable dream» i: *The Guardian*.
- 175 The World Health Report. *Health systems financing: the path to universal health coverage* (2010). WHO S. 22.
- 176 Rikere deler av befolkningen kan selvfølgelig fortsatt kjøpe seg dyrere tjenester som er unntatt den universelle helsedekningen.
- 177 Ibid. Tallene er fra 2010.
- 178 Ibid. Dette er et gjennomsnitt. Seks av landene i undersøkelsen vil kunne klare å innføre universell helsedekning for under 40 dollar per innbygger.
- 179 Sen, Amartya (2015): «Universal healthcare: the affordable dream» i: *The Guardian*. Kerala har i dag den høyeste inntekten per innbygger av alle indiske delstater.
- 180 Deaton, Angus (2013): *The Great Escape, health, wealth and the origins of inequality*. Princeton University Press.
- 181 Ibid. S. 118-119.
- 182 Ibid.
- 183 Dette fremkommer også i: Norad (2012) *Evaluation of the Norwegian Health Sector Support to Botswana* Report 10/2011 Vol. 1.
- 184 Innst. S. nr. 269 (2008–2009). I samme avsnitt åpner komiteen for at «en noe større del av opptrappingen på disse innsatsområdene kan gå gjennom multilaterale kanaler som FN, Verdensbanken og de globale helsefondene».
- 185 Loe, Lars Andreas (2015): Bærekraftsmålene – kostnader og strategiske valg, <http://www.noradbloggen.no/2015/11/baerekraftsmalene-kostnader-og-strategiske-valg/>
- 186 The Lancet anbefaler at bistandsmidler øremerket forskning og utvikling av medisiner for sykdommer som særlig rammer fattige land bør doubles, fra tre milliarder dollar per år til seks milliarder dollar per år

- innen 2020: "Today's tools will get us two thirds of the way, we need research and development. International community should support research and development for diseases disproportionately affecting LICs and LMICs." Lancet Commission Roundtable Discussion, The Lancet Commission, (December 2013), Global health 2035: a world converging within a generation, *The Lancet*, Vol 382, No. 9908, 1898-1955. Kommisjonen konkluderer med at det finnes fem hovedårsaker bak globale ulikheter på tilgang til helsetjenester: viktige aktører er ikke inkludert i beslutningsprosesser; svake mekanismer for ansvarliggjøring; institusjoner er ikke egnet for å tilpasse seg endrende omstendigheter; helse blir ikke gitt stort nok påtrykk i globale beslutningsorganer; man mangler institusjoner som kan fremme fokus på helse i viktige beslutningsorganer. The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health, *The political origins of health inequity: prospects for change*, The Lancet, February 2014, s. 16
- 187 Bastøe, Per Øyvind & Hansen, Stein (2015): *New Challenges and New Roles. Development Financing in the 21st Century*. Z-forlag. S. 199
- 188 Ibid. s. 201-202 & Erik Solheim på Civita frokost 15.04.15: <https://www.youtube.com/watch?v=3ug1RIYbW2I> Solheim påpekte at det ikke gjaldt en økning av skattenivået, men bedre mekanismer for innhenting av berettiget skatt. Tallet er aggregert for omkring hundre land hvorav noen rike selvfølgelig vil stå for meste-parten.
- 189 Xu, Ke; Saksena Priyanka & Holly, Alberto (2011): *The determinants of health expenditure*. WHO, Results for Development Institute. S. 15-16. Fungibilitetsforholdet er ikke én til én, og følgelig øker de totale utgiftene på helsetjenester, men likevel er det en motsatt tendens man bør etterstrebe. Der bistanden katalyserer økt hjemlig forbruk ved hjelp av økt skatteinngang.
- 190 Ravallion, Martin (2014): «ON THE ROLE OF AID IN THE GREAT ESCAPE», i: The Review of Income and Wealth 60, nr. 4. S. 976-977 Ravallion påpeker at selv bistand som tilsynelatende er bundet til konkrete prosjekter kan være fungibel. Det burde gjøre en skeptisk til hva man egentlig kan si om bistandseffektivitet, hevder Ravallion og påpeker at evalueringer derfor bør se på bistandens potensielle effekter i et langt bredere perspektiv. Når det gjelder privat sektor har man derimot eksempler på at bistand kan virke katalytisk. Men bistandens bidrag er – i den store sammenhengen – begrenset. Se UN WIDER (2014) Position Paper. Aid, Growth and Employment s. 57.
- 191 Deaton, Angus (2013): *The Great Escape, health, wealth and the origins of inequality*. Princeton University Press.
- 192 "Fiscal policies are the most powerful and underused lever for curbing non-communicable diseases and injuries." Roundtable Discussion with Dr. Gavin Yamey, Commission on Investing in Global Health (CIH). "Examples are tobacco tax, predicted to save China 20 million deaths and generate 20 billion US/y." The Lancet Commission, (December 2013), Global health 2035: a world converging within a generation, *The Lancet*, Vol 382, No. 9908, 1898-1955
- 193 Deaton, Angus (2013): *The Great Escape, health, wealth and the origins of inequality*. Princeton University Press.
- 194 The World Health Report. *Health systems financing: the path to universal health coverage* (2010). WHO S. 30.
- 195 Det er selvfølgelig risiko for at slike øremerkede avgifter kan medføre en reduksjon i statens generelle investeringer i helsesektoren og slik sett utligne effekten. Fungibilitetseffekten som man ofte ser ved bistandsoverføringer trer ofte inn med et mer differensiert nasjonalt inntektsgrunnlag.
- 196 Lancet Kommisjonen (2013) bruker økonomiske argumenter for å fremme investeringer i helse. Kommisjonen viser til at dødelighetsnedgang gir en økonomisk gevinst på cirka 11 prosent for lavinntektsland og middelinntektsland. Til tross for avkastningen ved å investere i helse påpeker kommisjonen at fordelene ved bedret allmenn helse aldri vil kunne vises fullverdig i tall og sifre – bedret helse er et mål i og for seg selv. Likevel kan det være av interesse for beslutningstagere å bruke kommisjonens utregninger av forventet økonomisk gevinst fra investeringer i helsetjenester Kommisjonen konkluderer blant annet med at 24 prosent av inntekstveksten til lav- og middelinntektsland mellom 2000 og 2011 resulterte direkte fra antall høyere forventet levealder, ofte referert til som VLY. The Lancet Commission, (December 2013), Global health 2035: a world converging within a generation, *The Lancet*, Vol 382, No. 9908, s. 1898-1955
- 197 Riksrevisjonen, Dokument 3:8 (2012-2013) Rapport. S. 9. I tillegg anbefales hyppigere bruk av feltbesøk som et tillegg til standardkravene.
- 198 Gómez, Eduardo (2014) «Smart Development» i: *Foreign Affairs*, February 5, 2014. Svakere vekst i fremvoksende økonomier som Kina, Brasil og Russland ble også bekreftet av OECD sine siste prognoser for 2015 og 2016. Selv om lave råvarepriser trekkes frem som avgjørende for manglende vekst er også manglende investeringer i helse og utdanning underliggende årsaker. <http://www.norway-oecd.org/currentissues/Interim-Economi-Outlook-Mer-usikker-utvikling-for-verdensokonomien/#.VgOwLhHtIBc>

- 199 Agnes Binagwaho & Paul Farmer et. al. (2014) *Rwanda 20 years on: investing in life*. Lancet, vol. 384, 26. Juli, s. 373. I følge forfatterne er det følgende ti sykdommer: difteri, stivkrampe, kikhoste, hepatitt B, haemophilus influenza B, polio, messlinger, røde hunder, pneumokokk, i tillegg til humant papilloma-virus.
- 200 Ocampo, Aimee Rae (2013): *Health funding in Africa: How close is the AU to meeting Abuja targets?* <https://www.devex.com/news/health-funding-in-africa-how-close-is-the-au-to-meeting-abuja-targets-81567>
- 201 Epost-korrespondanse med Dr. Paul Farmer, 14.07.15
- 202 Agnes Binagwaho & Paul Farmer et. al. (2014) *Rwanda 20 years on: investing in life*. Lancet, vol. 384, 26. Juli, s. 372. & epost-korrespondanse med Dr. Paul Farmer, 14.07.15
- 203 Dette begynte for alvor med Paris-erklæringen i 2005 der givere forpliktet seg til å innrette bistanden slik at enkeltland fikk mulighet til å prioritere og å planlegge utviklingen av offentlig sektor, og fortsatte med nye erklæringer i Accra og Busan.
- 204 Rapport 3/2013 – Evaluering av det norsk-indiske partnerskapsinitiativet for mødre og barnehelse.
- 205 David Booth et. al. (2015) *Developmental Regimes in Africa. Synthesis Report*. I dette paradokset ligger en historisk debatt innenfor utviklingsteori som i korte trekk dreier seg om rollefordelingen mellom staten, markedet og sivilsamfunnet. Et siste tilskudd til denne debatten er William Easterlys *The Tyranny of the Experts* der Easterly drøfter ulike utviklingsbaner basert på en hypotetisk debatt mellom Gunnar Myrdal og Friedrich Hayek.
- 206 Booth et. al. (2015) *Developmental Regimes in Africa Syntheses Report*. Overseas Development Institute. S. 32-33.
- 207 Se Booth et. al. (2015) *Developmental Regimes in Africa Syntheses Report*. Overseas Development Institute.
- 208 Epost korrespondanse med Dr. Paul Farmer, 14.07.15
- 209 Se: <http://theglobalfight.org/rwanda-aid-efficiencies-lead-to-health-improvements/>
- 210 Denne form for resultatbasert bistandsfinansiering er beskrevet mer i Civita-notatet om norsk landbruksbistand: <https://www.civita.no/2015/06/22/nytt-civita-notat-norsk-landbruksbistand-bistand-pa-lavbluss>
- 211 Agnes Binagwaho & Paul Farmer et. al. (2014) *Rwanda 20 years on: investing in life*. Lancet, vol. 384, 26. Juli, s. 373
- 212 Norad (2012) *Evaluation of the Norwegian Health Sector Support to Botswana* Report 10/2011 Vol. 1 s. 55, 74
- 213 Ibid s.59
- 214 Av de land som er definert som sårbare av OECD har de der mer enn 29 prosent av bistanden blir kanalisert gjennom nasjonale systemer som la best an i forhold til Tusenårsmålene. Epost korrespondanse med Dr. Paul Farmer, datert 14.07.15
- 215 Riksrevisjonen, Dokument 3:8 (2012-2013) Rapport. S.64-65.
- 216 Ibid. 60.
- 217 http://www.theglobalfund.org/en/mediacenter/newsreleases/2015-03-25_Reuters_Corrects_Inaccurate_Article_on_Global_Fund_Grants_to_Malawi/ Dette er forøvrig ikke første gang det Globale Fondet har møtt korrupsjonsproblematikken. De har fattet en rekke tiltak for å avdekke mislighold, bl.a. den såkalte Consolidated Transformation Plan se Innst. 300 S 2011-2012, s. 18.
- 218 Ibid. 65.
- 219 Agnes Binagwaho & Paul Farmer et. al. (2014) *Rwanda 20 years on: investing in life*. Lancet, vol. 384, 26. Juli, s. 372.
- 220 Farmer, Paul (2013) "Rethinking Foreign Aid", i: *Foreign Affairs*, December 12, 2013. Riksrevisjonen målbærer denne skepsisen på generell basis når det understrekes at mer fleksible bistandsoverføringer som budsjettstøtte «der norsk forvaltning har mer begrenset kontroll» er risikabelt. Riksrevisjonen, Dokument 3:8 (2012-2013) Rapport. S. 34
- 221 Norad (2012) *Evaluation of the Norwegian Health Sector Support to Botswana* Report 10/2011 Vol. 1 s. 74
- 222 Epost korrespondanse med Dr. Paul Farmer, datert 14.07.15
- 223 Farmer, Paul (2013) "Rethinking Foreign Aid", i: *Foreign Affairs*, December 12, 2013. Bistand er ikke ansett som høyrisiko hva gjelder korrupsjon. I alle fall ikke ved førstehåndsl levering, men her er det utfordringer knyttet til definisjon og metode for kartlegging. Hvis man ser på hvor mye som når sluttmottakerne operer FN med helt andre tall: "Thirty percent of development aid last year failed to reach "its final destination" owing to corruption": <https://www.devex.com/news/30-percent-of-aid-lost-to-corruption-ban-ki-moon-78643>
- 224 <http://www.gfintegrity.org/issues/data-by-country/> & *Illicit Financial Flows From Africa: Hidden resources for development*. Global Financial Integrity. S. 11 & 14.
- 225 Ravallion, Martin (2014): «ON THE ROLE OF AID IN THE GREAT ESCAPE», i: *The Review of Income and Wealth* 60, nr. 4. S. 979 – 981. Interessant nok mener Ravallion at et høyt nivå av bistand kan være nød

- vendig i de mest sårbare landene. Dette går direkte imot hva f.eks. Angus Deaton mener om bistandens avtagende grensenytte: det er grenser for hvor mye et svakt utviklingsland kan absorbere på en effektiv og hensiktsmessig måte.
- 226 Se: <http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Development/Nutrition>
- 227 Meld. St. 25 (2013-2014) *Education for Development*. Utenriksdepartementet, s. 16. & Skype with Harriet Birungu, Country Director Population Council Kenya Office, 21.05.2015
- 228 Ifølge WHO var 63 prosent av dødsfall i 2013 forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer. World Health Organization, *Global Status Report on non-communicable diseases*, World Health Organization, 2010
- 229 OECD DAC <http://www.oecd.org/dac/stats/health-related-aid-data.htm>
- 230 Se: <http://www.actionforglobalhealth.eu/our-work/financing-for-health/oda-for-health.html>
- 231 Møgedal, Sigrun (2012): «Global helse – nye muligheter eller gammelt nytt?» I: *Internasjonal Politikk*. Universitetsforlaget. Årgang 70, nr. 2. S. 232. Se også Stortingets utenriks- og forsvarskomité's innstilling 300 S. 2011-2012, s. 16: «Langsiktig arbeid med normative og mer allmenne målsettinger er ikke like enkle å angi resultatmål for og dermed mobilisere penger til [...] Komiteen vil understreke at utviklingen av landsdekkende helsesystemer med kvalifisert personell og nødvendig utstyr er en nødvendig betingelse [...] uten det kan det ikke skapes en vedvarende evne til å nå fram med nødvendig helsehjelp»
- 232 Innspill fra Tore Godal, Civita Workshop, 29.04.2015 & møte med Helga Fogstad Avdelingsdirektør (Helse, utdanning og forskning) og Gerd Hanne Fosen, Head of section (Helse, utdanning og forskning), 25.03.15. I følge UN WIDER er det viktig likevel å ha realistiske forventninger om hvordan bistanden kan bidra til å [generere andre investeringer. Bistanden vil trolig aldri kunne spille en avgjørende rolle for utviklingen i fattige land. UN WIDER \(2014\) Position Paper. Aid, Growth and Employment s. 57.](#)
- 233 Et annet eksempel er hvordan telefirmaer gir ut gratis mobiltelefoner med mål om å både bedre tilgangen til helsetjenester og for å åpne opp nye konsummarkeder for sine produkter.
- 234 Se: <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/01/27/world-bank-group-president-world-dangerously-unprepared-future-pandemics>
- 235 Se: <http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/pandemic-emergency-facility-frequently-asked-questions> Her presenteres også en ny *Pandemic Emergency Facility* som vil benytte markedet for å sikre land mot nye utbrudd. En rapport publisert av Redd Barna (2015) viser at opprydningen etter Ebola-krisen kostet nærmere tre ganger det det ville kostet å bygge ut et helsesystem rustet til å takle utbruddet. I følge Redd Barna kostet Ebola-krisen verdenssamfunnet nærmere 4,3 milliarder dollar. Dette er 15 ganger mer enn Sierra Leone, Liberia og Guinea sine samlede helsebudsjett. Rapporten finner videre at mer enn 28 land har svakere helsesystemer enn Liberia. Save The Children Report, "A Wake Up Call: lessons from Ebola for the world health systems", 2015.
- 236 Beslutningen om at Norge skulle gå i front for resultatbasert finansiering ble tatt på øverste politiske plan. Den direkte involveringen fra Statsministerens Kontor (SMK) var med på å få Verdensbanken med på å etablere "The Health Results and Innovation Trust Fund" (HRITF) i 2007. HRITF forblir hovedmekanismen for implementering av resultatbasert finansiering i norsk bistand, med prosjekter i mer enn 30 land. Verdensbankens fond for resultatbasert finansiering (HRITF) er et flergiverfond støttet av Norge og britiske DFID. Fondet som er et av de største helsefondene i Verdensbanken mottok 168 millioner NOK fra Norge i 2013. Norge har forpliktet seg på 2,1 milliarder kroner i perioden 2007 til 2022. Fondet støtter bl.a. utprøving av ulike former for resultatbasert finansiering i rundt 38 pilotprogrammer. Norge har i tillegg brukt resultatbasert finansiering i bilaterale utviklingssamarbeid med helsesektorene i Tanzania, Malawi, India og Nigeria. Til tross for tidlige tegn på at finansieringsmodellen er mer kostnadseffektiv enn andre finansieringsmekanismer, er det stadig behov for mer evaluering og dokumentasjon av effekten av resultatbasert finansiering i ulike kontekster. I Rwanda førte bruk av resultatbasert finansiering til 23 prosent flere fødsler på klinikker enn på øvrige klinikker (Norads resultatrapport 2013 – helse og utdanning, s. 3). Til nå er denne formen for finansiering først og fremst blitt testet i ulike pilotprosjekter og det er behov for mer evaluering for å etablere hvorvidt resultatbasert finansiering fører til styrkede helsetjenester. Forskerne Johan Helland og Ottar Mæstad konkluderer på sin side: «Results-based financing is not a uniform intervention, but encompass a range of different incentive mechanisms, different indicators and level of payments, and are likely to have different impacts in different contexts. A substantial body of research is therefore needed to draw general conclusions» Helland, Johan & Mæstad, Ottar (2015), *Basis for decisions to use Results Based Payments in Norwegian Development Aid*, Chr. Michelsen Institute (CMI), Bergen, Norway & Stortingsmelding Prop. 1 S 2014-2015: Rapport for Samstemt Politikk for Utvikling: Norge og de nye utviklingsmålene 2015-2030 s. 317.
- 237 Helland, Johan & Mæstad, Ottar (2015): Experiences with Results-Based Payments in Norwegian Development Aid. Report 4/2015, Norad. S, 3.
- 238 Ibid. S. 5

- 239 Mugeni, Cathy et. al (2011): *Community performance-based financing in health*. Draft Background Paper 20. World Conference on Social Determinants of Health.
- 240 Ibid.; Perakis, Rita & Sacedoff, William (2015): *Does results-based aid change anything? Pecuniary interests, attention, accountability and discretion in four case studies*. Policy Paper 052, Center for Global Development; Lindkvist, Ida & Bastøe, Per Øyvind (2015): *Results-based financing has potential but is not a silver bullet*. Discussion Paper // Report 4&5, Norad; *Evaluation of the Health Results Innovation Trust Fund*, Report 4/2012, Norad.
- 241 Dette er også en svakhet ved randomiserte studier (RCTs) som i økende grad blir benyttet i bistand og utvikling. Randomiserte studier kan gi langt bedre svar på hva som fungerer og ikke, men det grunnleggende spørsmålet innenfor utviklingsstudier – nemlig hvorfor – forblir ubesvart.
- 242 Perakis, Rita & Sacedoff, William (2015): *Does results-based aid change anything? Pecuniary interests, attention, accountability and discretion in four case studies*. Policy Paper 052, Center for Global Development.
- 243 Lindkvist, Ida & Bastøe, Per Øyvind (2015): *Results-based financing has potential but is not a silver bullet*. Discussion Paper // Report 4&5, Norad. S. 6.
- 244 Ibid. Ofte er alternativet nemlig en tradisjonell økning av ressursene. Hvis effekten ikke har noe å gjøre med de innførte incentivene vil det være mer kostnadseffektivt å kun overføre ressurser. Å sende penger uten klare betingelser knyttet til resultater kan høres naivt ut, men studier og erfaringer fra kontantoverføringer sier noe annet. Betingelser knyttet til kontantoverføringer har som utgangspunkt at mottakere har tatt et bevisst valg basert på holdninger. Innføring av incentiver er ment å endre dette. Men hvis foreldres valg om ikke å sende sine barn til skole er hviler på fattigdom vil betingelsesløs kontantoverføring være vel så effektivt, ettersom familienes motivasjon allerede er på plass. Kort sagt: fordi foreldre i utgangspunktet ønsker å sende barna på skole viser studier at det ikke er forskjell på programmer med eller uten betingelser. Begge modeller synes å virke bra.
- 245 Helland, Johan & Mæstad, Ottar (2015): *Experiences with Results-Based Payments in Norwegian Development Aid*. Report 4/2015, Norad. S. 25.
- 246 *Results-based Financing for Health* (2013). Africa Health Forum. The World Bank.
- 247 Verdensbanken sin lånedordning for lavinntektsland (IDA) er tett knyttet opp til Verdensbankens fond for resultatbasert finansiering (HRITF). Stortingsmelding Prop. 1 S 2014-2015: Rapport for Samstemt Politikk for Utvikling: Norge og de nye utviklingsmålene 2015-2030, s. 317. Mer info se <http://data.worldbank.org/indicator/FR.INR.LEND/countries>
- 248 The Lancet Commission, (December 2013), Global health 2035: a world converging within a generation, *The Lancet*, Vol 382, No. 9908, 1898-1955,
- 249 Innspill fra Tore Godal, Civita Workshop, 29.04.2015
- 250 GLOBVACs hovedmål er «å støtte forskning av høy kvalitet med potensial for i stor grad å bidra til vedvarende helseforbedringer og utjevning av helseforskjellene for fattige mennesker i lavinntekts- og lavere mellominntektsland».
- 251 Norad (2015), Report 7/2015: *Evalutaion of Norwegian Multilateral Support to Basic Education: Synthesis Report*.
- 252 Hanushek, Eric A. & Woessmann, Ludger (2015): «Teach the World» i: Foreign Affairs, August. <https://www.foreignaffairs.com/articles/2015-08-20/teach-world>
- 253 De viser til de enorme potensielle økonomiske gevinstene selv slike grunnleggende ferdigheter hos befolkningen kan ha for et utviklingsland.
- 254 Prop. 1 S (2014-2015) for budsjettåret 2015. S. 207.
- 255 <http://www.bistandsaktuelt.no/nyheter/2015/kutt-for-a-kunne-oke/>
- 256 Innst. 125 S (2014-2015), kap. 2: «Dersom gode læringsresultater skal utløse finansiering, er det både en fare for at skolen overfokuserer på det som er kvantifiserbart på bekostning av andre verdier ved utdanning, og at marginaliserte grupper skyves ut, fordi de har dårligere forutsetninger for å oppnå gode resultater. Det er derfor uhyre viktig å bruke tid på å definere hvilke resultater man vil premiere, hvordan disse skal måles og hvilke forutsetninger som må være til stede før man eventuelt tar i bruk resultatbasert finansiering.»
- 257 Hør f.eks. Sidsel Roalkvam i Ekko: <https://radio.nrk.no/serie/ekko-hovedsending/MDSP25018915/22-09-2015#>
- 258 The World Health Report. *Health systems financing: the path to universal health coverage* (2010). WHO S. 34. For en drøfting av de negative virkningene av omskiftelige bistandsprioriteringer hos giverland se Civita notat nr. 5/2015, *Jakten på resultater i norsk bistand*, Nikolai Hegertun: <https://www.civita.no/publikasjon/nr-5-2015-jakten-pa-resultater-i-norsk-bistand>

- 259 En viss forutsigbarhet var det i form av at Stortinget har forpliktet seg på deler av helsesatsingen fram til 2020 gjennom romertallsvedtak.
- 260 McNeill, Desmond & Sandberg, Kristin Ingstad (2014): «Trust in Global Health Governance: The GAVI Experience» i: *Global Governance* 20, s. 340.
- 261 Ibid.
- 262 Se Einar Lie i Aftenposten: <http://www.aftenposten.no/meninger/kommentarer/Selv-en-veldig-darlig-film-kan-fortelle-en-interessant-historie--Einar-Lie-8160274.html>
- 263 Ravallion, Martin (2014): «ON THE ROLE OF AID IN THE GREAT ESCAPE», i: *The Review of Income and Wealth* 60, nr. 4. S. 976 – 977
- 264 Dollar, David & Levin, Victoria (2004): *The Increasing Selectivity of Foreign Aid, 1984-2002*, s. 11-12
- 265 Som nevnt under punkt 4.1. viser ny forskning at et styrende parti med tradisjoner for konsensusbygging, et kompetent og autonomt embetsverk, eller en kritisk masse av utdannede og informerte mennesker som kan stille sine egne politiske ledere ansvarlige er essensielt her.