
Norges Handelshøyskole
Bergen, våren 2008

Helse, Økonomisk Vekst og Utvikling

*Hva er bakgrunnen for avstanden mellom fastsatte målsetninger og resultater
i den internasjonale helsepolitikken?*

Masterfagsutredning i Samfunnsøkonomi

Johanna Ellefsen Rostad

Veileder Bertil Tungodden

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomisk-administrative fag ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjennelsen innebærer ikke at Høyskolen innestår for de metoder som er anvendt, de resultater eller konklusjoner som er fremkommet i arbeidet.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	2
Innledning	4
Forkortelser og definisjoner	10
<i>DEL I MÅL, RESULTATER OG FORSLAG TIL TILTAK FOR Å IMØTEGÅ UTFORDRINGER I DEN GLOBALE HELSESITUASJONEN</i>	12
1 Målsetninger og faktisk utvikling i den globale helsesituasjonen.....	13
1.1 Målsetninger i den internasjonale helsepolitikken.....	14
1.2 Den globale helsesituasjonen	15
2 Effekten av sektorspesifikk og generelle bistandsoverføringer	19
2.1 Omfanget av helserelevante og generelle bistandsoverføringer	20
2.2 Effekten av helserelevante og generelle bistandsoverføringer	22
3 Helsesituasjonen i dagens utviklingsland - en <i>fattigdomsfelle</i> ?	25
3.1 Modellpresentasjon.....	27
3.2 Helse og økonomisk vekst.....	29
3.3 <i>An exit strategy from the poverty trap</i>	32
3.4 <i>A Big Push Deja Vu?</i>	35
<i>DEL II BETINGELSENE FOR BISTAND SOM ET VIRKEMIDDEL FOR Å FREMME HELSE, ØKONOMISK VEKST OG UTVIKLING</i>	38
4 Bistandens dilemma	40
4.1 Fungibilitet.....	41
4.2 Bistandsavhengighet.....	44
4.3 Kondisjonalitet.....	46
5 Giverpolitikk	49
5.1 Ikke-altruistiske givermotiver	50
5.2 Manglende giverkoordinering.....	52
5.3 Selektivitet i internasjonal bistand.....	53
6 Mottakerforklaringer.....	57
6.1 Manglende vilje til å foreta helserelevante prioriteringer.....	58
6.2 Manglende evne til å utnytte ressurser effektivt	60
6.3 Inntektsnivå og inntektsfordeling	62
7 Helseinvesteringer og kravet om bistandseffektivitet.....	64
7.1 <i>Disability Adjusted Life Years</i>	66
7.2 DALYs- etiske og fordelingspolitiske implikasjoner.....	69
7.3 DALYs som grunnlag for helsepolitiske anbefalinger.....	71

<i>DEL III HELSE I DEN INTERNASJONALE BISTANDS- og UTVIKLINGSPOLITIKKEN</i>	74
8 Etableringen av det internasjonale utviklingssamarbeidet	76
8.1 Vertikale sykdomsspesifikke helseinitiativ	77
8.2 Det internasjonale utviklingssamarbeidet blir til	79
8.3 Big Push og The Golden Age of Economic Growth	81
9 Nye krav og økte ambisjoner	83
9.1 Ny Økonomisk Verdensorden	85
9.2 Primary Health Care	87
9.3 The Declaration of Alma-Ata	89
9.4 Fra PHC til SPHC	90
10 Fra gullalder til gjeldskrise	93
10.1 The Washington Consensus	94
10.2 Investing in Health	96
11 Den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken i dag.....	99
11.1 The Post Washington Consensus.....	101
11.2 Det <i>Nye</i> Bistandsparadigmet	103
11.3 Virkemidler i den internasjonale helsepolitikken i dag.....	105
11.4 Virkemidler og organiseringen av den internasjonale helsepolitikken i dag.....	108
12 Avsluttende betraktninger	111
Litteraturliste.....	123

Innledning

I 1978, i forbindelse med undertegnelsen av *The Declaration of Alma-Ata* forpliktet verdens ledere seg til å jobbe for målsetningen om *Health for All Within Year 2000*. Helse for alle var imidlertid langt i fra virkelighet da det ble gjort opp status og besluttet å jobbe mot 2015 og Millenniumsmålene. Halvparten av de fastsatte Millenniumsmålene er rettet mot et ønske om å utbedre helsesituasjonen i dagens utviklingsland. Igjen skal verdenssamfunnet jobbe mot å begrense de inntektsrelaterte forskjellene i den globale helsesituasjonen. Utbedringer i helsesituasjonen i dagens utviklingsland betraktes som svært sentralt for *kampen mot fattigdom*.

Millenniumsmålene for helse har en rekke likhetstrekk med målsetningene som ble lansert i forbindelse med Alma-Ata Deklarasjonen. Relanseringen av tidligere målsetninger danner også grunnlaget for denne utredningen og min problemstilling som er:

- *Hva er bakgrunnen for avstanden mellom fastsatte målsetninger og resultater i den internasjonale helsepolitikken?*

Jeg har foretatt et utvalg av studier og litteratur som hevder å forklare bakgrunnen for de vedvarende utfordringene i den globale helsesituasjonen. Jeg har også sett på enkelte bidrag som mener å gi svar på hvordan vi best skal oppnå de fastsatte Millenniumsmålene for helse. Jeg vil argumentere for at økt innsikt omkring bakgrunnen for den påviste avstanden mellom målsetninger og virkelighet er et viktig grunnlag for å vurdere betingelsene for det som er blitt lansert som løsninger på de gjeldende utfordringene i den globale helsesituasjonen.

Det foreligger en rekke forslag til tiltak for å imøtegå de fastsatte Millenniumsmålene for helse. Et viktig bidrag er rapporten *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, utarbeidet av den toneangivende økonomen Jeffrey D. Sachs et. al (2001) på oppdrag av Verdens Helseorganisasjon. I kommisjonsrapporten kommer det fram at økninger i generelle og sektorvise bistandsoverføringer forblir en avgjørende forutsetning for å nå Millenniumsmålene innen den fastsatte tidsrammen. Hva angår den påviste avstanden mellom målsetninger og virkelighet, blir det hevdet at dette i all hovedsak skyldes at satsing og omfanget på bistandsoverføringene ikke har vært tilstrekkelig store.

Jeg vil argumentere for at den nokså entydige fokuseringen på volum som en forklaring på begrensede resultater innebærer at man utelater diskusjonen omkring valg av virkemidler og den faktiske utnyttelsen av bistandsmidlene. En slik diskusjon er viktig fordi det vil bidra til økt forståelse for årsakene til den begrensede sammenhengen mellom målsetninger og faktiske resultater. Jeg tror også vi kan være tjent med å ta stilling til dette før vi foretar økninger i helsebistanden i størrelsesordenen som antydnet i rapporten til kommisjonen for makroøkonomi og helse (2001). Økt forståelse for vilkårene for bistandsfinansierte tiltak og investeringer er også nyttig for å vurdere betingelsene for det som er blitt lansert som løsninger på gjeldende utfordringer i den globale helsesituasjonen.

William Easterly har ved en rekke anledninger påpekt at vi bør ta et oppgjør med det han betegner som *bistands- og utviklingspolitikkers paradoks* (Easterly, 2001; 2003). Til tross for over femti år med systematisk innsats, står vi overfor vedvarende problemer knyttet til økonomisk vekst og fattigdomsbekjempelse. Easterly hevder at et overdrevet høyt ambisjonsnivå i flere tilfeller har vist seg å undergrave resultatene til bistandsfinansierte tiltak og investeringer. Han hevder at økt realisme og utvidet bruk av kritiske evalueringer forblir avgjørende for å bedre betingelsene og utbedre kvaliteten på internasjonal bistand. Easterly er på ingen måte beskjedent i sin kritikk av tidligere og pågående bistandstiltak. Nokså gjennomgående for Easterly, er imidlertid at han i liten grad bidrar til nytenkning. Han kritiserer, men fremmer i liten grad forslag til alternative løsninger på de gjeldende utfordringene. Jeg vil ikke legge skjul på at Easterlys beskrivelse av bistand og utviklingspolitikken og hans tilhørende profetier for dets framtidige skjebne har vært en svært viktig motivasjon for arbeidet med denne utredningen.

Gjennomgående for utredningen er også et ønske om å stille spørsmål til noe av rammeverket og modellapparatet som brukes som grunnlag for evalueringer og helsepolitiske anbefalinger.

Det foreligger en rekke bidrag som ser på sammenhengen mellom helse, økonomisk vekst og utvikling. Et viktig bidrag fra økonomifaget er aggregerte analyser som forsøker å avdekke den faktiske årsakssammenhengen mellom investeringer i helse og dets betydning for økonomisk vekst og utvikling. Aggregerte analyser illustrerer på mange måter økonomifagets styrke og svakheter. Fagets styrke er evnen til å kartlegge overordnede kausalitetsforhold, som igjen kan gjøres til gjenstand for generiske modeller. En opplagt svakhet ved slike analyser er imidlertid at de utelater en rekke forhold av relevans for den totale årsakssammenhengen. Det er avgjørende å ha kjennskap til disse forholdene i tilfeller hvor slike analyser benyttes som grunnlag for evalueringer og politiske anbefalinger.

Det er liten tvil om at det foreligger en rekke situasjonsspesifikke forhold som bestemmer den faktiske sammenhengen mellom helse, økonomisk vekst og utvikling. Variasjoner mellom land og regioner understreker viktigheten av å kartlegge forhold som kan bidra til å forklare manglende resultater forbundet med helse relaterte tiltak og investeringer i utviklingsland. For å få et mer komplett bilde av virkeligheten kreves det at vi tar høyde for dette. Jeg vil argumentere for at kjennskap til disse forholdene også kan bidra til økt forståelse for bakgrunnen for avstanden mellom målsetninger og virkelighet i den globale helsesituasjonen.

Det er verdt å understreke at den påviste avstanden mellom mål og virkelighet ikke lar seg forklare utelukkende med utgangspunkt i forhold på mottakersiden. Den lanserte problemstillingen angår også giverpolitiske forhold. Effektiviteten til bistandsoverføringer vil blant annet kunne påvirkes av givernes motivasjon for å gi og yte bistand, i tillegg til hvorvidt giverne evner å koordinere sine aktiviteter i mottakerlandene.

Et ytterligere forhold av betydning er knyttet til utforming og valg av virkemidler. Det er i hovedsak giverne som utformer målsetninger og tilhørende virkemidler i den internasjonale helsepolitikken. Relanseringen av de helsepolitiske målsetningene fra Alma-Ata

Deklarasjonen må ses i sammenheng med forhold som berører valg av virkemidler og den faktiske organiseringen av den internasjonale helsepolitikken.

Utredningen er delt inn i tre deler. I del I vil jeg foreta en gjennomgang av: *Mål, resultater og forslag til tiltak for å imøtegå utfordringene i den globale helsesituasjonen.*

Jeg vil innlede med en gjennomgang av det som har vært de dominerende målsetninger i den internasjonale helsepolitikken, for så å se utviklingen i den globale helsesituasjonen i den foregående femtiårsperioden. Gjennomgangen viser at en positiv utvikling til tross, er bildet på ingen måte like entydig i alle land og regioner. Inntektsrelaterte og regionale forskjeller er et påfallende trekk ved den globale helsesituasjonen. Sistnevnte forhold understreker relevansen av relanseringen av målsetningene fra Alma-Ata Deklarasjonen.

I andre kapittel følger en gjennomgang av utviklingen i omfanget av helsespesifikk og generelle bistandsoverføringer i perioden fra 1950 og fram mot i dag. Her skal vi se at innfasingen av helsespesifikke overføringer har vært økende. Ser vi imidlertid på omfanget av helsebistand per innbygger (i mottakerlandene) er imidlertid bildet noe mer tvetydig. Det er vanskelig å tyde noen direkte sammenheng mellom lanseringen av Alma-Ata Deklarasjonen og nivået på helsespesifikke bistandsoverføringer i perioden deretter.

Det finnes en rekke forslag til løsninger på hvordan vi best imøtegår de fastsatte Millenniumsmålene. Et fellestrekk for en rekke bidrag, er antakelsen om at begrensede resultater i all hovedsak skyldes at omfanget på overføringene ikke har vært tilstrekkelig store. I kapittel 2 og 3 følger en gjennomgang av ulike bidrag som hevder at de gjeldende utfordringene i den globale helsesituasjonen best løses ved å øke omfanget på generelle og sektorspesifikke bistandsoverføringer.

Dette er blant annet konklusjonen i en studie av verdensbaksøkonomene Mishra og Newhouse (2007). De hevder å finne grunnlag for at helsebistand har bidratt til å redusere omfanget av spedbarnsdødelighet. Avstanden mellom målsetninger og virkelighet forklares derfor med at målene i for liten grad følges opp av økt innsats og økninger i omfanget på bistandsoverføringene. De holder fast på at en vesentlig økning i helsespesifikke bistandsoverføringer forblir en absolutt forutsetning for å nå de fastsatte Millenniumsmålene for helse.

Anbefalningene til Mishra og Newhouse (2007) får også støtte i rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* (Sachs et. al 2004). Her blir det ikke lagt vesentlig vekt på å avdekke hvorvidt helsebistanden virker. Rapporten viser imidlertid til klassisk økonomisk vekstteori, og hevder at helsesituasjonen i en rekke land i Afrika sør for Sahara utgjør en *fattigdomsfelle*. Bærende for argumentasjonen er at politisk satsing og en vesentlig økning bistandsoverføringer ikke bare vil bidra til å fremme helsesituasjonen i regionen. Investeringer i helse har også en *instrumentell verdi*. Investeringer og tilhørende forbedringer i helsesituasjonen i dagens utviklingsland betraktes som et virkemiddel for å bedre vilkårene for økonomisk vekst og utvikling.

Easterly argumenterer for at begrensede resultater forbundet med tidligere tiltak bør ses i sammenheng med den rådende antakelsen om at bekjempelse av fattigdom er en enkel, men

storstilt prosess. I artikkelen *Big Push Deja Vu?* (2001) kritiserer han Sachs' ideer og hevder hans forslag til reformer i helsesektoren kan betraktes som en renessanse av gamle virkemidler. Han viser til begrensede resultater forbundet med tidligere tiltak, og argumenterer for at dette er grunnlag nok for å tilbakevise optimismen som er gjennomgående for ideene som fremmes av Sachs og kommisjonen for makroøkonomi og helse (2001). Han hevder videre at vi er tjent med å gå bort fra antakelsen om at økte bevilgninger vil løse de gjeldende utfordringene i den globale helsesituasjonen. Han beskylder de internasjonale bistandsorganisasjonene for en ukritisk holdning til allokeringen av bistandsmidler, og hevder at *"...aid volume is more noticeable than the changes"* (Easterly, 2003). Easterly etterlyser økt bruk av evalueringer av tidligere og pågående bistandstiltak, og argumenterer for at bedring av *kvaliteten* bør komme før vi foretar vesentlige økninger i omfanget av bistandsoverføringene.

I del II, *Betingelsene for bistand som et virkemiddel for å fremme helse, økonomisk vekst og utvikling* stiller jeg derfor spørsmålet:

- *Hva er avgjørende betingelser for bistand som et virkemiddel for å fremme helse, økonomisk vekst og utvikling?*

Hensikten med gjennomgangen er ønsket om å kartlegge ulike forhold som bidrar til å vanskeliggjøre bruk av bistand som et virkemiddel for å fremme vedvarende vekst og utvikling. Antakelsen er at det som betraktes som grunnleggende betingelser for å sikre effektiviteten forbundet med generelle bistandsoverføringer også kan bidra til økt innsikt for vilkårene for sektorbaserte tiltak og investeringer. I drøftingen vil jeg både se på mottaker og giverpolitiske forhold.

Økt bevissthet omkring betingelsene for bistand kan ses i sammenheng med Verdensbanksrapporten *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why* (1998). Her het det at bistand er effektiv, men kun dersom den gis til land der myndighetene fører en fornuftig økonomisk politikk. Viktige premisseleverandører for studier i forkant og etter rapportutgivelsen var blant annet verdensbanksøkonomene Burnside og Dollar (2000; 2004). I en rekke påfølgende artikkelserier ble det hevdet at effekten av bistand avhenger av *institusjonell kvalitet* og politisk vilje i mottakerlandene. Bakgrunnen for denne påstanden er funn som viser at bistand virker i mottakerland som karakteriseres av sterke institusjoner og en fornuftig økonomisk politikk.

Jeg vil se nærmere på påstanden om at effekten av bistanden avhenger av institusjonell kvalitet. Betydningen av institusjonell kvalitet åpner for en drøfting om hvorvidt manglende resultater forbundet med helserelaterte tiltak og overføringer kan forklares av begrenset evne og vilje på mottakersiden. Her vil jeg se på forhold som politisk vilje til reformer, elementer ved allokeringssystemet, samt karakteristika ved gjeldende helsetjenester i mottakerlandene. Avslutningsvis vil jeg også stille spørsmål til de helse- og fordelingspolitiske implikasjonene som følger med anbefalingen om *selektivitet* i valg av mottakerland.

Som bistandsform er helseinvesteringer underlagt kravet om *bistandseffektivitet*. Bistandseffektivitet som begrep ble først etablert på 1990-tallet, og har fått en stadig mer sentral rolle i den internasjonale bistandsdebatten (Tarp, 2004). Til tross for skepsis synes det

å være en nokså bred enighet om at bistandseffektivitet er en forutsetning for at en implementering av bistandsfinansierte prosjekter skal gi tilfredsstillende resultater. Effektivitetsvurderinger og ønsket om å bedre betingelsene til helsebistanden var også den uttalte hensikten med å kartlegge *The Global Burden of Disease* (GBD) ved bruk av faktoren *Disability Adjusted Life Years* (DALYs). Murray og Lopez (1997) hevder blant annet at;

“The assessment of the public-health has been hampered by the lack of common methods to investigate the overall, worldwide burden of disease. The Global Burden of Disease Study (GBD) provides a standardised approach to epidemiological assessment and uses a standard unit, the disability-adjusted life year (DALY), to aid comparisons.”

Avslutningsvis i del II vil jeg se nærmere på de mulige etiske og fordelingspolitiske implikasjoner forbundet med økt bruk av evalueringer og det tilhørende kravet om bistandseffektivitet i den internasjonale helsepolitikken. I drøftingen vil jeg ta utgangspunkt i implikasjonene som følger med bruken av DALYs som et grunnlag for helsepolitiske anbefalinger.

I del III, *Helse i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken*, skal vi se at det som til enhver tid er blitt betraktet som bistandens hensikt og ideelle virkemidler har vært gjenstand for betydelige vekselvirkninger. Endringene gjelder både i forhold til valg av bistandsform, virkemidler og allokeringskanaler. Utviklingen gjenspeiles også retorisk. Det som en gang startet som et kappløp for *økonomisk vekst* betegnes i dag som en *kamp mot fattigdom*.

Helse har gått fra å være en avskjermet del, til å delvis dominere agendaen i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Økt vektlegging av de sosioøkonomiske forhold kan forklare bakgrunnen for at helsesituasjonen i dagens utviklingsland betraktes som en avgjørende dal av kampen mot fattigdom. På tilsvarende måte har også en økt anerkjennelse av den *instrumentelle verdien* av investeringer i helse bidratt til økt forståelse for viktigheten av utbedre helsesituasjonen i dagens utviklingsland. I boken *Development as Freedom* argumenterer Amartya Sen (1999) for at retten til god helse er et middel like mye som et selvstendig mål for økonomisk vekst og utvikling. Han hevder dette begrunner relevansen av helsepolitiske prioriteringer i den overordnede bistands- og utviklingspolitikken.

En stadig vekselvirkning i forhold til valg av virkemidler er et annet påfallende trekk ved utviklingen i den internasjonale helsepolitikken. I et notat fra organisasjonen *Disease Control Priorities Project* heter det at;

“Efforts to improve health in low- and middle-income countries over the past 50 years can be divided into a number of periods, with pendulum swings between focused, disease-specific support and broader health service or health system support.”

Bakgrunnen for vekselvirkninger i valgte virkemidler er langt mer mangfoldig enn det som fremkommer av denne beskrivelsen. Helse i bistands- og utviklingspolitikken kan ikke marginaliseres til en analyse med to dimensjoner.

Økt betydning av multilaterale aktører og internasjonale organisasjoner fører til at utformingen av bistandspolitikken i stadig større grad følger dominerende skift i *internasjonale bistandsparadigmer*. Bistandsforskningen i tillegg til organisasjoner innenfor FN

samt Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet er sentrale premissleverandører som har bidratt og fortsetter å bidra til denne utviklingen. Med begrepet *bistandsparadigme* mener jeg derfor å vise til overordnede og internasjonalt gitte antakelser omkring sammenhengen mellom bistand, økonomisk vekst og utvikling. Jeg vil argumentere for at en stadig internasjonalisering og harmonisering understreker viktigheten av å kartlegge bakgrunnen for foregående og forestående skift i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Tilsvarende viktig er det også å se på grunnlaget for koordinering og utveksling av kunnskap mellom de internasjonale institusjonene.¹

Verdens Helseorganisasjon har utvilsomt vært en sentral premissleverandør for det som antas å være de gjeldende målsetninger og tilhørende virkemidler for å fremme helsesituasjonen i fattige land og blant fattige. Jeg vil argumentere for at det som til enhver tid har blitt betraktet som en gunstig tilnærming for å imøtegå helserelaterte problemstillinger i fattige land også har endret seg i tråd med de overordnede paradigmeskiftene som har preget internasjonal bistand. Vi gjenfinner skiftene i det generelle bistandsparadigmet i utformingen av målsetninger og virkemidler i den internasjonale helepolitikken. Dette betyr at endrede målsetninger og virkemidler er et resultat av sektorspesifikke og overordnede skift i det generelle bistandsparadigmet. I siste delen av utredningen skal vi se at den internasjonale helsepolitikken domineres av fire helsepolitiske paradigmer, som i ulik grad reflekterer de sektorspesifikke og overordnede skiftene i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Den første perioden dominert av *vertikale sykdomsspesifikke kampanjer*, perioden i etterkant av *Alma-Ata Deklarasjonen* (1978), tiltak i kjølevannet av Verdensbanksrapporten *Investing in Health* (1993) og dagens helsepolitiske agenda tilknyttet *Millenniumsmålene* (2000).

Stadige skift i målsetninger og tilhørende virkemidler i den internasjonale helsepolitikken er bakgrunnen for spørsmålet:

- *Kan organiseringen av bistands- og utviklingspolitikken forklare den påviste avstanden mellom målsetninger og virkelighet i den internasjonale helsepolitikken?*

For å besvare dette spørsmålet har jeg foretatt en historisk drøfting av det som har vært dominerende målsetninger og virkemidler i den internasjonale helsepolitikken fra 1950-tallet og fram mot i dag. Betydningen av skift i det overordnede bistandsparadigmet er bakgrunnen for at drøftingen også berører utviklingen i den generelle bistands- og utviklingspolitikken. Sentralt for analysen er ønske om å avdekke grunnlaget for de stadige endringene i målsetninger og tilhørende virkemidler for den internasjonale helsepolitikken. Skyldes skiftene tilpasning til nye utfordringer basert på erfaringsbasert kunnskap, eller er det andre forklaringer på de påviste vekselvirkningene i målsetninger og valgte virkemidler i den helserelaterte bistandspolitikken? Hvilke implikasjoner har dette for koordineringen og kunnskapsutvekslingen mellom de internasjonale bistandsorganisasjonene?

¹Med avtaler som *The Paris Declaration* (2005) understrekes viktigheten av å kartlegge bakgrunnen for foregående og forestående skift i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Deklarasjonen er: "...an international agreement to which over one hundred Ministers, Heads of Agencies and other Senior Officials adhered and committed their countries and organisations to continue to increase efforts in harmonisation, alignment and managing aid for results with a set of monitorable actions and indicators."

Forkortelser og definisjoner

DAC	Development Assistance Committee
DAG	Development Assistance Group
DCPP	Disease Control Priorities Project
HIPC	Highly Indebted Poor Countries
IBRD	International Bank for Reconstruction and Development
IDA	International Development Association
IRCD	International Development Research Centre
ITNs	Insecticide-treated mosquito nets
NGO	Non-governmental organisation
Norad	Norwegian Agency for Development Assistance
NPM	New Public Management
NØV	Ny Økonomisk Verdensorden
OA	Official Aid
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
ODA	Official Development Assistance
OHS	Organization of Health Services
PHC	Primary Health Care
PSA	Project systems Analysis
RECS	Research in Epidemiology and Communication Services
SAF	Structure Adjustment Facilities
SAL	Structure Adjustment Lending
SAP	Structure Adjustment Programmes
SUNFED	Special United Nations Fund for Economic Development
SPHC	Specific Primary Health Care
TDHS	Tanzania Demographic and Health Survey
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	U.S. Agency for International Development

WB	World Bank
WBDR	World Bank Development Report <i>1993-Investing in Health</i>
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organization

DEL I

MÅL, RESULTATER OG FORSLAG TIL TILTAK FOR Å IMØTEGÅ UTFORDRINGER I DEN GLOBALE HELSESITUASJONEN

I kapittel 1 følger en gjennomgang av det som har vært dominerende målsetninger i den internasjonale helsepolitikken siden etableringen av Verdens Helseorganisasjon (1948) og frem mot i dag. Her vil jeg også se nærmere på utviklingen i den globale helsesituasjonen i den foregående femtiårsperioden. Gjennomgangen viser at helsesituasjonen i en rekke land og regioner kjennetegnes av en stadig avstand mellom målsetninger og virkelighet. Regionale og inntektsrelaterte forskjeller understreker relevansen og bakgrunnen for relanseringen av tidligere målsetninger.

I kapittel 2 vil jeg se nærmere på utviklingen i omfanget av helsespesifikke og generelle bistandsoverføringer. Bakgrunnen for gjennomgangen er knyttet til ønsket om å kartlegge hvorvidt økte ambisjoner og utvidelsen av den helsepolitiske agendaen gjenspeiles av tilhørende økninger i omfanget av helserelaterte og generelle bistandsoverføringer.

Det foreligger en rekke forslag knyttet til hvordan vi skal oppnå de fastsatte Millenniumsmålene for helse. I kapittel 2 og 3 vil jeg presentere ulike bidrag, som med ulike begrunnelser, fremsetter mulige løsninger på gjeldende utfordringer i den globale helsesituasjonen. Mishra og Newhouse (2007) argumenterer for en betydelig økning i helsespesifikk bistand for å begrense omfanget av spedbarnsdødelighet i den størrelsesorden som angitt i Millenniumsdeklarasjonen. Tilsvarende argumenter er også gjennomgående i rapportene *Investing in Health* (2001) og *Ending Africa's Poverty Trap* (2004): gjeldende utfordringer i den globale helsesituasjonen krever en betydelig økning i omfanget av helsespesifikke og generelle bistandsoverføringer.

Mishra og Newhouse (2007) tar utgangspunkt i den historiske effektiviteten til helserelatert bistand. En signifikant sammenheng mellom helserelatert bistand og utviklingen i gitte indikatorer for helse er bakgrunnen for anbefalingen om å foreta betydelige økninger i omfanget helserelatert bistand.

I rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* (2004) blir det ikke lagt vekt på å avdekke hvorvidt helsebistanden virker. Rapporten viser imidlertid til klassisk økonomisk vekstteori og hevder at helsesituasjonen i en rekke land i Afrika sør for Sahara utgjør en *fattigdomsfelle*. Bærende for argumentasjonen er at politisk satsing og økninger i helseinvesteringer ikke bare vil bidra til å fremme helsesituasjonen i regionen. Investeringer i helse har også en *instrumentell verdi*. Helsebistand er ikke bare en forutsetning for å imøtegå de helserelaterte utfordringene, men også avgjørende for at Afrika sør for Sahara ikke forblir fanget i fattigdom. Økt satsing på helse skal ikke bare bidra til å begrense regionale og inntektsrelaterte forskjeller i den globale helsesituasjonen. Investeringer og tilhørende forbedringer i helsesituasjonen i Afrika sør for Sahara blir også lansert som et virkemiddel for å begrense dominerende inntektsforskjeller mellom land og regioner.

1 Målsetninger og faktisk utvikling i den globale helsesituasjonen

Den internasjonale helsepolitikken kjennetegnes av økte ambisjoner og et stadig mer utvidet virksomhetsområde. Agendaen for den internasjonale helsepolitikken har vært gjenstand for en stadig utvidelse siden 1948 og etableringen av Verdens Helseorganisasjon. Et annet påfallende trekk for utviklingen i den internasjonale helsepolitikken er at helse har gått fra å være en avskjermet del, til å delvis dominere den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. I avsnitt 1.1 følger en kort oppsummering av det som har vært dominerende målsetninger i den internasjonale helsepolitikken siden WHO's etablering og fram til i dag.

Økt inntektsnivå og forbedringer innen helsesektoren har utvilsomt ført til en betydelig bedring i den globale helsesituasjonen i den foregående femtiårsperioden. Dette gjenspeiles blant annet av en generell økning i forventet levealder og tilhørende reduksjon i omfanget av barnedødelighet. En positiv utvikling til tross, er bildet på ingen måte entydig i alle land og regioner.

I avsnitt 1.2 skal vi se at inntektsrelaterte og regionale forskjeller er et påfallende trekk ved den globale helsesituasjonen. De gjeldende utfordringene i helsesituasjonen i dagens utviklingsland er også bakgrunnen for at målsetningene for den internasjonale helsepolitikken relanseres.

1.1 Målsetninger i den internasjonale helsepolitikken

Etableringen av Verdens Helseorganisasjon (1948) markerer starten på den internasjonale helsepolitikken.² De uttalte målsetningen for organisasjonen var økt engasjement i internasjonale helsefaglige problemstillinger med spesiell fokus på malaria, kvinner og barns helsesituasjon, tuberkulose, seksuelt overførbare sykdommer, ernæring og sykdommer som følger av dårlige sanitærforhold. I tråd med de fastsatte målsetningen initierte WHO i løpet av 1950- og 60-tallet en rekke vellykkede tiltak for å begrense omfanget av enkelt sykdommer.

I likhet med bistands- og utviklingspolitikken generelt, karakteriseres også den helserelaterte bistandspolitikken av stadig økte ambisjoner i løpet av 1960- og 1970-årene. For WHO's vedkommende gjenspeiles dette av at målsetningen om å redusere omfanget av enkelt sykdommer ble erstattet av den overordnede og svært ambisiøse målsetningen om *Achieving Health For All by the Year 2000*. Målet ble drevet fram av sentrale aktører innenfor WHO i samarbeid med UNICEF, og innebar en betydelig utvidelse av virksomhetsområdet for den internasjonale helsepolitikken. I tråd med dette ble det i forbindelse med *The International Conference on Primary Health Care* i Alma-Ata vedtatt at;

“..health, which is a state of complete physical, mental, and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector” (The Declaration of Alma-Ata, 1978).

Målet med den internasjonale konferansen og tilhørende deklarasjonen var å rette søkelyset mot inntektsbaserte forskjeller i den globale helsesituasjonen. Samtlige medlemsland i FN undertegnet deklarasjonen hvor det framgikk at målet om helse for alle ville kreve en betydelig innsats og økt handling blant FNs medlemsland (gavernasjoner, helsearbeidere og bistandsarbeidere) for å bedre helsesituasjonen i fattige land. Med deklarasjonen fulgte også et opprop til myndighetene i verdens utviklingsland, om å utforme nasjonale handlingsplaner for utbygging av basishelsetjenester, og økt koordinering med øvrige sektorer. I tillegg oppfordret deklarasjonen om en frigjøring av ressurser som tidligere ble allokert til militær opprustning til helseformål.

Den ambisiøse målsetningen bidro også til å framtvinge endringer i valg av virkemidler. Verdens Helseorganisasjon gikk bort fra å utelukkende drive sykdomsspesifikke kampanjer. Såkalte *primary health care facilities* (PHC-facilities) ble betraktet som et suksesskriterium for å oppnå den endelige målsetningen om helse for alle innen den fastsatte tidsrammen.

²Før 1950 var helsebistand i all hovedsak et anliggende for frivillige aktører. Allerede på 1850-tallet etablerte misjonsselskaper de første helsetiltakene tilknyttet misjonsstasjoner med tilhørende utbygging av enkle helsetjenester. Det er imidlertid verdt å understreke at oppbyggingen av misjonssamfunnene i mange tilfeller ikke alltid gjenspeilet det faktiske behovet for helsetjenester. Mange har derfor stilt spørsmål til hvorvidt helsetjenestene tilknyttet de første misjonsstasjonene faktisk bidro til å bedre landenes helsesituasjon. Se Benson (1995) for en inngående og interessant drøfting av misjonsselskapenes betydning for utbyggingen av helsesektoren Tanzania. Mamhood Mamdani (1996) gir også en drøfting av misjonsstasjonenes rolle i den overordnede siviliserings- og koloniseringsprosessen i flere av de tidligere afrikanske kolonilandene.

Målsetningen om helse for alle var langt i fra oppnådd da verdens ledere gjorde opp status i forkant av tusenårsskiftet. Dette er også bakgrunnen for at nær halvparten av Millenniumsmålene spesifiserer mål for den framtidige helsesituasjonen i dagens utviklingsland.³ Dette gjelder blant annet målet om å: Redusere barnedødelighet (for barn under 5 år) med 2/3 innen 2015 (i forhold til 1990-nivået), redusere spedbarnsdødelighet med 2/3 innen 2015 (i forhold til 1990-nivået), stanse spredningen av HIV/AIDS og malaria (og andre sykdommer) innen 2015, og deretter begrense omfanget av epidemiene. I et siste punkt på listen av helserelaterte tiltak kommer det fram at;

“By 2015 all children will have access to good quality, free and compulsory education and to basic health care, free where a country chooses to provide it.”⁴

Oppfølgingen av de gjeldende målene er beskrevet i erklæringer fra en rekke konferanser i FN-systemet og i andre internasjonale sammenhenger.

Med Millenniumsdeklarasjonen følger utvilsomt ambisiøse målsetninger for den framtidige utviklingen i den globale helsesituasjonen. Ambisiøse målsetninger er imidlertid langt i fra særegent for den inneværende perioden i den internasjonale helsepolitikken. Det er påfallende likhetstrekk mellom de helserelaterte Millenniumsmålene og målsetningene som ble lansert i forbindelse med Alma-Ata Deklarasjonen. Igjen skal verdenssamfunnet jobbe mot å begrense de rådende inntektsbaserte forskjeller i den globale helsesituasjonen. Målsetningene er stort sett de samme for tretti år siden, men sluttdatoen for prosjektet er skjøvet fram i tid. Tilsvarende gjelder også for de sykdomsspesifikke målsetningene. Allerede i forbindelse med etableringen av WHO i 1948 ble bekjempelse av malaria trukket frem som en sentral målsetning for den internasjonale helsepolitikken. En stadig relansering av tidligere målsetninger kan tyde på at det foreligger en betydelig avstand mellom mål og virkelighet i den internasjonale helsepolitikken.

1.2 Den globale helsesituasjonen

Til tross for den beviselige renessansen av målsetninger, er det likevel en positiv utvikling som er påfallende for den globale helsesituasjonen i den foregående femtiårsperioden. Den overordnede forbedringen i den globale helsesituasjonen er også særegen sammenlignet med tidligere perioder (WBDR, 1993). For verden som helhet har gjennomsnittlig forventet levealderen økt med nesten 20 år i løpet av en femtiårsperiode. En tilsvarende utvikling er også påfallende for utviklingen i flere fattige land. En positiv utvikling til tross, bildet er langt i fra entydig i alle land og regioner.

I 1960 var den gjennomsnittlige forventede levealderen i verdens lav- og mellominntektsland 44 år. I 1990 var forventet levealder i gjennomsnitt 63 år blant de land som inngikk i kategorien utviklingsland (WBDR, 1993). Fra tabell 1 ser vi imidlertid at den aggregerte utviklingen skjuler klare regionale mønster.

³En fullstendig gjengivelse av Millenniumsdeklarasjonen er gjengitt i appendiks, tabell II.

⁴Et ytterligere mål som angår satsning på helse er mål 17, som er etablering av et samarbeid med farmasiindustrien for å øke tilgangen til grunnleggende medisiner i fattige land.

I 1960 var forventet levealder i Øst-Asia 39 år. I løpet av 40 år har forventet levealder i regionen økt med hele 30 år. Afrika Sør for Sahara skiller seg ut i motsatt retning: I løpet av 30 år, fra 1960 til 1990, steg forventet levealder fra 40 til 50 år. I løpet av en tiårsperiode, fra 1990 til 2001, skjedde en reversering av utviklingen i den foregående perioden. I 2001 var den gjennomsnittlige forventede levealderen i Afrika Sør for Sahara beskjedne 46 år.

Region	Forventet levealder, år			Årlig endring per tiår	
	1960	1990	2001	1960-90	1990-2001
Lav- og mellominntektsland	44	63	64	6,3	0,9
Øst-Asia og Pacific	39	67	69	9,3	1,8
Europa og Sentral-Asia	n/a	69	69	n/a	0
Latin-Amerika og Karibien	56	68	71	4,0	2,7
Midtøsten og Nord-Afrika	47	64	68	5,7	3,6
Sør Asia	44	58	63	4,7	4,5
Afrika Sør for Sahara	40	50	46	3,3	-3,6
Høyinntektsland	69	76	78	2,3	1,8
Verden	50	65	67	5,0	1,8

Tabell 1 Utvikling i forventet levealder

Kilde: *World Development Indicators* (World Bank, 2003)

Det meste av datamaterialet over den historiske utviklingen i dødeligheten blant barn er i all hovedsak standardiserte og internasjonalt gitte demografiske surveyer (WBDR, 1993). En stadig forbedring i de indikatorer som angir barns helsesituasjon er nokså gjennomgående for dette datamaterialet. På 1960-tallet falt barnedødelighetsraten (under 5 år) med om lag 2 prosent årlig i 70 utviklingsland. Den årlige nedgangen var på om lag 3 prosent per år på 1970-tallet. På 80-tallet var den årlige nedgangen på 5 prosent (WBDR, 1993). Sammensetningen av land med fullstendige data for barnedødeligheten endres i løpet av perioden, og vil til en viss grad kunne påvirke resultatet. Det var imidlertid 21 land med kontinuerlige serier av akseptable estimater for barnedødelighetsutviklingen fra 1960 og fram mot 1980, og for denne gruppen som helhet falt barnedødeligheten i gjennomsnitt med 3 prosent på 1960-tallet, og 6 prosent på 1980-tallet. I 17 av de 21 landene falt dødeligheten stadig mer underveis og i perioden (WBDR, 1993).

På tilsvarende måte som for forventet levealder er det Afrika Sør for Sahara som skiller seg ut med en svak utvikling i barnedødelighet, sett opp i mot utviklingen for den samlede gruppen av utviklingsland. I 1960 var omfanget av barnedødelighet i Afrika Sør for Sahara på 163 per 1000 fødte, mot 142 per 1000 fødte for den samlede gruppen av land som kategoriseres som utviklingsland. I 1980 var tilsvarende tall henholdsvis 117 og 88 per 1000 fødte. Ved årtusenskiftet var barnedødelighetsraten på 104 og 61 per 1000 fødte.

I tabell 2 følger en oversikt over ulike helseindikatorer i land innenfor ulike inntektskategorier. Vi ser at regionale og inntektsbaserte forskjeller også er påfallende for globale helsesituasjonen i dag. Lavere forventet levealder og et høyt omfang av spedbarns- og barnedødelighet er et fellestrekk ved helsesituasjonen i de minst utviklede landene.

Inntektskategori	Innbyggertall (1999, mill.)	Årlig gj.snitts- Inntekt (US dollar)	Forventet levealder (Ved fødsel)	Spedbarns- dødelighet (Før fylte 1 år/1000)	Barne- dødelighet (Under 5 år/1000)
Minst utviklede land (LDCs)	643	296	51	100	159
Andre mindre utviklede land	1777	538	59	80	120
Lavere-middelsinntektsland	2094	1200	70	35	39
Øvre-middelsinntektsland	573	4900	71	26	35
Høyinntektsland	891	25730	78	6	6
Afrika Sør for Sahara	642	500	51	92	151

Tabell 2 Utvikling i gitte indikatorer for helse sett i sammenheng med inntektsnivå

Kilde: *Human Development Report 2001, i Macroeconomics and Health 2001*

HIV/AIDS, i tillegg til malaria er en sentral forklaring på den lave forventede levealderen i Afrika sør for Sahara. Årlig dør om lag 3 millioner mennesker som følger av AIDS, mens malaria tar livet av omlag 1 million mennesker årlig. 75 prosent av alle dødsfall som følger av AIDS er lokalisert i Afrika sør for Sahara, mens tilsvarende tall for malaria er hele 90 prosent (Sachs, 2001; 41).

Utover HIV/AIDS og malaria er også tuberkulose, infeksjonssykdommer blant barn og mødre i forbindelse med fødsel og svangerskap og underernæring sentrale forklaringer på det høye omfanget av dødelighet i fattige land (WBDR, 1993). De mest utbredte årsakene til barnedødelighet er sykdommer, som meslinger, stivkrampe, difteri, ulike former for infeksjonssykdommer og diaré (Sachs, 2001; 41) Feil- og underernæring bidrar til å ytterligere forsterke risikoen for disse sykdommene.

Sachs (2001) hevder at såkalt *avoidable mortality*, unngåelig dødelighet, står for om lag 87 prosent av barnedødelighetsomfanget (aldersgruppen 0-5 år) i lav- og middelsinntektsland. Omfanget av unngåelig dødelighet gir et visst bilde på kvaliteten på lands helsetjenestetilbud (Westerling, 2001). Antakelsen er at omfanget av unngåelig dødelighet kunne vært begrenset gjennom en inntektsøkning og/eller forbedring av eksisterende helsetjenester.⁵

Sachs (2001) hevder at 60 prosent av alle dødsfall blant menn i aldersgruppen 5-29 år i lav og mellominntektsland kan kategoriseres som unngåelig. Mye tyder på at kvinner og barn er langt mer utsatt for inntektsrelaterte sykdommer sammenlignet med tilfellet for menn. I gruppen av lav- og mellominntektsland blir 82 prosent av alle dødsfall blant kvinner i samme aldersgruppe blir kategorisert som unngåelig. En sentral forklaring på den påviste forskjellen skyldes at kvinner er langt mer sårbar for sykdom og dødsfall i forbindelse med svangerskap og fødsel. Antakelsen bekreftes ved sammenligninger på tvers av kjønnene for aldersgruppen 30-69. 51 prosent av dødelighetstallene blant kvinner, og 43 prosent blant menn ble betegnet som unngåelig (Sachs, 2001; 42). Overordnet understreker omfanget av såkalt unngåelig dødelighet, at dødelighetstallene i dagens utviklingsland i stor grad skyldes et bredt omfang sykdommer som kan og bør unngås.

⁵En sammenligning av utviklingen i faktisk og unngåelig dødelighet gir også en indikator på effektene av eventuelle medisintekniske endringer eller forbedringer i helsetjenester (Westerling, 2001).

Verdensbanksrapporten *The Millennium Development Goals for Health, Raising to the Challenges* (2004) ser med bekymring på utviklingen i helsesituasjonen i lav- og mellominntektslandene. En gjennomgang av utviklingen i etterkant av lanseringen av Millenniumsmålene tyder på at utviklingen har vært langt svakere enn ønsket og forventet i de fattigste landene. Rapporten viser at avstanden mellom målsetninger og faktisk utvikling er påfallende stor for de minst utviklede landene.

I forhold til barnedødelighet (under 5 år) oppnådde gruppen av utviklingsland en årlig reduksjon på 2,5 prosent, mot målsetningen som var på 4,2 prosent. Redusert spedbarnsdødeligheten var på 3,2 prosent, langt bak målet om en 5,4 prosents redusering. Rapporten hevder også at lite tyder på at allokeringer til helse og utvikling kommer de fattigste til gode. Studier som ser på utviklingen i omfanget av barnedødelighet innad i land, viser at utviklingen blant de fattigste er langt svakere sammenlignet med tilfellet for landsgjennomsnittet. Tilsvarende gjelder også dersom man ser på utviklingen i dødeligheten blant mødre i forbindelse med svangerskap og fødsel. Gjennomgangen vitner om at inntektsnivå forblir en sentral forklaring på variasjoner i helsesituasjonen innad og på tvers av land.

2 Effekten av sektorspesifikk og generelle bistandsoverføringer

Blir ambisjoner og målsetninger fulgt opp av økt innsats og økninger i helsespesifikke og generelle bistandsoverføringer? Dette er et første og avgjørende spørsmål som kan bidra til å belyse bakgrunnen for den påviste avstanden mellom målsetninger og virkemidler i den internasjonale helsepolitikken. I avsnitt 2.1 følger en gjennomgang av utviklingen i omfanget av generelle og helsespesifikke bistandsoverføringer i perioden 1960-2004.

Et annet viktig spørsmål er knyttet til resultatene av helsespesifikke og generelle bistandsoverføringer. Det finnes utvilsomt en rekke suksesshistorier som bekrefter at systematiske tiltak har ført til vesentlige forbedringer i helsesituasjonen i fattige land. Sykdomsspesifikke kampanjer har utvilsomt bidratt til å begrense og stanse spredningen av enkelt sykdommer og redusert omfanget av dødelighet. Slike studier sier imidlertid ingenting om den overordnede sammenhengen mellom helsespesifikke og generelle bistandsoverføringer og utviklingen i sentrale indikatorer for helse.

Det foreligger en rekke forslag til løsninger for oppnå de fastsatte Millenniumsmålene for helse. Et fellestrekk for flere av disse bidragene er antakelsen om at gjeldende utfordringene i den globale helsesituasjonen best løses ved en betydelig økning i omfanget av generelle og sektorspesifikke bistandsoverføringer.

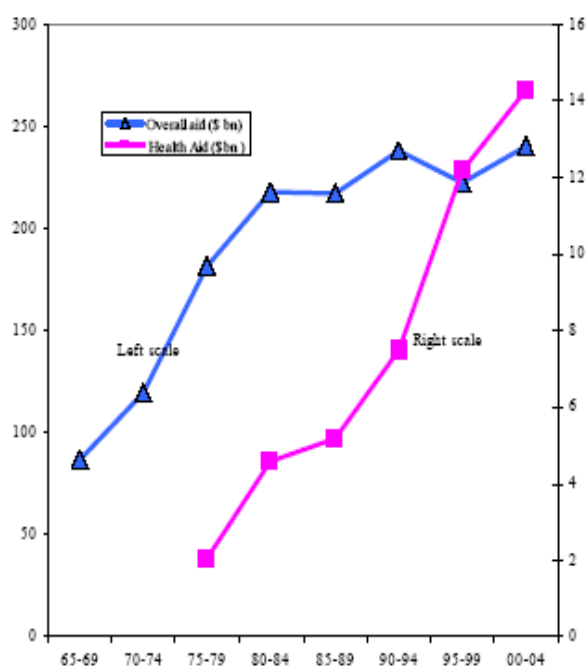
Mishra og Newhouse (2007) tar utgangspunkt i den historiske effektiviteten til helserelatert bistand. De finner at det er en signifikant sammenheng mellom helserelatert bistand og utviklingen i gitte indikatorer for helse. Med dette som utgangspunkt argumenterer de for betydelige økninger i omfanget helserelatert bistand som en løsning på gjeldende utfordringer i den globale helsesituasjonen.

I påfølgende kapittel skal vi se at Mishra og Newhouses (2007) på ingen måte står alene om sine anbefalinger. Antakelsen om at økninger i generelle og sektorspesifikke overføringer er veien å gå for å imøtegå de fastsatte Millenniumsmålene for helse er også gjennomgående i rapportene *Investing in Health for Economic Development* (2001) og *Ending Africa's Poverty Trap* (2004). Argumentasjonen er forskjellig, men grunntanken den samme.

2.1 Omfanget av helserelaterte og generelle bistandsoverføringer

Figur 1 viser det rapporterte omfanget av helserelatert bistand (høyre akse)⁶ og generell bistand (venstre akse)⁷ fra 1960 og fram til år 2004. Som det fremgår i figuren er data over omfanget av helserelatert bistand tilgjengelig først for perioden 1975-1979.

Figure 1. Health Aid and Overall Aid Trends
(2003 US\$ billion)



Figur 1 Utviklingen i helserelaterte og generelle bistandsoverføringer (i 2003 milliarder dollar).
Kilde: Mishra og Newhouse (2007)

Antakelsen om at helsebistand utgjør en stadig viktigere del av den overordnede bistands- og utviklingspolitikken bekreftes av oversikten. Fra figuren ser vi at helsebistand, som en andel av generell ODA, er stadig økende i den angitte perioden.⁸ Omfanget helsebistand har økt betydelig fra 1971 og framtil 2004. Helserelatert bistand utgjør imidlertid en svært begrenset andel av totale bistandsoverføringer. I den angitte perioden varierer helsebistandens andel av totale bistandsoverføringer fra 0,5 til syv prosent.

Utviklingen i omfanget av generell bistand har vært noe mer skiftende enn tilfellet for helsebistand. Vi ser blant annet at veksten i generelle overføringer var langt svakere i perioden etter 1980-1984 sammenlignet med tidligere perioder. I de påfølgende kapitlene vil jeg komme nærmere inn på mulige forklaringer på den skiftende utviklingen i det generelle

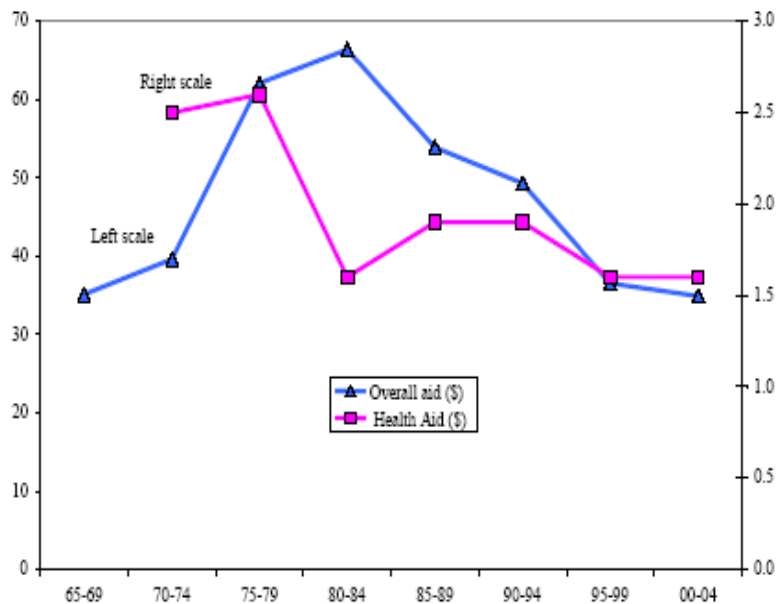
⁶Helsebistand er i tråd med DACs spesifikasjoner sektorbasert bistand. DAC grupperer bistandsaktiviteter inn i 26 bredere sektor/formålskategorier. Hver av disse kategoriene er videre delt inn i 5 formålscoder. For en mer inngående beskrivelse av sektor- og formålscategoriseringen, se DACs hjemmeside. Se også Newhouse og Mishra (2007) for detaljer.

⁷Generelle bistandsoverføringer, i tråd med DACs definisjon av ODA (official development aid).

⁸Bilateral bistand utgjør om lag 70-90 prosent av helserelaterte bistand, og andelen er forholdsvis stabil over tid. Helsebistand består i størst grad av overføringer, omfanget av lån varierer mellom 3 og 10 prosent (Mishra og Newhouse, 2007).

bistandsnivået. I figur 2 følger en oversikt over utviklingen i helsespesifikke og generelle bistandsoverføringer per innbygger i mottakerlandene.

Figure 2. Overall Aid and Health Aid Per Capita Trends
(2003 US\$)



Figur 2 Utviklingen i helserelevante og generelle bistandsoverføringer (per innbygger)
Kilde: Mishra og Newhouse (2007)

I bistandshistoriens første perioder er utviklingen i bistandsoverføringer per innbygger stigende. Fra begynnelsen av 1980-tallet er imidlertid trenden negativ. Når det gjelder helserelevante overføringer per innbygger, er utviklingen mindre entydig. I perioden som etterfølger lanseringen av Alma-Ata Deklarasjonen, mot slutten av 1970-tallet, går vi inn i en negativ utvikling i omfanget av helserelevante overføringer per innbygger. Nedgangsperioden blir avløst av en moderat oppgang på begynnelsen av 1980-tallet. Denne oppgangen er imidlertid ikke tilstrekkelig til å kompensere for nedgangen i den forutgående perioden. Etter en utflattingsperiode, får vi igjen en nedgang i overføringene på begynnelsen av 1990-tallet.

Gjennomgangen gir oss utvilsomt et inntrykk av de overordnede trendene for utviklingen i omfanget av generelle og helsespesifikke bistandsoverføringer. En sammenligning av figur 1 og 2 viser at sammenhengen mellom målsetninger og faktisk satsing på helse er mindre konsistent dersom vi tar utgangspunkt i omfang helsebistand per innbygger. Det er imidlertid verdt å understreke at det er en opplagt svakhet ved denne fremstillingen. Gjennomgangen viser ikke hvordan bistandsmidlene er fordelt mellom og innad i mottakerlandene. Det er heller ingen garanti for at overføringer materialiserer seg i faktiske utbedringer i helsesituasjonen i mottakerlandene. I påfølgende avsnitt følger en mer inngående gjennomgang av studier som forsøker å avdekke den faktiske effektiviteten og utnyttelsen av helserelevante og generelle bistandsoverføringer.

2.2 Effekten av helserelatert og generelle bistandsoverføringer

I boken *Millions Saved, Proven Successes in Global Health* følger en gjennomgang av en rekke suksesshistorier i den internasjonale helsepolitikken. Et fellestrekk for de tiltakene som trekkes frem er at de er alle av stor skala og har en varighet på fem år eller mer. De representerer kostnadseffektive intervensjoner og har vist seg å ha en betydelig innvirkning på helsesituasjonen i iverksettingsland eller region (Levine, 2004).⁹ Med henvisning til den påviste forbedringen i den globale helsesituasjonen i løpet av siste halvdel av det 20. århundre hevder forfatteren at det er liten tvil om at dette skyldes systematiske helserelaterte tiltak. Innledningsvis oppsummerer Levine (2004) resultatene av noen av suksesshistoriene som blir gjennomgått mer inngående i boken:

“On the basis of impact alone, this sampling of major global health successes is impressing: Mothers throughout Latin America no longer worry about their children contracting polio; huge regions of Africa are now habitable because river blindness is under control; women in Sri Lanka can give birth without the fear of dying – in sharp contrast to women in most poor countries; Thailand headed off what seemed destined to be a massive AIDS-epidemic; and much more” (ibid).

Et fellestrekk for tiltakene som trekkes frem er ambisjonen om å redusere omfanget av enkelt sykdommer. Som påpekt av Levine (2004) er det viktig å se seg tilbake og vurdere egenskaper ved tidligere og vellykkede tiltak. Det er imidlertid verdt å understreke at det ikke er mulig å trekke generelle konklusjoner omkring den overordnede effektiviteten til helsebistanden på grunnlag av en slik gjennomgang. Bak hvert vellykket tiltak kan det skjule seg en rekke feilslåtte forsøk og investeringer.

Aggregerte makrostudier utgjør et bedre utgangspunkt for å avdekke hvorvidt utviklingen i den globale helsesituasjonen kan forklares med økningen i generelle og helsespesifikke bistandstiltak og investeringer. En gjennomgang av ulike makrostudier viser at sammenhengen mellom sektorspesifikk og generell bistand og gitte indikatorer for helse langt ifra er så entydig som man kan få inntrykk av ved gjennomgangen av de vellykkede enkelttiltakene.

Boone (1999) ser på sammenhengen mellom politiske regimer i mottakerland og bistandseffektivitet. Han finner ikke grunnlag for å hevde at generelle bistandsoverføringer gjenspeiles av forbedringer i helsesituasjonen i mottakerlandene. Han tar utgangspunkt i indeksen for menneskelig utvikling (HDI) i sine estimater, der helseindikatorer inngår som en av flere faktorer som er ment å fange opp ikke-økonomiske elementer forbundet med økonomisk vekst og utvikling. *Human Development Index (HDI)*¹⁰ har som hensikt å gi et mer

⁹Et av flere eksempler er det nasjonale tiltaket for å begrense omfanget av diare (diarrheal) i Egypt. Kostnadene forbundet med dette tiltaket var på US \$43 mn (60 prosent av utgiftene var bistandsfinansiert av internasjonale givere). Programmet økte tilgangen på såkalt *life-saving oral rehydration therapy*, hvilket bidro til å redusere omfanget av spedbarnsdødelighet som følger av diare med 82 prosent i perioden mellom 1982 og 1987. Se Levine et. al., 2004 for mer inngående beskrivelser av de 17 vellykkede offentlige helseprogrammene.

¹⁰De øvrige dimensjonene i indeksen er *utdanning* (målt med utgangspunkt i skriveferdigheter og andel av befolkningen som har grunnskole og videregående utdanning) og *levestandard* (målt med utgangspunkt i kjøpekraftjustert inntekt). Det er verdt å understreke at denne indeksen ikke gir et fullstendig bilde av menneskelig utvikling, da den ikke tar høyde for respekt for grunnleggende menneskerettigheter, demokrati og ulikhet. Indeksen er ment å være en utfyllende indikator for et lands utvikling gjennom å se på sammenhengen mellom inntektsnivå og levestandard. (Kilde: www.hdr.undp.org+Human_development_indicators.pdf).

komplett bilde på et lands utvikling, og inkluderer tre dimensjoner som på ulike måter er forbundet med menneskelig utvikling. Her inngår også utviklingen i et lands helsesituasjon, målt i forventet levealder. Konklusjonen til Boone (1999) er klar. Han hevder at;

"Aid does not benefit poor as measured by improvements in human development indicators" (ibid).

Boone (1999) finner heller ikke at bistandsoverføringer bidrar til å fremme investeringer i mottakerlandene. På den annen side finner at den gjennomsnittlige spedbarnsdødeligheten i liberale politiske regimer og demokratier, *ceteris paribus*, er 30 prosent lavere enn tilfellet for regimer kjennetegnet av mindre frihet. Det betyr at det er grunn til å anta at grunnleggende karakteristika ved mottakerlandet, heller enn bistanden forklarer helseutviklingen i de landene som inngikk i Boones studie.

Sammenheng mellom generell og helserelatert bistand og utviklingen i lands helsesituasjon er også utgangspunktet for en studie av Mishra og Newhouse (2007). De tar utgangspunkt i data for perioden 1973 til 2004, for til sammen 118 nasjoner. Datagrunnlaget angir omfanget av generell og helserelatert bistand¹¹ i den angitte tidsperioden.

Mishra og Newhouse (2007) benytter spedbarnsdødelighet som indikator for helseutviklingen i mottakerlandene.¹² De begrunner dette med at spedbarnsdødelighet, i motsetning til forventet levealder, har en langt mer direkte sammenheng økonomisk vekst og utvikling.¹³ I tillegg viser det seg også at det i mange tilfeller er reduksjonen i spedbarns- og barnedødelighet som forklarer den faktiske forbedringen i forventet levealder (Cutler et. al, 2006). De hevder derfor at utviklingen i omfanget av spedbarnsdødelighet er en indikator som fanger opp eventuelle levekårsendringer i tilknytning til sektorspesifikke og generelle bistandsoverføringer.

Mishra og Newhouse (2007) hevder at det ikke er grunnlag for å påstå at det foreligger en signifikant sammenheng mellom generell bistand og utviklingen i indikatorer for et lands helsesituasjon. Generelle bistandsoverføringer har ikke bidratt til å redusere omfanget av spedbarnsdødelighet. De hevder at effekten er presist estimert og nær null. På den annen side finner de en sammenheng mellom økninger i helsebistand og nedgang i omfanget av spedbarnsdødelighet. Sammenhengen er signifikant, men likevel svært beskjeden. På grunnlag av estimatene fra studien hevder Mishra og Newhouse (2007) at en dobling av helsebistanden vil føre til en 2 prosents nedgang i spedbarnsdødeligheten for et gjennomsnittsland.

"For the average country, this implies that increasing per capita health aid by US\$1.60 per year is associated with 1.5 fewer infant deaths per thousand births. (...)

¹¹*Health aid* deles inn to kategorier med tilhørende spesifikasjoner. Generelle helseinvesteringer innebærer politikk og administrasjon, medisinsk utdanning, forskning og helsetjenester. Tiltak innenfor basishelse innebærer basishelsetjenester, infrastruktur, ernæring, bekjempelse av smittebaserte sykdommer, helseutdanning og utvikling av helsepersonell. Se appendiks i Mishra og Newhouse (2007) for mer inngående spesifikasjoner.

¹²Definert som dødsfall før fødsel ett år.

¹³Dette innebærer blant annet tilgang til medisiner og helsefasiliteter, vann, utviklingen i fødselsrater, betingelser for kvinner i forbindelse med svangerskap, ernæring i forbindelse og i etterkant av svangerskap, i hvor stor grad mor og barn er utsatt for smittebaserte sykdommer, lese- og skriveferdigheter blant kvinner i tillegg til BNP per innbygger og sosioøkonomiske forskjeller (Mishra og Newhouse, 2007).

The estimated effect translates to approximately 1,560 fewer infants per year for a typical country. For the world as a whole, the estimated imply that doubling health aid would save approximately 170,000 infants per year."

For å nå Millenniumsmålet om en 2/3-dels nedgang i spedbarnsdødeligheten (i forhold til 1990-nivået) innen 2015, kreves en betydelig økning i helserelatert bistand til sammenligning med dagens nivå. Med utgangspunkt i egne estimater anbefaler Mishra og Newhouse (2007) derfor en 1396 prosent økning i helserelatert bistand i løpet av en femårsperiode. Dette tilsvarer en økning i helserelatert bistand fra 26 milliarder dollar årlig i dag, til 392 milliarder dollar årlig i perioden 2006-2011 og 5854 milliarder dollar årlig i perioden 2011-2015.¹⁴ Aggregert sett innebærer dette en økning av helserelatert bistand til 5,8 milliarder per land, hvilket er en 15-dobling av dagens nivå. Dette betyr at vi vil få et helserelatert bistandsbudsjett i samme størrelsesorden som det generelle bistandsbudsjettet. Mishra og Newhouse (2007) vedgår at den foreslåtte økningen krever en betydelig skalering av dagens nivå, men holder fast på at dette forblir avgjørende for å nå de fastsatte Millenniumsmålene for helse.

¹⁴Se tabell 8: *MDG Scenario for An Average Country* (Mishra og Newhouse, 2007).

3 Helsesituasjonen i dagens utviklingsland - en fattigdomsfelle?

Mishra og Newhouse (2007) står på ingen måte alene om sine anbefalinger. I rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* (2004) fremgår det at vi forblir avhengige av en betydelig skalering av dagens nivå for generelle og sektorspesifikke bistandsoverføringer for å nå Millenniumsmålene innenfor den fastsatte tidsrammen. Tilsvarende anbefalinger fremgår også i rapporten som ble utarbeidet av kommisjonen for makroøkonomi og helse, *Investing in Health for Economic Development* (2001). Argumentasjonen er forskjellig, men de helse- og bistandspolitiske anbefalingene er felles for de ulike bidragene. I sine anbefalinger tar ikke Mishra og Newhouse (2007) stilling til hvordan midlene skal fordeles mellom land og regioner. Påfallende for *Ending Africa's Poverty Trap* (2004) og *Health for Economic Development* (2001), er langt større vektlegging av tiltak som kan bidra til å begrense de regionale og inntektsbaserte forskjellene i den globale helsesituasjonen. Økt innsats i Afrika sør for Sahara betraktes som en forutsetning for å imøtegå de fastsatte Millenniumsmålene for helse.

Ifølge rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* (2004) representerer helsesituasjonen i en rekke land i Afrika sør for Sahara en klassisk *fattigdomsfelle*. Det betyr at sykdom og høy dødelighet i fattige land ikke bare er menneskelige tragedier, det er også en ulykke for økonomisk vekst og utvikling. Et høyt omfang av sykdom og dødelighet bidrar til at landene holdes fanget i fattigdom. Dette gjelder spesielt for omfanget av malaria som er en sentral forklaring på de høye dødelighetstallene i en rekke land i Afrika sør for Sahara.

Hva angår tidligere tiltak og investeringer, blir det hevdet at begrensede resultater i all hovedsak skyldes at de tidligere overføringene ikke har vært tilstrekkelig store. Det hevdes derfor at effektiviteten til den fremtidige bistands- og utviklingspolitikken er prisgitt en betydelig økning i sektorspesifikke, i tillegg til generelle bistandsoverføringer. Dette gjelder spesielt i Afrika sør for Sahara. Bærende for argumentasjonen i rapporten er at politisk satsing i tilknytning til vesentlige økninger i helseinvesteringer ikke bare vil bidra til å fremme helsesituasjonen i regionen. Investeringer i helse har også en *instrumentell verdi* i den forstand at de betraktes som et virkemiddel for å bedre vilkårene for økonomisk vekst og utvikling.

I rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* benyttes varianter av den klassiske vekstmodellen som utgangspunkt for å illustrere påstanden om at helsesituasjonen i dagens utviklingsland representerer en såkalt *fattigdomsfelle*. I avsnitt 3.1 vil jeg gå gjennom den klassiske vekstmodellen i korte trekk, for så å se nærmere på antakelsen om at dagens utviklingsland er fanget i en *fattigdomsfelle*.

Det finnes en rekke bidrag som bekrefter den påståtte sammenhengen mellom et lands helsesituasjon og betingelsene for økonomisk vekst og utvikling. I avsnitt 3.2 følger en nærmere gjennomgang av ulike bidrag som mener å bevise at helsesituasjonen i dagens utviklingsland kan bidra til å forklare inntektsforskjeller på tvers av land og regioner.

I avsnitt 3.3 vil jeg ta utgangspunkt i en modifisert utgave av den klassiske vekstmodellen, med antakelsen om at overdreven befolkningsvekst er bakgrunnen for at en rekke land i

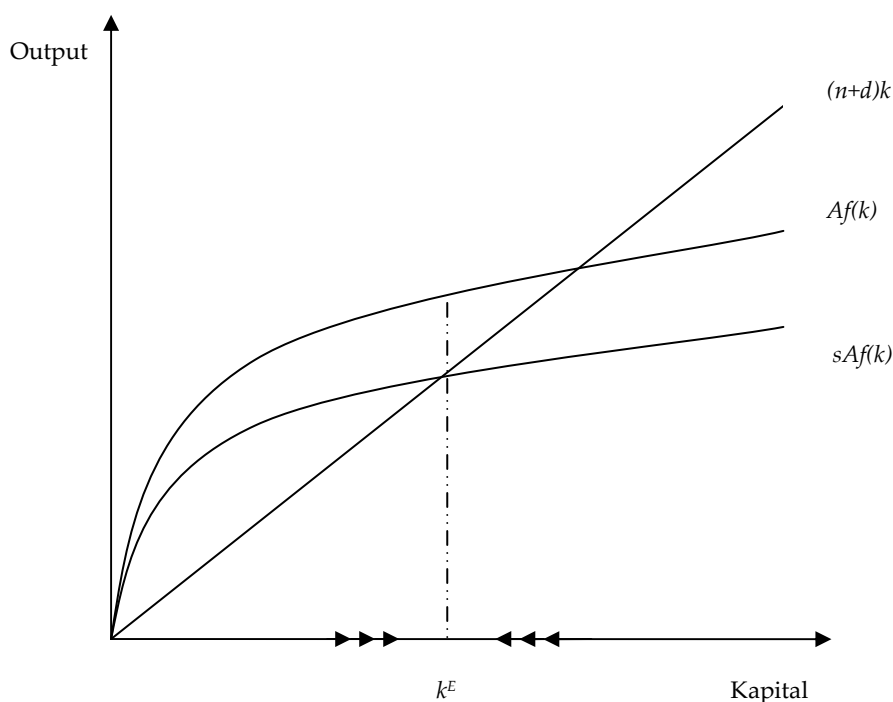
Afrika sør for Sahara forblir fattige. Her følger også en gjennomgang av den teoretiske begrunnelsen for at en betydelig skalering av dagens nivå for bistandsoverføringer, at et såkalt *big push* av bistandsoverføringer, vil kunne bidra til å løfte dagens utviklingsland ut av fattigdomsfellen.

Det er viktig å ha en forståelse for begrensninger og rekkevidde ved modellapparatet og det rammeverket som benyttes som grunnlag for de helsepolitiske anbefalingene. Avslutningsvis i kapitlet følger en gjennomgang av noe av kritikken som er blitt rettet mot forutsetninger og implikasjoner forbundet med den modifiserte utgaven av den klassiske vekstmodellen. Jeg vil også se nærmere på forutsetningene som ligger til grunn for den instrumentelle forståelsen av investeringer og tilhørende forbedringer i helsesituasjonen i utviklingsland.

3.1 Modellpresentasjon

Vi antar at q angir output per innbygger, og er gitt av produksjonsfunksjonen $Af(k)$. A utgjør den totale faktorproduktiviteten (teknologi), mens $f(k)$ er et uttrykk for kapital og arbeidskraftsintensiteten i produksjonen. Den nasjonale spareraten antas å være gitt ved faktoren s , d angir depresieringsraten til kapitalen og n er et uttrykk for økonomiens befolkningsvekst. Økonomisk vekst initieres gjennom kapitalakkumulasjon (per innbygger), og er gitt ved følgende likning:¹⁵

$$(1) \quad (dk/dt) = sAf(k) - (n+d)k$$



Figur 3 Den neoklassiske vekstmodellen

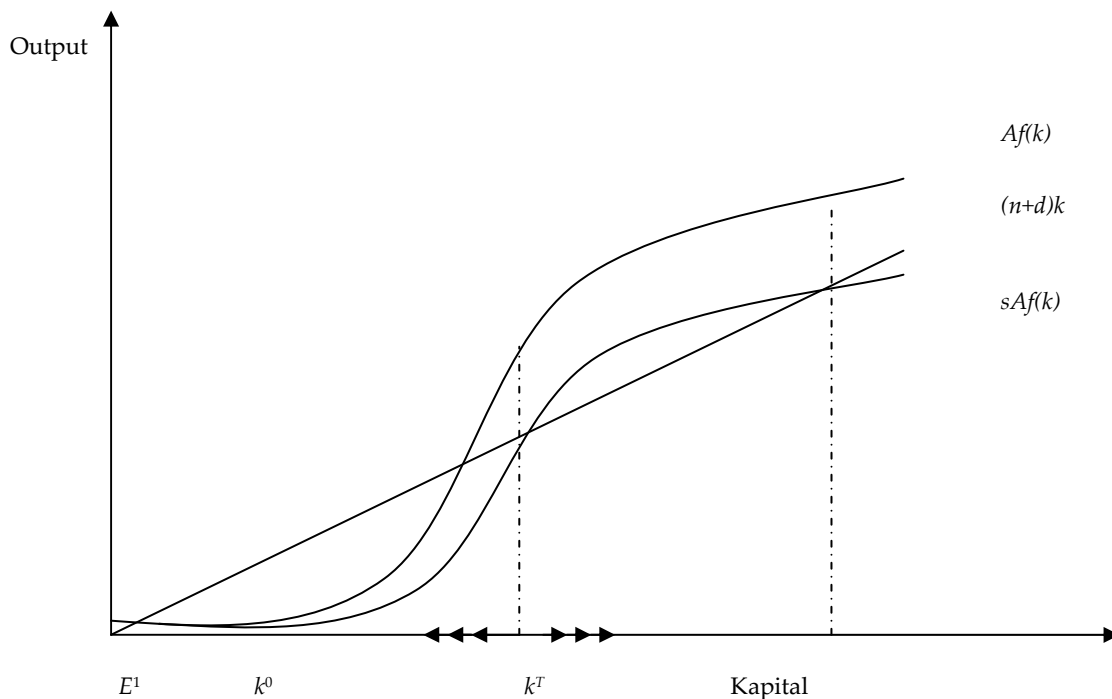
Kapitalakkumulasjon (dk/dt) krever at $sAf(k) > (n+d)k$. Fra modellen og ligning (1) følger det at kapitalakkumulasjonen forblir uendret såfremt den totale sparingen (som en andel av output) kompenserer for omfanget av kapitalslit og landets befolkningsvekst. Dette er ensbetydende med at vi får økonomisk vekst per innbygger såfremt at sparingen er høyere enn befolkningsveksten og depresieringsraten, det vil si i området til venstre for k^E i figur 3. Dersom sparingen er lavere enn den nødvendige kapitalakkumulasjonen får vi imidlertid en negativ vekstbane.

Fra modellen følger det at økonomien vil bevege seg mot en positiv og unik *steady-state likevekt*, der $k = k^E$ og $q = Af(k^E)$. Her vil sparingen være lik befolkningsvekst og depresieringsraten, hvilket betyr at den langsiktige veksten i økonomien (per innbygger) blir null.

¹⁵Presentasjonen er basert på modellframstillingen i rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* (2004).

Det er grunn til å stille spørsmål til hvorvidt den klassiske vekstmodellen faktisk beskriver vilkårene for økonomisk vekst i utviklingsland (Sachs et. al, 2004). Det er spesielt to forhold som gjør modellen lite egnet for å beskrive de faktiske betingelsene for bistandsoverføringer som et virkemiddel for å fremme helse, økonomisk vekst og utvikling. For det første karakteriseres de fleste fattige land av begrenset infrastruktur og dårlig utbygde produksjonsfasiliteter. I motsetning til hva som framkommer i den klassiske modellen fører dette til en begrenset produktivitet for lavere nivåer av k . I figur 4 ser vi at dette bidrar til å endre premisene for kapitalakkumulasjon som en kilde til økonomisk vekst.

På lik linje med den klassiske vekstmodellen er også denne modifiserte modellen dynamisk i den forstand at den illustrerer ulike vekstbaner for gitte nivåer for k . I motsetning til den klassiske modellen står vi imidlertid ikke overfor en unik steady-state likevekt. Figur 4 skisserer en vekstmodell med to ulike vekstbaner og multiple likevekter.



Figur 4 En modifisert utgave av den klassiske vekstmodellen.
Begrenset produktivitet for lavere nivåer av k .

I den multiple likevektsmodellen vil den langsiktige tilpasningen avhenge av om kapitalnivået er større eller mindre enn k^T . For kapitalnivå over k^T vil økonomien vil bevege seg mot en positiv steady-state likevekt på samme måte gjennomgått i den klassiske varianten av vekstmodellen. Vi ender opp i en langsiktig likevekt hvor $k = k^E$ og $q = Af(k^E)$. Sparingen vil være lik befolkningsvekst og depresieringsraten, hvilket betyr at den langsiktige veksten i økonomien (per innbygger) blir null.

I det andre scenarioet antar vi at vi at det samlede kapitalnivået er lik k^0 . Dette innebærer at befolkningsvekst og depresieringsraten er høyere enn spareraten ($sAf(k) < (n+d)k$). Det betyr at (dk/dt) forblir negativ, hvilket er ensbetydende med en negativ vekstbane. Til tross for at vi starter med et kapitalnivå $k > 0$ ender vi opp i en steady-state likevekt E^T , der $k = 0$ og $q = Af(k)$

= 0. En negativ vekstbane for $0 < k < k^T$ viser hvordan lav produktivitet og begrenset infrastruktur kan danne grunnlaget for en såkalt *fattigdomsfelle*.

Den klassiske modellen gjenspeiler heller ikke det faktum at lav inntekt fører til at den innenlandske sparingen forblir lav. Det vil være naturlig å anta at vi ikke står overfor en konstant sparerate, men en sparerate, s som varierer med inntektsnivå. *The Saving Trap* fører til lav grad av kapitalakkumulasjon og dertil begrensede muligheter for å foreta produktive investeringer for lavere nivåer av k . På tilsvarende måte som illustrert i figur 4, vil dette føre til at vi står overfor en modell med multiple likevekter. Lav sparing for lavere nivåer av k gir kan dermed bidra til å danne grunnlag til en fattigdomsfelle.

The Demographic Trap, høy befolkningsvekst (for lavere nivåer av k) er et tredje forhold som det ikke tas høyde for i den klassiske modellen (Sachs et. al, 2004). I en rekke utviklingsland, spesielt i Afrika sør for Sahara, ser vi at et høyt sykdomsomsfang og dødelighet opptrer i kombinasjon med høye fødselsrater og befolkningsvekst. Dette skyldes blant annet at barn ofte betraktes som en kilde til arbeidskraft og senere forsørgere for sine foreldre. I tilfeller med høy risiko for sykdom og dødelighet blir dermed større barnekull en forsikring for inntektssituasjonen til den enkelte husholdning. Dersom det ikke eksisterer et tilbud om offentlige helsetjenester, ei heller velferdsordninger som bistår husholdningen ved fravær av inntekt kompenseres økt risiko med en utvidelse av husholdningen. Om bakgrunnen for dette hevder Sachs et. al (2004) at;

*"First, children are net economic asset from an early age in rural areas where most people live. Second, children of the poor are more likely to die, and so risk-averse poor parents have large numbers of children to compensate, and indeed much larger numbers than needed simply to break even in an actuarial sense. Third, parents view children as old-age security in the absence of a well-functioning and reliable private or public old-age financing scheme. Fourth, poor families lack access to contraceptives and family planning services, so there is considerable unmet desire to limit childbearing."*¹⁶

Det er viktig å understreke at lav produktivitet og sparing eller høy befolkningsvekst alene ikke nødvendigvis trenger å begrense grunnlaget for økonomisk vekst og utvikling. I en rekke land i Afrika sør for Sahara ser vi imidlertid at disse forholdene ofte opptrer i kombinasjon og har en klar sammenheng. Den samfunnsøkonomiske betydningen av et lands helsesituasjon forklarer den stadig økte bevisstheten knyttet til den gjensidige avhengigheten mellom utviklingen i et lands helse og inntektsnivå. I samfunnsøkonomi blir helse i stadig større grad betraktet som en av flere faktorer som kan bidra til å forklare inntektsforskjeller på tvers av land og regioner.

3.2 Helse og økonomisk vekst

Det finnes en rekke bidrag som bekrefter den gjensidige avhengigheten mellom et lands helse- og inntektsnivå. I tabell 3 følger en oversikt over vekstrater sett i sammenheng med omfanget av barnedødelighet, som et mål på et lands overordnede helsesituasjon.

¹⁶Om lag 17 prosent av gifte kvinner i utviklingsland ville foretrukket å unngå graviditet. Begrenset tilgang til prevensjon reduserer mulighetene for familieplanlegging.

En slik tabelloppstilling sier ingenting om kausalitetsforholdet mellom de gitte variablene. Vi ser imidlertid at land med lavere barnedødelighet opplever en høyere økonomisk vekst, uavhengig av opprinnelig inntektsnivå. Ifølge rapporten *Investing in Health for Economic Development* har land med en barnedødelighetsrate (IMR, *infant mortality rate*) på 50 - 100 per 1000 levende fødte en økonomisk vekst som tilsvarer 3,7 prosent årlig, mens tilsvarende tall for land med en IMR på over 150 i gjennomsnitt har en årlig vekst på beskjedne 0,1 prosent.

Barnedødelighet, 1965	IMR≤50	50<IMR≤100	100<IMR≤150	IMR>150
Initial inntekt i 1965 (PPP-justert i 1990-USD)				
BNP≤\$750	-	3,7	1	0,1
\$750<BNP≤\$1500	-	3,4	1,1	-0,7
\$1500<BNP≤\$3000	5,9	1,8	1,1	2,5
\$3000<BNP≤\$6000	2,8	1,7	0,3	-
BNP>\$6000	1,9	-0,5	-	-

Tabell 3 Vekstrater per innbygger for ulike inntektskategorier i forhold til omfanget av barnedødelighet, 1965-99.

Vekstraten er gjennomsnittet av inntektsvekstraten for alle landene som inngår i de ulike kategoriene.

Kilde: *Macroeconomics and Health, Investing in Health for Economic Development* (Sachs et. al 2001).

Masud and Yontcheva (2005) hevder å finne en klar sammenheng mellom spedbarnsdødelighet og ulike indikatorer som angir et lands økonomisk vekst og utvikling. Land med et høyt omfang av spedbarnsdødelighet karakteriseres av begrensede lese- og skriveferdigheter blant kvinner. De finner også at land med mindre grad av urbanisering karakteriseres av et høyere omfang av spedbarnsdødelighet. Urbanisering og økt produktivitet i jordbruket er forbundet med en nedgang i omfanget av spedbarnsdødelighet. Sammenhengen mellom helse og inntektsnivå bekreftes også ved såkalte *poverty headcounts*. Jo høyere omfang av fattigdom, desto høyere omfang spedbarnsdødelighet. Like viktig, finner de også en sammenheng mellom de ulike indikatorene for menneskelig utvikling;

“As is the case with infant mortality, higher illiteracy rates appear to be associated positively with higher poverty levels and negatively with the level of urbanization and rural development” (ibid).

Tilsvarende finner også Schultz (1999) at observerte variasjoner i utviklingen i sentrale helseindikatorer i perioden 1960 til 1985 har en sammenheng med variablene; (*log*) *inntektsnivå per innbygger, skolegang blant kvinner ti år før målingen, urbanisering eller jordbruksavhengighet* i tillegg til en *tidstrend*. Samtlige av disse variablene har en direkte eller indirekte sammenheng med et lands inntektsnivå og økonomiske utvikling.

Jeffrey D. Sachs går et steg videre hva angår sammenhengen mellom helse og inntektsnivå. Han har ved en rekke anledninger argumentert for at det er grunnlag for å hevde at helsesituasjonen i Afrika sør for Sahara er en av flere faktorer som kan bidra til å forklare stagnerende inntektsutvikling i regionen. Med utgangspunkt i datamateriale for perioden 1965 til 1990 hevder han blant annet at helsesituasjonen i de fleste land i Afrika sør for Sahara begrenset den årlige veksten med hele 0,8 prosent i den angitte perioden (Sachs, 1997).

Kausalitetsforholdet mellom helse og inntektsutvikling er også bærende for rapporten *Rising to the Challenges* (2004). Her kommer det fram at demografiske variabler forklarer om lag halvparten av differansen i inntektsveksten mellom Afrika sammenlignet med resten av verden i perioden 1965-90 (ibid; 1). Dette korresponderer i stor grad med en rapport fra

Verdensbanken (2004), hvor det hevdes at AIDS bidrar til å hindre økonomisk vekst med om lag 0,3-1,5 prosentpoeng årlig, avhengig av omfanget av epidemien. I 2001 var 7,3 prosent av Afrikas befolkning smittet av HIV-viruset. I samtlige av de øvrige verdensregioner er omfanget av HIV-smitte under 1 prosent (Sachs et. al, 2004).

Tilsvarende argumenter fremkommer også i en studie av Sachs og John Like Gallup (1999). De fant at vekstraten per innbygger i land med et betydelig omfang av malaria var 1,3 prosent lavere enn tilfellet for andre land (korrigert for inntektsnivå, økonomisk politikk, geografi og forventet levealder) i perioden 1965-90. Sachs og Gallup (1999) hevder videre at omfanget av såkalte *tropical diseases* bidrar til å ytterligere forsterke korrelasjonen mellom helse og inntektsnivå i en rekke land i Afrika sør for Sahara. Dette gjelder spesielt i forhold til omfanget av malaria som er en sentral forklaring på de høye dødelighetstallene i en rekke land i regionen. Hele 90 prosent av de 1 til 3 millioner dødsfall som følger av malaria er lokalisert i Afrika sør for Sahara (Sachs et. al, 2004). I tillegg er de fleste som rammes av malaria barn og unge, hvilket forsterker *The Economic Burden of Malaria*. I artikkelen med samme navn hevder Sachs og Gallup (2001) at;

“Malaria risk has always been geographically. Intensive malaria is confined to the tropical and subtropical zone. Poverty is also geographically specific. Poor countries predominate in the same regions as malaria. Almost all of the rich countries are outside the bounds of intensive malaria” (ibid; 86).

I rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* (2004) blir det hevdet at malaria er kilde til en klassisk *fattigdomsfelle*. Som en sentral forklaring på det høye omfanget av barnedødelighet bidrar malaria til å fremme høye fødselsrater og dermed utsette den demografiske transformasjonen. Sykdommen bidrar også til å redusere produktivitet i regionen. Det blir også hevdet at malaria bidrar til å begrense omfanget av direkteinvesteringer fra utlandet i en rekke land (Sachs et. al, 2004). I kombinasjon bidrar de overnevnte forholdene dermed til å underbygge antakelsen om at helsesituasjonen i dagens utviklingsland bidrar til å forringe vilkårene for økonomisk vekst og utvikling.

De nevnte bidragene understreker alle hvordan det høye omfanget av (spesielt) malaria og HIV/AIDS i Afrika sør for Sahara utgjør en samfunnsøkonomisk byrde. Med utgangspunkt i sine studier hevder Sachs (2001; 2004) at kausalitetsforholdet mellom helse og inntektsnivå gir grunnlag for å forvente at forebygging av sykdom kunne bidra til å fremme økonomisk vekst. Det negative kausalitetsforholdet mellom helse og inntektsnivå blir dermed betraktet som grunnlag for å anta investeringer og tilhørende forbedringer i et lands helsesituasjon vil kunne bidra til å fremme økonomisk vekst. På tilsvarende måte hevder også Bloom og Canning (2004) at det er grunnlag for å påstå at forbedringer i helsesituasjonen i dagens utviklingsland vil bidra til å fremme økonomisk vekst:

“Empirical studies show that health improvements provide a significant boost to economic growth in developing countries. This leads to the view that health, like education, is a fundamental component of human capital, and suggests the notion of health-led growth. Better health leads to higher income, but there is also a positive feedback effect, giving rise to a beneficial situation where health and income improvements are mutually reinforcing.”

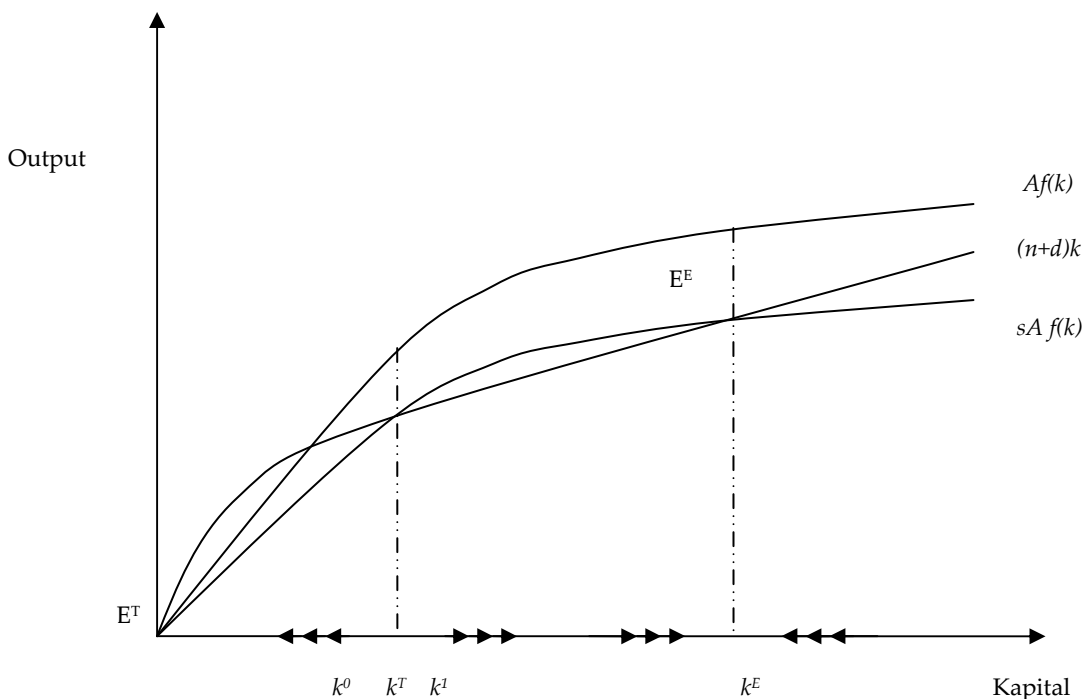
3.3 *An exit strategy from the poverty trap*

Ifølge rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* er det ikke i tvil når det gjelder de politiske implikasjonene av det påviste kausalitetsforholdet mellom helse og inntektsnivå (Sachs et. al 2004). For å komme ut av den såkalte fattigdomsfellen er regionen avhengig av et såkalt *big push* av bistandsoverføringer;

"We propose to increase the capital stock in the step as it were through a large, well targeted infusion of foreign assistance. In other words, we are arguing not for endless flows of increased aid, and not aid as simple charity, but rather for increased aid as an exit strategy from the poverty trap. For those who fear that aid increases dependency, our response is that aid that is ambitious enough would actually end Africa's dependency. Moreover, we see no other likely successful strategy for ending Africa's poverty trap."

Internasjonale kapitalmarkeder kan ikke forventes å frembringe den typen risikokapital som kreves for å løfte dagens utviklingsland ut av fattigdomsfellen. For å oppnå økonomisk vekst og utvikling hevder Sachs et. al (2004) at dagens utviklingsland forblir avhengige av vesentlige økninger i internasjonale kapitaloverføringer.

I figur 5 følger en modifisert utgave av den klassiske vekstmodellen, under den forutsetning av overdreven høy befolkningsvekst bidrar til en såkalt fattigdomsfelle. Vi antar at økt inntektsnivå vil føre til en utbygging av helserelaterte tiltak, som igjen vil bidra til å fremme et lands helsesituasjon. Det betyr at inntektssituasjonen i en periode vil kunne bestemme omfanget av helsetiltak og investeringer i samme periode, hvilket igjen vil kunne påvirke et lands helsesituasjon.



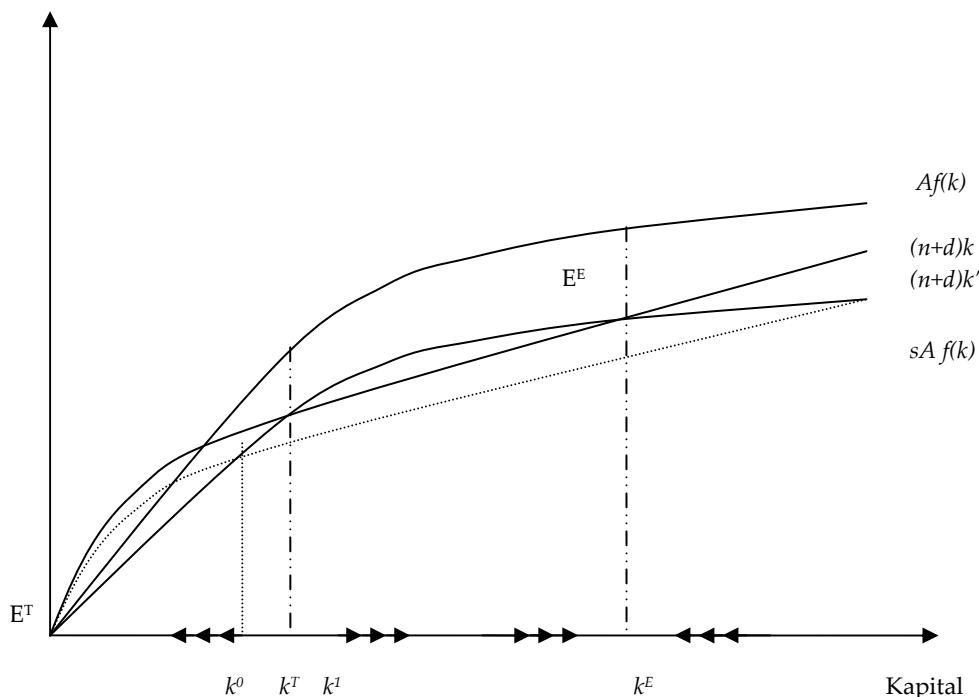
Figur 5 Når overdreven befolkningsvekst utgjør en fattigdomsfelle

Med modellen følger antakelsen om at vekstprosessen vil kunne initieres av et *big push* av bistandsoverføringer. Vi antar derfor at vi foretar en bistandsoverføring som er tilstrekkelig stor til å utgjøre "...an exit strategy from the poverty trap."

Overført til modellen innebærer dette at det samlede kapitalnivået (etter overføringen) blir større enn k^T . Det betyr at bistandsoverføringen fører til at økonomien kommer inn i den positive vekstbanen, der stigningen på $sAf(k)$ er høyere enn for stigningstallet på kurven som angir kapitalslit og befolkningsvekst ($(n+d)k$). På lengre sikt vil dette kunne bidra til at landet selv vil kunne spare det som er nødvendig slik at den økonomiske veksten vedvarer, hvilket vil frigjøre landet fra en situasjon hvor de forblir avhengig av bistand. Økonomien vil bevege seg mot den positive steady-state likevekten der sparingen er lik befolkningsvekst og depresieringsraten ($k = k^E$ og $q = Af(k^E)$).

Punktet k^T er en *ustabil likevekt*. Det betyr at dersom vi befinner oss i punktet k^T vil en marginal nedgang kapitalnivået føre til at vi går inn i den negative vekstbanen og ender i en steady-state likevekt der $k = 0$ og $q = Af(k) = 0$. På den annen side vil også en mindre kapitaloverføring eller reduksjon i befolkningsveksten føre til at økonomien beveger seg inn i den positive vekstbanen. I bistandssammenheng innebærer dette at bistandsoverføringer til land med inntektsnivå i nærheten av k^T har et betydelig større potensial sammenlignet med mottakerland med inntektsnivå i nærheten av $k=0$.¹⁷

Vi kan også påvirke betingelsene for økonomisk vekst ved å foreta spesifikke tiltak som bidrar til å fremskynde den demografiske transformasjonen. Utbedringer i helsesituasjonen, i form redusert mortalitet og befolkningsvekst. I figur 6 gjenspeiles dette av en parallellforskyvning av $(n+d)k$. Den nye linjen $(n+d)k'$ gir oss et lavere kapitalnivå for den kritiske grensen for k , det kapitalnivået som er nødvendig for at økonomien beveger seg inn i en vekstbane som innebærer at de er i stand til å selvfinansiere den økonomiske vekst.



Figur 6 Effekten av tiltak som bidrar til å fremskynde den demografiske transformasjonen

¹⁷Dersom vi står overfor en resultatorientert giverpolitikk kan dette bety at land med et gjennomsnittlig nivå på inntekt og helse prioriteres på bekostning av land med langt mer dyptgående utfordringer i helsesektoren og med lavere inntektsnivå.

Bloom og Jamison (2004) mener at det er grunnlag for å anta at utbedringer i helse kan bidra til å fremme økonomisk vekst i dagens utviklingsland. De viser blant annet til den klassiske vekstmodellen idet de hevder at,

“The initial beneficiaries of health improvements are often the most vulnerable group: children. Lower infant mortality initially creates a baby-boom cohort and often leads to a subsequent reduction in the birth rate as families choose to have fewer children in the new low-mortality regime. A baby-boom cohort is thus unique and affects the economy profoundly as it enters education, then finds jobs, saves for retirement, and, finally, leaves the labour market. The cohorts before and after a baby boom are much smaller. If better health improves an economy’s productive potential, we would expect good health to go hand in hand with higher steady-state output.”

Bloom og Jamison (2004) hevder videre for at sammenhengen mellom helseinvesteringer og økonomisk vekst forsterkes av det faktum at redusert dødelighet og befolkningsvekst vil føre til positive endringer i publikums avveining mellom sparing og konsum.¹⁸ Dette vil få svært positive makroøkonomiske effekter.¹⁹

“The idea of planning for retirement occurs only when mortality rates become low enough for retirement to be a realistic prospect. Rising longevity in developing countries has opened a new incentive for the current generation to save—an incentive that can have dramatic effects on national saving rates. While this saving boom lasts for only one generation and is offset by the needs of the elderly once population aging occurs, it can substantially boost investment and economic growth rates while it lasts.”

Bloom og Jamison (2004) forutsetter at de foreslåtte investeringene vil føre til faktiske forbedringer i helsesituasjonen i dagens utviklingsland. Videre antas også at forbedringer i helsesituasjonen på lengre sikt vil kunne spore til økonomisk vekst og utvikling.

I bistandssammenheng innebærer den økonomiske tilnærmingen at investeringer i helse betraktes som et virkemiddel for å fremme økonomisk vekst og utvikling. Det betyr at forbedringer i folkehelsen har en *instrumentell verdi* i form av en forventning om en påfølgende inntektsvekst.²⁰

Den økonomiske tilnærmingen og instrumentelle verdien av helseinvesteringer er også dominerende for arbeidene til kommisjonen for makroøkonomi og helse. I kommisjonsrapporten *Investing in Health for Economic Development* (2001) understrekes det at resultater, i form av bedret helse og økonomisk vekst, forblir avhengig av økonomisk og politisk satsing i dagens utviklingsland. Dette gjelder spesielt for en rekke land i Afrika sør for Sahara, som kjennetegnes av en kombinasjon av lav inntektsnivå og et høyt omfang sykdom og dødelighet. Sachs har også (2001; 2004; 2007) understreket at utfordringer i den globale helsesituasjonen ikke er en oppgave som ikke er forbeholdt politiske myndigheter i

¹⁸Modellsammenhengen er gjengitt i appendiks, tabell III

¹⁹De langsiktige implikasjonene av dette kan også analyseres med utgangspunkt i intertemporale modeller. Aktuell i den forbindelse er blant annet *livsløpshypotesen* (LCH). LCH-modellen er basert på antakelsen om at publikum tilpasser konsum- og spareprofil i forhold til livsfaseendringer i gjeldende budsjettrestriksjoner for en gitt tidshorisont.

²⁰For mer om diskusjonen knyttet til den *instrumentelle* verdien av utbedringer i menneskerettigheter, se Amartya Sen (2000) *Development as Freedom*.

de landene som er hardest rammet. Ifølge kommisjonen for makroøkonomi og helse kreves en betydelig økning i den totale giverlandsstøtten for å imøtegå de fastsatte Millenniumsmålene. Nokså spesifikt blir det hevdet at dette vil kreve en økning av helserelatert bistand til 27 milliarder dollar innen 2007 og 38 milliarder dollar per år innen år 2015. Dette tilsvarer en offisiell utviklingsstøtte (ODA) på 0,1 prosent av BNI til helseformål. I dag er den totale ODA-støtten på 0,2 prosent av BNI og til helse går det 0,01 prosent. Om alle land økte sin ODA-støtte til 0,7 prosent ville den totale støtten bli på 200 milliarder dollar i år 2007.

Kommisjonsrapporten presenterer også detaljerte forslag til spesifikke løsninger på de forestående helserelaterte utfordringene i dagens utviklingsland. Forslag til tiltak innenfor helsesektoren er formulert i svært konkrete utviklingsplaner. En betydelig økning i omfanget av helsespesifikke og generelle bistandsoverføringer fremholdes imidlertid som den viktigste forutsetningen for å imøtegå de gjeldende utfordringene i helsesituasjonen i dagens utviklingsland.

3.4 A Big Push Deja Vu?

På ulike måter argumenterer Mishra og Newhouse (2007), i likhet med rapportene *Ending Africa's Poverty Trap* (2004) og *Investing in Health for Economic Development* (2001) for en betydelig økning i dagens nivå for helsespesifikke og generelle bistandsoverføringer. Begrunnelsen og argumentasjonen for anbefalingene varierer, men konklusjonen er stort sett den samme: Vi er prisgitt økninger i overføringer for å kunne oppnå de fastsatte Millenniumsmålene for helse.

Det er viktig å ha en forståelse for begrensninger og rekkevidde ved modellapparatet og det rammeverket som benyttes som grunnlag for de helsepolitiske anbefalingene.

Ønsket om å forklare globale inntektsforskjeller er et påfallende trekk ved bistands- og utviklingsforskningen. Et viktig bidrag fra samfunnsøkonomifaget er analyser som ser på mulige forhold som kan bidra til å forklare bakgrunnen for inntektsforskjeller på tvers av land og regioner. Helse er utilsomt et av flere forhold som bidrar til å vanskeliggjøre vilkårene for økonomisk vekst i dagens utviklingsland. Det er imidlertid viktig å være klar over at kausalitetsforholdet mellom et lands helse og inntektsnivå går i begge retninger. Det er liten tvil om at inntektsnivå er en sentral forklaring forskjellene som preger den globale helsesituasjonen.

Rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* (2004) følger opp den påviste negative sammenhengen mellom helse og inntektsnivå, og hevder det er grunnlag for å påstå at helsesituasjonen (spesielt) i Afrika sør for Sahara, bidrar til at regionen forblir fanget i en fattigdomsfelle. Nokså påfallende for rapporten er antakelsen om at den negative sammenhengen mellom helse og inntektsnivå er ensbetydende med den potensielle gevinsten forbundet med utbedringer av helsesituasjonen i dagens utviklingsland. Den *instrumentelle verdien* av helseinvesteringer brukes som argument for økte bevilgninger til helserelaterte tiltak og investeringer i dagens utviklingsland. Investeringer og tilhørende forbedringer i helsesituasjonen i fattige land betraktes som et virkemiddel for å fremme økonomisk vekst i dagens utviklingsland.

Rapporten benytter også en modifisert utgave av den klassiske vekstmodellen for å understreke sammenhengen mellom helse og inntektsnivå. Den samme modellsammenhengen er også utgangspunktet for den presenterte løsningen på den såkalte *fattigdomsfellen*. Økninger i generell og sektorspesifikk bistand (til et kapitalnivå over kritisk grense k^T) skal bidra til å bedre vilkårene for økonomisk vekst. En opplagt svakhet med modellen er at den ikke spesifiserer hvor mye som kreves av overføringer for å løfte et land ut av den såkalte fattigdomsfellen.

Den presenterte modellen hviler på en rekke forutsetninger. Argumentasjonen i den nevnte rapporten antyder blant annet en nokså entydig sammenheng mellom bistandsoverføringer og utviklingen i et lands helse og inntektsnivå. Mye tyder på at sammenhengen mellom utviklingen i helse og inntektsnivå ikke er så entydig som forutsatt i den enkle modellen.

Dette gjenspeiles blant annet av tvetydigheten som preger utvalget av studier som ble gjennomgått i avsnitt 3.2. Empiriske studier viser at sammenhengen mellom bistandsoverføringer og indikatorer som inngår i indeksen for menneskelig utvikling (HDI) på ingen måte er entydig.

Det er også grunn til å understreke at korrelasjonen mellom økonomisk vekst og utviklingen i indikatorer for et lands helsesituasjon forblir avhengig av den faktiske fordelingen av inntektsveksten. Det er ikke gitt at en inntektsøkning alene vil kunne sikre den enkelte husholdning tilgang til grunnleggende og nødvendige helsetjenester. Antakelsen om en direkte sammenheng mellom den enkeltes inntektsnivå og helsesituasjon forutsetter at det eksisterer et marked for helsetjenester. For at en eventuell inntektsøkning skal gi de forventede resultater kreves det derfor at myndigheter eller private aktører etablerer helsetjenester som faktisk muliggjør investeringer i medisiner og helsetjenester. I andre rekke forutsettes også at investeringer i helse er effektive, i den forstand at de bidrar til å fremme den enkeltes helsesituasjon.

I en kommentar til rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* hevder William Easterly at ideene til Jeffrey D. Sachs og hans kolleger minner om *teknokratiske* utviklingsplaner som var gjennomgående for bistand og utviklingspolitikken på 1960- og 1970-tallet. Han hevder blant annet at Sachs' ideer og forslag til reformer er en renessanse av gamle virkemidler i bistandstenkningen. Han viser til begrensede resultater forbundet med tidligere tiltak, og argumenterer for at dette er grunnlag nok for å tilbakevise optimismen som viser seg gjennomgående for ideene som fremmes av Sachs og hans tilhengere.

Han er kritisk til antakelsen om at de forestående utfordringene i dagens utviklingsland utelukkende kan løses med økte bevilgninger til helserelaterte tiltak og investeringer. Easterly hevder at begrensede resultater forbundet med tidligere tiltak bør ses i sammenheng med den rådende antakelsen om at bekjempelse av fattigdom er en storstilt, men enkel prosess. Han hevder at Sachs bør justere sine ambisjoner og i større grad betrakte utvikling som en skrittvis prosess. Han mener at bistands- og utviklingspolitikken i større grad bør baseres på en *inkrementell tilnærming* til utviklingsspørsmålet. Nokså gjennomgående hevder Easterly at vi er tjent med å gå bort fra storslåtte planer og heller

redefinere bistands- og utviklingspolitikkenes grunnleggende målsetning til; "...to benefit some poor people some of the time." (2003; 40).

William Easterly representerer utvilsomt en motvekt og en kritiker av Sachs' arbeider i den internasjonale bistandsdebatten. Nokså påfallende for Easterlys bidrag er imidlertid at han i liten grad bidrar til nytenkning. Han er kritisk, men presenterer i svært liten grad forslag til løsninger på gjeldende utfordringer i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken.

Felles for bidragene som mener å presentere løsninger på de gjeldende utfordringene i den globale helsesituasjonen er antakelsen om at begrensede resultater skyldes at tidligere overføringer ikke har vært tilstrekkelig store. Jeg vil argumentere for at den noe entydige fokuseringen på volum fører til at man utelater diskusjonen omkring valgte virkemidler, hvordan bistandsmidlene faktisk er blitt benyttet. En slik diskusjon er viktig, fordi det vil kunne gi oss svar årsaken til den begrensede sammenhengen mellom målsetninger og den faktiske utviklingen i den globale helsesituasjonen. Jeg tror vi kan være tjene med å ta stilling til dette før vi foretar økninger i helsebistanden i størrelsesordenen som antydnet av Mishra og Newhouse (2007), i likhet med kommisjonen for makroøkonomi og helse og rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* (2004).

Jeg er kritisk til anbefalingene som fremgår i studien til Mishra og Newhouse (2007); at den beste løsningen for å imøtegå gjeldende utfordringer i den globale helsesituasjonen er knyttet til økninger i helserelatert bistand basert på *historiske estimater*. Mye tyder på at effektiviteten forbundet med helserelatert bistand har endret seg betydelig og i forhold til valgte virkemidler i løpet av perioden som inngår i datamaterialet til Mishra og Newhouse.²¹ Historisk effektivitet som utgangspunkt for å anslå hvor mye som kreves for å imøtegå Millenniumsmålene dermed er noe misvisende. De modifierer imidlertid sine estimater, men utelukkende i forhold til omfang, i det de understreker at;

"These calculations should be interpreted with caution, however, since the underlying estimates used to derive these figures approximate the effect of marginal rather than large changes in aid."

Med henvisning til Mishra og Newhouse (2007) og den påviste effekten av helserelatert bistand, er det også viktig å understreke at dette ikke endrer det faktum at den globale helsesituasjonen kjennetegnes av betydelig avstand mellom fastsatte mål og virkelighet i en rekke land og regioner. De påpeker viktigheten av sektorspesifikk bistand, men tar ikke stilling til den faktiske fordelingen av de foreslåtte overføringene. Gjeldende utfordringer og den foregående utviklingen i den globale helsesituasjonen peker på viktigheten av å sette inn tiltak som begrenser de regionale og inntektsbaserte forskjellene i den globale helsesituasjonen. Dette understrekes også i arbeidene til kommisjonen for *Makroøkonomi og Helse* (2001) og rapporten *Ending Africa's Poverty Trap* (2004).

²¹Dette vil illustreres og drøftes mer inngående i den siste delen av utredningen.

DEL II

BETINGELSENE FOR BISTAND SOM ET VIRKEMIDDEL FOR Å FREMME HELSE, ØKONOMISK VEKST OG UTVIKLING

Økt bevissthet omkring betingelsene for bistand kan ses i sammenheng med Verdensbanksrapporten *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why* (1998). Viktige premissleverandører for studier i forkant og etter rapportutgivelsen var blant annet verdensbanksøkonomene Burnside og Dollar (2000; 2004). I en rekke påfølgende artikkelserier fastholdte de på konklusjonen om at effekten av bistand avhenger av *institusjonell kvalitet* og *fornuftig politikk* i mottakerlandene.

I denne delen av utredningen vil jeg se nærmere på ulike forhold som antas å påvirke kvaliteten på bistandsfinansierte tiltak og investeringer. I drøftingen vil jeg forsøke å besvare følgende spørsmål:

- *Hva er avgjørende betingelser for bistand som et virkemiddel for å fremme helse, økonomisk vekst og utvikling?*

På ulike måter vil dette spørsmålene bidra til økt forståelse for den påviste avstanden mellom målsetninger og faktiske resultater i den internasjonale helsepolitikken, den overordnede problemstillingen i denne utredningen. Gjennomgående for drøftingen er antakelsen om at fravær av det som betraktes som grunnleggende betingelser for bistand også kan bidra til økt innsikt omkring betingelser for initieringen av helserelaterte tiltak og investeringer.

I kapittel 4, *Bistandens Dilemma* følger en gjennomgang av ulike forhold som vanskeliggjør bruk av bistand som et virkemiddel for å fremme vedvarende vekst og utvikling.

Gjennomgående for drøftingen i kapittel 4 er antakelsen om at vi står overfor altruistiske givere. Det er imidlertid mye som tyder på at begrensede resultater forbundet med tidligere bistandstiltak også kan forklares med karakteristika ved giverne. I kapittel 5 *Giverpolitikk*, vil jeg se nærmere på antakelsen om at giverpolitiske interesser har bidratt til å forringe effektiviteten til tidligere bistandstiltak og investeringer.

I kapittel 6 vil jeg se nærmere *Mottakerforklaringer* som kan bidra til å forklare hvorfor ikke bistand har gitt de ønskede resultater. I drøftingen vil jeg forfølge Burnside og Dollars påstand, om at effekten av bistanden avhenger av institusjonell kvalitet og politisk vilje i mottakerlandet. Med denne påstanden følger en antakelse om at manglende resultater forbundet med helserelaterte tiltak og overføringer forklares av begrenset evne og vilje på mottakersiden. Jeg vil foreta en utvidelse av Burnside og Dollars institusjonsbegrep og se nærmere på betydningen av politisk vilje til reformer, elementer ved allokeringssystemet, samt karakteristika ved gjeldende helsetjenester i mottakerlandene.

Som bistandsform er helseinvesteringer underlagt kravet om *bistandseffektivitet*. Bistandseffektivitet som begrep ble først etablert på 1990-tallet, og har fått en stadig mer sentral rolle i bistandsdebatten (Tarp, 2004). Til tross for skepsis synes det å være en nokså

bred enighet om at bistandseffektivitet er en forutsetning for at en implementering av bistandsfinansierte prosjekter skal gi tilfredsstillende resultater. Effektivitetsvurderinger og ønsket om å bedre betingelsene til helsebistanden var også den uttalte hensikten med å kartlegge *The Global Burden of Disease* (GBD) ved å se på omfanget av *Disability Adjusted Life Years* (DALYs). Murray og Lopez (1997) hevder blant annet at;

“The assessment of the public-health has been hampered by the lack of common methods to investigate the overall, worldwide burden of disease. The Global Burden of Disease Study (GBD) provides a standardised approach to epidemiological assessment and uses a standard unit, the disability-adjusted life year (DALY), to aid comparisons.”

Avslutningsvis i del II følger en gjennomgang av beregningen av DALYs. Hensikten med gjennomgangen er ønsket om å illustrere mulige etiske og fordelingspolitiske implikasjoner forbundet med økt bruk av evalueringer og kravet om bistandseffektivitet i den internasjonale helsepolitikken.

4 Bistandens dilemma

Bistands- og utviklingspolitikken innebærer en ressursoverføring fra rike til fattige land gjennom tiltak og kapitaloverføringer for å forsterke langsiktig utvikling, håndtere humanitære kriser, støtte opp om fredsbygging og bidra i overgangen fra krise til utvikling. Den operasjonelle definisjonen av bistand eller *Official Development Assistance*, (ODA) er:

*"Flows of official financing administered with the promotion of the economic development and welfare of developing countries as the main objective."*²²

Det overordnede målet for bistands- og utviklingspolitikken er å fremme økonomisk vekst og utvikling. Hvorvidt bistanden bidrar til å fremme økonomisk avhenger av inntektsutviklingen i mottakerlandene. I Bistandskommisjonens rapport *Norsk Sør-politikk for en verden i endring* blir utvikling definert som:

"..en positiv endringsprosess i samfunnet der de grunnleggende behov og rettigheter for alle sikres, samtidig som det skapes nye muligheter for videre bedring av levekår og livskvalitet" (Tungodden 1999, i Hagen og Pedersen, 1999).

Helsebistand har den hensikt å bedre helsesituasjonen i fattige land og begrense omfanget av inntektsrelaterte forskjeller i helse. Antakelsen om at friskere mennesker utgjør en viktig forutsetning og et grunnlag for å bedre vekstvilkårene i fattige land forklarer hvorfor forbedringer av helsesituasjonen i fattige land betraktes som et selvstendig mål og et virkemiddel i bistands- og utviklingspolitikken.

Ulike forhold som vanskeliggjør bruk av bistand som et virkemiddel for å fremme helse, økonomisk vekst og utvikling er kjernen i dette kapitlet. Jeg vil trekke fram implikasjoner for effektiviteten med helsebistand på grunnlag av innsikt om sentrale dilemmaer i utformingen av den generelle bistands- og utviklingspolitikken.

I avsnitt 4.1 følger en gjennomgang av det såkalte *fungibilitetsproblemet*. Her skal vi se at fungibilitetsproblemet, eller vridningseffekter, skyldes at myndighetene i mottakerlandene er opptatt av mer enn bare helse. Med fungibilitet følger det at sektorspesifikke overføringer kan omfordeles til andre goder, hvilket betyr at bistandsgiveren vil miste oversikten over hva han faktisk finansierer.

I avsnitt 4.2 skal vi se at fungibilitetsproblemet kan danne grunnlag for *bistandsavhengighet*. Grunnlaget for bistandsavhengighet henger sammen med at mottakerlandene betrakter overføringer som permanente og tilpasser allokeringer deretter. I gjennomgangen følger også en drøfting av sektorspesifikke implikasjoner forbundet med bistandsavhengighet.

Tradisjonelt har innføring av *kondisjonalitetskrav* blitt betraktet som en mulig tilnærming for å begrense fungibilitetsproblemet. I avsnitt 4.3 følger en gjennomgang av erfaringer forbundet med innføring av kondisjonalitetskrav, og en tilhørende drøfting knyttet til mulige årsaker for de varierende resultatene.

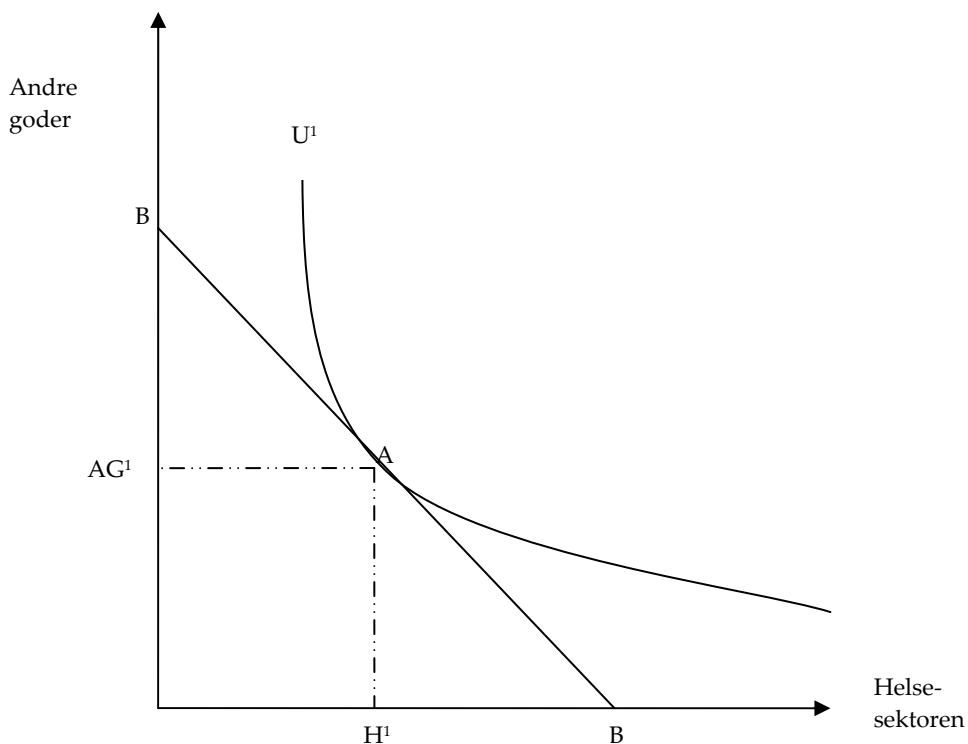
²²Definisjonen er hentet fra DACs hjemmesider, www.oecd.org/dac.

4.1 Fungibilitet

I tråd med idealet bør grunnlaget for å gi og yte bistand være *altruistisk motivert*. Idealet tilsier at motivasjonen for en bistandsoverføring utelukkende bør basere seg på ønsket om å bedre vilkårene for økonomisk vekst og utvikling, i tillegg til å begrense omfanget av fattigdom i mottakerlandet. Dette ønsket bør også være løsrevet fra snevre egeninteresser hos giveren. Idealet er imidlertid langt i fra uproblematisk.

Mye tyder på at omallokeringer av bistandsoverføringer vanskeliggjør vilkårene for altruistisk motiverte bistandsoverføringer. I dette avsnittet skal vi se at *fungibilitet* kan bidra til å forklare bakgrunnen for begrensede resultater forbundet med generelle og sektorspesifikke bistandsoverføringer.

En forholdsvis enkel modell kan bidra til å forklare det såkalte fungibilitetsproblemet (se figur 7). Vi antar at myndighetene allokerer tilgjengelige ressurser til helse og andre formål, som begge representerer *normale goder*. Myndighetenes foretrukne avveining mellom helse og andre goder er representert ved indifferenskurven U^1 . Av figuren fremgår det at myndighetenes tilgjengelige ressurser gir et nivå på overføringer til helse og andre goder tilsvarende H^1 og AG^1 .

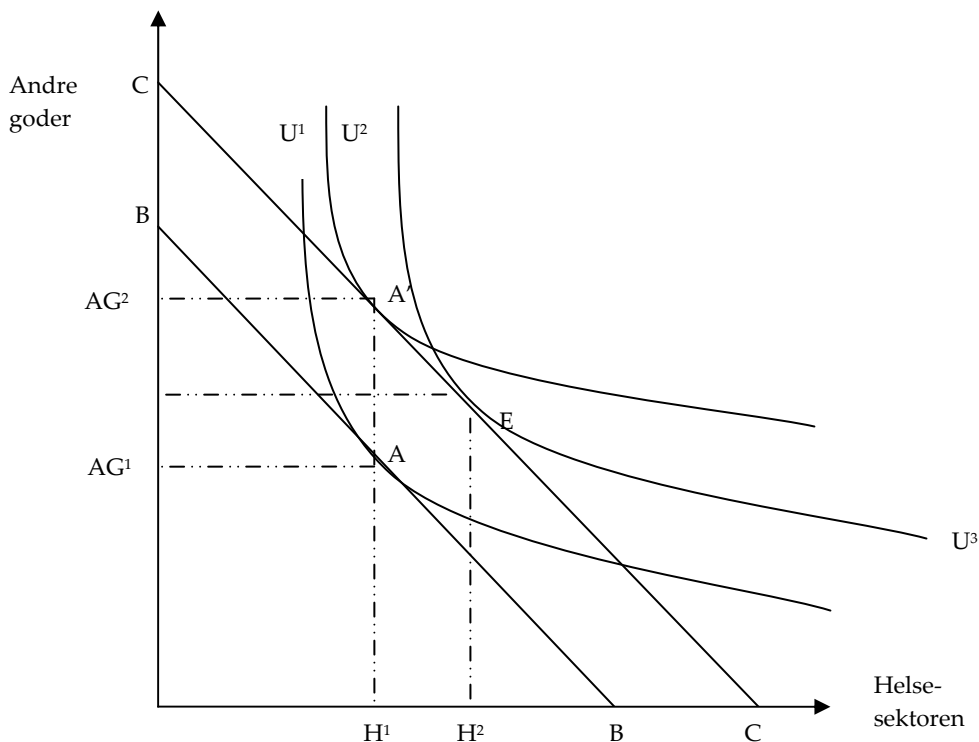


Figur 7 Allokering av ressurser til investeringer i helsesektoren og andre goder.

Behovsprøvd bistand innebærer at innstrømningen av bistand avhenger av uttrykt behov på mottakersiden. I sektorsammenheng betyr dette at høyere innenlandske bevilgninger vil redusere behov og faktisk innstrømning av bistand. For en helseorientert giver betyr dette at i tilfeller hvor myndighetene selvfinansierer helserelaterte tiltak vil omfanget av

bistandsoverføringer reduseres. En slik giverpolitikk vil dermed bidra til at innenlandske bevilgninger til utviklingsfremmende tiltak som helse og utdanning *beskattes* (Pedersen, 1999). Myndighetene i mottakerlandene vil ha incentiver til å trekke ut egne midler og la bistandsgiveren finansiere nødvendige allokeringer til helsesektoren.

I sin ekstreme form vil behovsprøvd bistand føre til *fullstendig fungibilitet* i den forstand at myndighetenes egne overføringer til helse fullt ut erstattes av bistandsoverføringer. Et tilfelle av fullstendig fungibilitet er gjengitt i figur 8.

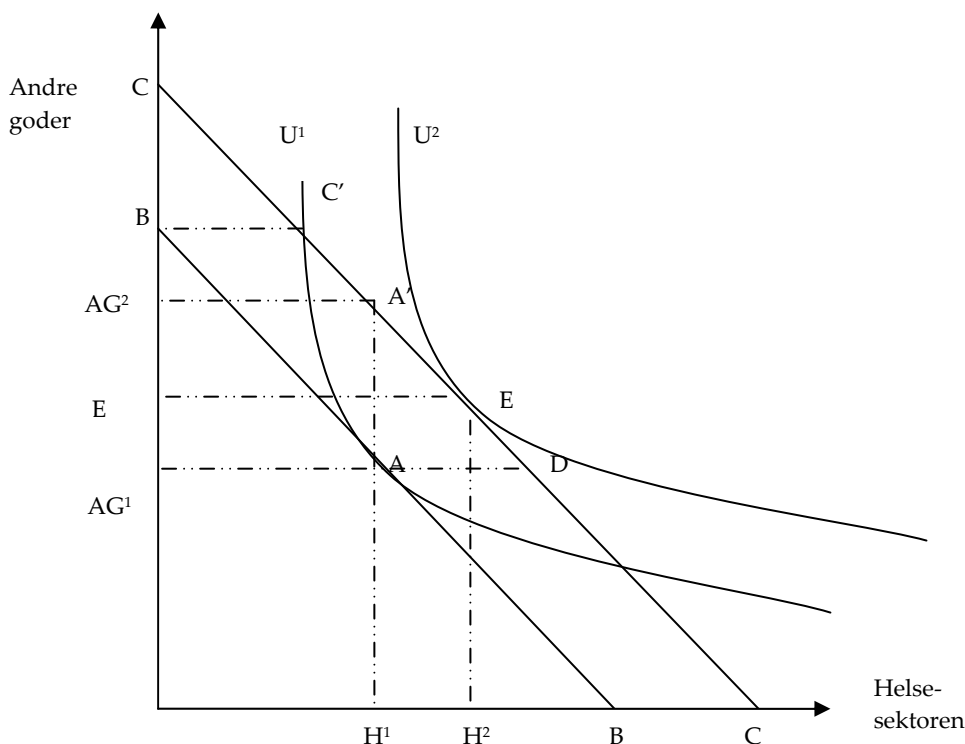


Figur 8 Fullstendig fungibilitet

Vi antar at mottakerlandet ønsker en relativ lik fordeling av andre goder og investeringer i helsesektoren. Giveren er imidlertid utelukkende opptatt av investeringer i helsesektoren, og foretar behovsprøvede overføringer for å sikre et gitt nivå for overføringer til helsesektoren (H^1). En slik giverpolitikk vil føre til at myndighetene tilpasser seg i punktet A' . Nivået for investeringer i helse opprettholdes (H^1), og frigjorte midler allokteres til andre goder (AG^2). Som det fremgår av modellen vil incentivet forbundet med behovsprøving tvinge myndighetene til å foreta allokeringer som ikke nødvendigvis samsvarer med en den ønskede sammensetningen av investeringer til helse og andre goder (punktet E). For giveren innebærer fullstendig fungibilitet begrenset oversikt over hva bistandsoverføringen faktisk finansierer.

Bistandsoverføringer til helse kan også være motivert av et ønske om å øke nivået for helseinvesteringer i mottakerlandet (til nivået H^2). Dette fører til at innenlandske overføringer til helsesektoren ikke beskattes på samme måte som i tilfeller med fullstendig behovsprøving. Vi antar at giveren er utelukkende opptatt av helse og derfor ønsker å

øremerke sin overføring til helse relaterte investeringer i mottakerlandet. Den nye budsjettrestriksjonen er gitt ved $BC'C$, der BC' representerer størrelsen på overføringen og den minste mulige allokeringen til helse.



Figur 9 Delvis fungibilitet

For myndighetenes avveining mellom helse relaterte prioriteringer og andre goder, er den nye optimale ressursallokeringen gitt ved punktet E. Den ønskede fordelingen mellom investeringer i helsesektoren og andre goder opprettholdes, men med et høyere nivå på overføringene til begge sektorene. Vi ser at allokeringen til helse øker, men øremerking til tross, er ikke økningen lik den samlede bistandsoverføringen (avstanden BC'). Vi står overfor et tilfellet med *delvis fungibilitet*: De øremerkede midlene frigjør myndighetenes opprinnelige allokeringer til helse, hvilket betyr at frigjorte ressurser allokeres til andre goder. Dette skyldes at i fravær av kondisjonalitetskrav vil mottakeren likevel ha et spillerom hva angår den faktiske allokeringen av bistandsoverføringen. På samme måte som i det første eksempelet, men i mindre grad, mister dermed giveren oversikten over hva bistanden til helse faktisk finansierer.

Fungibilitet skyldes at myndighetene ikke deler giverens entydige orientering for helse relaterte prioriteringer. For å unngå omfordelinger må dermed mottakerlandene fullt ut dele giverlandenes preferanser. I de fleste tilfeller er imidlertid myndighetene opptatt av mer enn bare helse. Fra mottakerlandenes ståsted vil en prioritering av andre goder kunne betraktes som høyst nødvendig fordi dette vil kunne innebære økte overføringer til sektorer og tiltak som viser seg å være langt mer underprioritert sammenlignet med helsesektoren. Dersom myndighetene opplever at basisbehovene for helse er dekket med det eksisterende investeringsnivået vil en omfordeling av ressurser til andre formål derfor oppfattes som

høyst *legitime*. Dette skyldes at den samfunnsøkonomiske marginalavkastningen for overføringer til underprioriterte tiltak og sektorer vil være høyere sammenlignet med investeringer i helsesektoren.

Motivet for omfordelingen endrer imidlertid ikke det faktum at overføringer som var ment å finansiere helserelaterte tiltak overføres til andre formål. Fra et sektorperspektiv vil dermed omfordelinger av bistandsmidler kunne bidra til å forklare årsaken til den begrensede resultater av generelle og helsespesifikke overføringer.

Fungibilitetsproblemet illustrerer hvordan bistandsoverføringer fullt ut eller delvis omallokeres til andre formål. I sektorsammenheng vil fullstendig fungibilitet innebære en invers sammenheng mellom omfanget bistandsoverføringer og innenlandske bevilgninger til helsesektoren. Mye tyder også på at bistandsoverføringer bidrar til økt importoverskudd og at statens inntekter holdes nede (Hagen, 1999). Overordnet innebærer dette at bistanden finansierer konsum heller enn langsiktige investeringer. Politikktutforming følger dermed en forventning om stadig tilføring av ekstern kapital. Bistanden blir betraktet som en erstatning for offentlige inntekter. Det er grunn til å tro at dette har bidratt til å fremme *bistandsavhengighet* i mottakerlandet.

4.2 Bistandsavhengighet

Det er vanskelig å måle bistandsavhengighet. Vanligvis benyttes indikatorer som den historiske utviklingen av bistandens andel av BNP eller offentlige utgifter. Et avgjørende spørsmål for å definere bistandsavhengighet er knyttet til hva bistandsoverføringen faktisk finansierer: i hvor stor grad avviker faktisk finansiering med givernes intensjoner for bistandsoverføringen? Et annet viktig spørsmål er knyttet til følgene av en eventuell nedfasing av bistandsoverføringene.

Pedersen (1999) hevder at spørsmålet om hvorvidt bistandsavhengighet utgjør et problem kan betraktes innenfor en statisk og dynamisk analyseramme, med tilhørende og motstridende tolkninger. I et statisk perspektiv er ikke bistandsavhengighet skadelig. Vi ser at bistanden tenderer til å øke importbehovet, redusere innenlandsk sparing og holde skatteinntektene nede. Det vil derfor være nærliggende å anta at dersom bistanden trappes ned, vil innenlandsk sparing øke, eksporten øke og myndighetene kreve større skatteinntekter. Fra en statisk perspektiv antas derfor at avhengigheten av bistand vil kunne reduseres i takt med bistandsinnstrømmingen.

I en dynamisk analyseramme er bistandsavhengighet langt mer alvorlig. Dette henger sammen med at myndighetene i mottakerlandene tilpasser den økonomiske og sosiale politikken etter en forventning om at store deler av statsbudsjettet kan dekkes av en stadig tilførsel av ekstern kapital. På lang sikt vil dette kunne føre til en svekkelse av den politiske styringsevnen i mottakerlandene. Det vil derfor være nærliggende å anta at reduksjon av bistanden i en overgangsfase vil føre til at mottakerlandet blir dårligere stilt enn om det aldri hadde mottatt bistand. Den dynamiske analysen av bistandsavhengighet illustrerer på mange måter *bistandens vedvarende dilemma*: En altruistisk giver vil ha vanskeligheter med å forsvare en nedtrapping av bistandsoverføringen, i visshet om at de man ønsker å hjelpe vil rammes først og mest dramatisk. I sin ekstreme form innebærer bistandens grunnleggende

dilemma at ønsket om å bidra til økonomisk vekst bidrar til å vanskeliggjøre vekstvilkårene i mottakerlandene. På lengre sikt er dermed kostnaden forbundet med bistandsavhengighet knyttet til et grunnleggende strukturtilpasningsproblem på mottakersiden.

Fungibilitet kan også ta form av at myndighetene i mottakerlandene foretar omfordelinger innad i sektoren. Dette kan blant annet skje ved at myndighetene foretar allokeringer som ikke fremmer kriteriet som sier at bistandsprosjekter skal være et midlertidig initiativ, et virkemiddel som på lengre sikt skal gjøre mottakerlandene i stand til å selvfinansiere en bærekraftig økonomisk utvikling. Dette er tilfellet når bistandsmidlene blir benyttet til å finansiere løpende utgifter. Det kan allikevel være gode økonomiske grunner bak disse valgene. Marginalkostnaden ved å finansiere offentlige utgifter er sannsynligvis ganske høy.²³ Det betyr at avkastningen på midler anvendt på drift og vedlikehold kan være minst like høy som avkastningen på nye investeringer. Dette gjelder særlig dersom givene ikke er villige til å bidra til å finansiere løpende utgifter. Obstfeld (1999) hevder at det i mange tilfeller vil være optimalt for myndighetene i mottakerlandene å konsumere mesteparten av bistanden.

I mange utviklingsland er bistandsaktører sentrale tilbydere av helsetjenester. På samme måte som tilfellet for overføringer er det grunn til å tro at prosjektbaserte tiltak kan bidra til å fortrenge lokalt engasjement. Myndighetene velger å ikke etablere tiltak som konkurrerer med bistandsfinansierte prosjekter, i forvisning om at oppgavene utføres av eksterne aktører. Synkende innsats i mottakerlandene fører til at mottakerlandets evne til å utføre aktiviteter som fortrenses av bistanden svekkes. Konsekvensen er at kunnskap og kompetanse vil forringes, og at læringseffekter ikke utnyttes fullt ut (Hagen, 1999). I tillegg vil også tilpasnings- og oppstartskostnader øke over tid.²⁴

Den tradisjonelle tilnærmingen for å unngå fungibilitetsproblemet har vært å etablere enkelttiltak innenfor områder som ligger utenfor myndighetenes interesseområde. I mange fattige land er psykisk utviklingshemmede en neglisjert gruppe. Etablering av helsetiltak for denne gruppen mennesker vil dermed ikke innebære en direkte fortrenning av lokalt engasjement. Det er imidlertid verdt å stille spørsmål til hvorvidt slike initiativ er opprettholdbare. Dersom bistandsaktørene trekker seg tilbake er det lite trolig at myndighetene i mottakerlandet vil kunne finansiere eller opprettholde disse helsetiltakene. Dersom myndighetene aldri har betraktet slike tiltak som sitt anliggende er det lite trolig at de vil påta seg oppgaven dersom bistandsaktørene trekker seg ut. I så måte vil slike initiativ opprettholde myndighetenes neglisjering av den underprioriterte gruppen. På lang sikt er dette ensbetydende med at humanitære aktørers engasjement overtar og fortrenger lokale myndigheters initiativ som leverandør av grunnleggende helsetjenester, mens den underprioriterte gruppen forblir sårbar for bistandsaktørenes fortsatte engasjement.

²³I mange tilfeller er marginalkostnaden forbundet med sparing og investeringer i langsiktige prosjekter høy. Myndighetene legger ikke vesentlig vekt på velferden til framtidige generasjoner ved allokeringen av bistanden. Marginalavkastningen forbundet med konsum i dag enn langt større enn marginalkostnaden forbundet med å spare og investere i prosjekter som kan gi grunnlag for framtidig vekst og utvikling (jfr. Easterly, 2002).

²⁴Det er verdt å understreke at omfanget av denne problemstillingen forblir et *kontrafaktisk spørsmål*: *Hva ville myndighetene gjort i fravær av bistandsfinansierte tiltak og investeringer?*

4.3 Kondisjonalitet

Innføring av kondisjonalitetskrav har vært den tradisjonelle løsningen for å omgå funktionsproblemet (og bistandsavhengighet). Hensikten med kondisjonalitetskravene er å tvinge fram politikkendringer i mottakerlandet som er i samsvar med giverens interesser. Antakelsen har vært at kondisjonalitetskrav skal gjøre det mulig å omgå bistandens underliggende dilemma. En vellykket gjennomføring av kondisjonalitetskrav vil dermed føre til at vridningseffekten forbundet med bistandsoverføringene begrenses.

Det kan være formålstjenelig å skille mellom økonomisk og politisk kondisjonalitet. *Økonomisk kondisjonalitet* dreier seg om krav til reformer i den innenlandske økonomiske politikken og tar sikte på å påvirke myndighetenes prioriteringer i en retning som fremmer den altruistiske giverens interesser. Dette kan blant annet gjennomføres som et krav til myndighetene i mottakerlandet om økte eller opprettholdte bevilgninger til helse som en forutsetning for å motta ytterligere tilskudd til helsesektoren. Helseprioriteringer kan også integreres i *politiske kondisjonalitetskrav*, i form av krav om helsepolitiske reformer på mottakersiden slik at myndighetenes politikk i større grad korresponderer med giverens målsetninger.

Et viktig spørsmål er knyttet til hvorvidt innføring av kondisjonalitetskrav har bidratt til at å bedre betingelsene bistand som et virkemiddel for å fremme helse, økonomisk vekst og utvikling i mottakerlandene. Svaret avhenger om bistand betinget på reformer har bidratt til en endring av politikken i mottakerlandene. Studier tyder på at krav forbundet med bistandsoverføringer i liten grad har bidratt til å effektivisere bistandsoverføringene (Rattsø et. al, 2006). Mye tyder på at giverne raskt oppdaget hvor vanskelig det var å få myndighetene i mottakerlandene til å gjennomføre reformene de ble pålagt for å få lån. I første omgang førte det til strengere betingelser og mer omfattende krav. Etter hvert som flere studier dokumenterte en lav gjennomføringsgrad i mottakerlandene, ble det stadig vanskeligere for giverne å forsvare innføringen av flere og mer omfattende krav (Rattsø et. al, 2006).

Begrensede resultater forbundet med kondisjonalitet kan ses i sammenheng med at det foreligger en rekke utfordringer i forhold til utformingen og den faktiske gjennomføringen av kondisjonalitetskravene. Mye tyder på at disse utfordringene i begrenset grad kan imøtegås av den tradisjonelle utformingen av kondisjonalitetskrav. En første utfordring er knyttet til manglende institusjoner for håndheving av kondisjonalitetskravene. Bistandskontrakter kan ikke håndheves på samme måte som kontrakter mellom private parter. Det gjelder både for bilaterale avtaler og avtaler med de internasjonale finansinstitusjonene. Kontraktene må derfor være *selvhåndhevende*.

Effektive kondisjonalitetskrav forutsetter også at det må være i partenes interesse å oppfylle betingelsene *ex post*. I de fleste tilfeller er det giverland eller organisasjoner som har presset de fleste av betingelsene inn i avtalene. Vanligvis vil det derfor være opp til giverne å opprettholde kravene i form av å holde pengene tilbake i tilfeller hvor mottakeren ikke overholder sine inngåtte forpliktelser. En forklaring på begrensede resultater forbundet med *ex ante* kondisjonalitet er at giverne sjelden har ønske om å sette makt bak kravene *ex post* (Hagen, 2006). Sett bort fra ekstreme tilfeller vil ikke en altruistisk giver ønske å stoppe

overføringer, til tross for brudd på betingelsene. Kondisjonalitetskravene er i så måte *dynamisk inkonsistente*. Inkonsistente krav har sammenheng med det faktum at altruistiske givere er opptatt av effektene av bistanden i mottakerlandene. I utgangspunktet vil selv en altruistisk giver ønske å sette strenge krav bak en bistandsoverføring. Dersom mottakeren velger å ikke gjennomføre tiltakene og således ikke bli bedre stilt, vil imidlertid den altruistiske giveren ha vanskelig for å ignorere dette.²⁵ Easterly (2003) er en av flere som kritiserer bistandsgiverne for at de selv bidrar til å undergrave troverdigheten til kondisjonalitetskravene.

"A nation will selectively receive aid if it is a good performer – unless it is a bad performer, in which case it will receive aid from the bad performer fund. In these circumstances, the imposition of conditions is no more than a wishful hope, rather than policy with consequences" (ibid; 38).

Easterly (2002) trekker frem en rekke eksempler som illustrerer omfanget av dynamisk inkonsistent atferd blant de internasjonale bistandsorganisasjonene.

"The IMF likes to stress that it is not an aid agency. However, in low-income countries, especially in Africa, the IMF has delivered concessional loans on a sustained basis, part of which loans were later forgiven, which is observationally equivalent to delivering aid to these countries" (ibid; 37).

En vanlig begrunnelse for å ikke håndheve kondisjonalitetskrav har vært knyttet til politisk maktskifte i mottakerlandene. Nye regjeringer skal ikke straffes dersom den foregående regjeringens atferd var i strid med reformkravene. Det foreligger imidlertid en rekke eksempler på at dynamisk inkonsistens i tilfeller hvor det ikke har skjedd regjeringsbytte i mottakerlandene. I perioden 1980-2000 mottok Kenya til sammen hele 21 såkalte *adjustment loans* fra IMF og Verdensbanken. I hele den angitte perioden var det President Daniel Arap Moi som var ansvarlig for allokeringen av disse lånene (Easterly, 2002; 37). I år 2000 mottok President Moi ytterligere nye lån fra både IMF og Verdensbanken, til tross for at landet i liten grad kunne vise til reformvilje og påstander om en mer selektiv giverpolitikk fra Washington-institusjonene.

Det vil være nærliggende å anta at myndighetene i mottakerlandet ville vært tjent med reformere politikken dersom den ikke forventet overføringer. Det finnes en rekke eksempler på at myndighetene unnlater å gjennomføre påkrevde reformer som følge av at de kommer bedre ut av situasjonen med å avvente reforminnføringen og motta mer bistand. Bakgrunnen for dette henger sammen med at reformer som har langsiktige nettogevinster ofte har betydelige kostnader på kort sikt. Problemene knyttet til tradisjonell kondisjonalitet kan tyde på at mottakerlandene har oppfattet overføringer som relativt permanente.

Easterly (2002) hevder at mislykkede forsøk på å innføre kondisjonalitet i forbindelse med gjeldssletteprogrammer har sammenheng med perverse insentivene forbundet med slike reformprogrammer. Inkrementelle gjeldssletteprogrammer fører til at mottakerlandene vil være tjent med å utsette gjennomføringen av en reform i påvente av en høyere pris (mer gjeldsslette) forbundet med denne innføringen. På tilsvarende måte vil mottakerlandene også være tjent med å foreta marginale framfor mer dyptgående endringer. Gjennom å

²⁵Se Hagen, 2007 for en mer teknisk gjennomgang av dynamisk inkonsistens.

strekke ut innfasingsperioden av reformtiltakene vil de kunne motta større overføringer til gjeldsslette. Bistandens grunnleggende dilemma forblir altså en utfordring til tross for at vi innfører kondisjonalitetskrav.

Manglende institusjoner for håndheving av bistandskontrakter kombinert med dynamisk inkonsistent atferd av donorene har ført til en gradvis nedprioritering av tradisjonell ex ante kondisjonalitet. Det finnes imidlertid enkelte casestudier som viser at kondisjonalitet til tider har ført til politikkendringer i mottakerlandene. Et fellestrekk for disse tilfellene er at myndighetene i mottakerlandene identifiserer seg med og støtter reformene som giveren krever. I tråd med dette argumenterer Dollar og Svensson (1998) for at giverne bør søke etter mottakere som er villige til å gjennomføre nødvendige reformer heller enn å forsøke å omvende myndighetene i mottakerlandene. Valget av mottakerland bør dermed ikke basere seg utelukkende på behovet for overføringer, men i større grad på mottakerens potensielle *eierskap* til den påkrevde reformpolitikken. I tråd med denne anbefalingen har utviklingen i den dominerende giverpolitikken gått fra å håndheve kondisjonalitetskrav til fordel for hensynet til eierskap på mottakersiden.

5 Giverpolitikk

I det foregående kapittelet fulgte antakelsen om at vi står overfor altruistiske givere. Med denne antakelsen følger det at motivet forbundet med en bistandsoverføring utelukkende er knyttet til ønsket om å redusere fattigdom i mottakerlandet, og å begrense inntektsrelaterte helseutfall. Mye tyder på at begrensede resultater forbundet med tidligere bistandstiltak ikke lar seg forklare utelukkende med utgangspunkt i forhold på mottakersiden. Hensikten med dette kapittelet er å illustrere hvordan giverpolitiske forhold kan bidra til å forklare avstanden mellom mål og virkelighet i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken.

I avsnitt 5.1 vil jeg argumentere for at det er grunnlag for å hevde at ikke-altruistiske givermotiver har bidratt til å forringe kvaliteten på den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Effekten av dette forsterkes av det faktum at politiske og kommersielle giverinteresser til tider har dominert bistands- og utviklingspolitikken til de større giverlandene.

Et annet påfallende trekk ved det internasjonale bistandssamfunnet er en stadig vekst i antall bilaterale og multilaterale aktører. Dette har bidratt til en stadig fragmentering av den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Resultatet er et uhyre komplekst system hvor forbindelseslinjene mellom ulike typer aktører er mange og intrikate (Rattsø et. al, 2006). I avsnitt 5.2 vil jeg argumentere for at fragmentering av giversamfunnet, i form av en økning i former for og antall givere er problematisk fordi det fører til utfordringer med hensyn på koordineringen mellom giverland og organisasjoner.

Her skal vi se at økning i antall og former for bistand bidrar til økte transaksjonskostnader for myndighetene i mottakerlandene. Dette skyldes blant annet økt press på bistandsbyråkratiet i mottakerlandene. På lang sikt vil dette bidra til å ytterligere forsterke mottakerlandenes avhengighet av bistandsoverføringer. Mye tyder også på at økt fragmentering og manglende koordinering mellom givere vil kunne bidra til å undergrave effektiviteten til kondisjonalitetskrav.

Den historiske gjennomgangen av bistandsnivå og sammensetning gjenspeiler en stadig økning i omfanget av multilaterale overføringer. Økt vekt på multilateral bistand vil innebære en redusert tilknytning mellom bistandsoverføringer og eventuelle ikke-altruistiske giverinteresser. I tråd med dette hevder Dollar og Levine (2004) å finne grunnlag for at bistanden er blitt mer *selektiv*. Med dette mener de at den internasjonale bistanden er blitt mer fattigdomsorientert, og at den i større grad allokteres land som karakteriseres av *sterke institusjoner* og en *fornuftig politikk*. En gjennomgang av helse- og fordelingspolitiske implikasjonene som følger med økt selektivitet i internasjonal bistand følger i det siste avsnittet.

5.1 Ikke-altruistiske givermotiver

Det finnes et rikt omfang litteratur som stiller spørsmål til den giverpolitiske motivasjonen for å gi og yte bistand. Mye tyder på at en viktig motivasjon bak fordelingen av bistand kan ses i sammenheng med utenrikspolitiske og kommersielle interesser på giversiden (Hagen, 2007). Alesina og Dollar (2000) finner blant annet;

“...considerable evidence that the direction of foreign aid is dictated as much by political and strategic considerations, as by the economic needs and policy performance of the recipients. Colonial past and political alliances are major determinants of foreign aid.”

Det betyr at mye av omfanget av bistandsoverføringene ikke har vært gitt utelukkende med den hensikt å fremme økonomisk utvikling i mottakerlandene. Dette viser seg spesielt gjeldende for de større giverlandene (Hagen, 2007). Det samme gjelder for helserelevante bistandstiltak og allokeringer. Masud og Yontcheva (2005) hevder at det ikke er en sammenheng mellom omfanget av multilateral bistand og behov på mottakersiden. I tilknytning til sin analyse stiller de derfor spørsmål til den faktiske motivasjonen for å gi og yte bistand.

Både i Norge og internasjonalt er det lange tradisjoner for såkalt *bunden bistand*. Bunden bistand er i størst grad forbundet med bilaterale, *stat-til-stat* avtaler. I tilfeller med bunden bistand vil giverlandet stille klare krav eller restriksjoner til mottakerlandet. Bakgrunnen for å binde bistanden er gjerne strategisk betinget og knyttet til økonomiske, politiske eller diplomatiske egeninteresser i giverlandet (Pedersen, 1999).

Bunden bistand innebærer at den overordnede målsetningen ved bistanden undergraves av en *lokal rasjonalitet* hos giveren. Med dette mener jeg å hevde at den faktiske motivasjonen for å gi og yte bistand er en ganske annen enn hva som er det uttalte målet – som er å bidra og hjelpe de fattigste i mottakerlandene. Lokal rasjonalitet innebærer dermed at tiltaket er økonomisk lønnsomt og effektivt sett fra giverens side, mens det for mottakerlandene verken fremmer utvikling ei heller bidrar til fattigdomsreduksjon.

Det vil være nærliggende å anta at den samfunnsøkonomiske avkastningen til bistand som er motivert av ikke-altruistiske interesser vil være langt svakere enn for bistand motivert av ønsket om å begrense fattigdom i mottakerlandet. Mye tyder på at omfattende bindinger skaper vridningseffekter og bidrar til å undergrave effektiviteten til bistandsoverføringen. Dette gjelder spesielt for bindinger som stiller mottakerlandene overfor handelsforpliktelse. Tilsvarende vil også fattigdomsorienteringen ved bistanden kunne svekkes av giverlandenes økonomiske egeninteresser og utenriks- og sikkerhetspolitiske hensyn.

Å kartlegge motiver og de overordnede målene med utviklingspolitikken og spesifikke tiltak, på giver- og mottakersiden, er en viktig premisse for evaluering av bistandstiltak. Mye tyder på at betydningen av politiske og strategiske motiver har vært en viktig forklaring på utviklingen i bistandsnivå og sammensetning.

USA og Japan er sammen med Frankrike og Tyskland de landene som har og stadig gir mest i offisielle bistandsoverføringer (ODA, *Official Development Aid*). Landene står for en betydelig andel av totale bistandsoverføringer, hvilket betyr at giverpolitikken i de

respektive landene vil ha stor betydning for den overordnede effektiviteten til internasjonal bistand. I en studie av Verdensbanksøkonomene Dollar og Levin (2004), finner de at USA, Japan og Frankrike skiller seg ut i den forstand at bistanden i større grad allokeres til politiske støttespillere. Dette gjenspeiles i første omgang i form av en betydelig høyere andel bilateral bistand enn tilfellet for andre større givere. Et ytterligere fellestrekk for giverpolitikken i de større giverlandene er en begrenset orientering mot fattigdomsreduksjon, i tillegg til at hensynet til politiske forhold i mottakerlandene ikke vektlegges i noen særlig grad. Det betyr at de landene som har gitt mest er de giverne med den klareste egenmotiverte bistands- og utviklingspolitikken. Dette er bakgrunnen for at Dollar og Levine (2004) hevder at de større givernes egeninteresser har bidratt til å redusere den overordnede kvaliteten på internasjonale bistandsoverføringer.

Dollar og Levine (2004) hevder at internasjonal bistand karakteriseres av større grad av selektivitet. Dette endrer imidlertid ikke det faktum at de større bistandsgiverne fortsatt praktiserer en bistandspolitikk som er mindre selektiv. I studien til Dollar og Levine (2004) fremgår det at Japan, USA og Frankrike bidrar til at; *“As a result overall bilateral aid is not very selective,”* hvilket betegnes som en forutsetning for den overordnede bistandseffektiviteten.

USAs sterke støtte til Egypt og Israel etter Camp David-avtalen illustrerer omfanget av skjevheter i bistandsoverføringer basert på politiskstrategiske motiver. Alesina og Dollar (2000; 40) karakteriserer de totale overføringene til disse to landene på følgende måte;

“Egypt and Israel receive much more aid than other countries with similar characteristics. Egypt receives 481 per cent more and the value for Israel is basically off the scale.”

Påfallende for Frankrike er en klar prioritering til fordel for tidligere kolonier, mens Japans bistandspolitikk viser seg å være nokså tett knyttet til økonomiske interesser i Asia.

Donorenes strategiske interesser har også hatt betydning for bistandsnivået. Vi ser et betydelig fall i omfanget bistandsoverføringer i etterkant av den kalde krigen. Motivene for bistand under kalde krigen var et ønske om å demme opp for kommunismen kombinert med altruistiske motiver. Styrkeforholdet mellom de to motivene varierte fra land til land. Tilsvarende insentiver ble også benyttet på den andre siden av den ideologiske skillelinjen. Gitt at bistand fra de store DAC-landene under den kalde krigen i stor grad ble brukt til å holde regimer i mottakerlandene på vestlig side, er det ikke overraskende at Berlinmurens fall (1989) ble etterfulgt av en reduksjon i bistandsnivået (Hagen, 2007). Mange observatører tolket nedgangen i bistandsoverføringer som et uttrykk for bistandstretthet i giverlandene, en konsekvens av at tiår med bistandsoverføringer ikke hadde gitt de forventede resultatene. Forhåpningen om en rask nedgang i fattigdom og ulikhet i verden ble ikke innfridd. Hagen (2007) hevder at det er mer nærliggende å tro at hovedårsaken til fallet i bistandsoverføringer skyldtes at det *realpolitiske rasjonale* for bistanden forsvant. Dette begrunnes blant annet med utgangspunkt i det faktum at støtten i den offentlige opinion ikke endret seg i særlig grad.

Samlet sett har bistandsallokeringen gitt systematiske skjevheter. For det første har det vært en skjevhet i fordelingen mellom lavinntekts- og middelinntektsland i favør av sistnevnte gruppe. For det andre har små mottakerland målt i befolkningsstørrelse fått mer bistand per innbygger sammenlignet med tilfellet for fattige land med flere innbyggere. En relevant forklaring i begge disse tilfellene har sammenheng med egenskaper ved giverne.

Resultatorienterte bistandsgivere vil føre til et bias til fordel for land hvor effekten av bistandsoverføringen anses som mest synlige.

5.2 Manglende giverkoordinering

En stadig vekst i antall bilaterale og multilaterale aktører er et påfallende trekk ved utviklingen i det internasjonale bistandssamfunnet. Dette har bidratt til en stadig fragmentering av den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Mange aktører har aktiviteter i flere mottakerland, hvilket innebærer at myndighetene i mottakerlandene må forholde seg til flere givere. Resultatet er et uhyre komplekst system hvor forbindelseslinjene mellom ulike typer aktører er mange og intrikate (Rattsø et. al, 2006). Acharya, de Lima og Moore (2004) har regnet ut at i år 2000 hadde en mottaker av ODA i gjennomsnitt 26 bilaterale og multilaterale givere. I tillegg eksisterer også et bredt omfang av frivillige aktører, ofte uten myndighetenes viten og godkjenning. Selv om disse aktørene følger alle prosedyrene for offentlig registrering, bidrar de til et veldig uoversiktlig bilde for myndighetene i mottakerlandene. Fragmentering av giversamfunnet, i form av en økning i former for og antall givere er også problematisk fordi det fører til utfordringer med hensyn på koordineringen av bistandsfinansierte tiltak og overføringer.

Et fragmentert giversystem innebærer at flere bistandsregimer opererer samtidig. I sektorsammenheng betyr dette svekkede muligheter for iverksetting og gjennomføring av en overordnet helsepolitikk. Særegne krav fra den enkelte giver kan i tillegg bety at tiltak og investeringer i all hovedsak utformes i tråd med giverlandets oppfatninger knyttet til hva som er viktig. Det er ikke gitt at givernes prioriteringer til enhver tid utgjør det som er den mest egnede og langsiktige løsningen på de gjeldende utfordringene i mottakerlandet.

Med overføringer av bistandsmidler følger særegne prosedyrer, rutiner og krav. Før iverksetting av tiltak skal potensielle aktiviteter vurderes, i tillegg til at hver aktivitet krever oppfølging og påfølgende evalueringer. Evalueringer og studier i forkant av bistandstiltak gjennomføres ofte av delegasjoner fra giverlandene. Studier i forkant gjennomføres av den enkelte giver og medfører ofte et krav om å møte ansvarlige på mottakersiden. Hensikten med slike studier er å sikre kvaliteten på bistandsoverføringen, men krever samtidig betydelige ressurser. En økning i antall delegasjoner fører til at belastningen på bistandsbyråkratiet i mottakerlandet øker. For myndighetene i mottakerlandene vil dermed transaksjonskostnadene forbundet med bistandsoverføringer øke proporsjonalt med veksten i antall givere. Dette kan bisra til å kaste lys over funnene som fremkommer i artikkelen *Politics and the Efficiency of Aid*. Her finner Boone (1999) at det ikke er grunnlag for å hevde at bistand bidrar til å fremme økonomisk vekst, ei heller bidrar bistand til å fremme investeringer i mottakerlandet. Han finner imidlertid en klar sammenheng mellom bistand og vekst i offentlig sektor.

Den økte belastningen forbundet med giverhåndtering fører også til at myndighetene i mottakerlandene fordeler arbeidskapasitet og ressurser til bistandsbyråkrati framfor andre tiltak. Dersom andre tiltak er langsiktig politikktutforming og planlegging øker alternativkostnaden for mottakerlandene. Fra mottakerlandets side vil imidlertid ressursallokeringen betraktes som en høyst nødvendig forutsetning for å imøtegå givernes krav. På kort sikt kan dette gi høy avkastning i form av fortsatte eller økte bistandsstrømmer.

De langsiktige kostnadene som følger av at mottakerlandene ikke konsentrerer seg om å utvikle gode planer for den økonomiske politikken, lage realistiske budsjetter eller sørge for at velfunderte tiltak gjennomføres kan være svært høy. Myndighetene i mottakerlandene bygger opp og tilpasser byråkratiets kompetanse for i størst mulig grad å være tilpasset de krav som foreligger på giversiden. Strukturtilpasning i form av en stadig oppbygging av bistandsbyråkratiet i mottakerlandene bidrar til å forsterke problemstillingen forbundet med bistandsavhengighet.

I mange tilfeller tilhører byråkratene i mottakerlandene de med høyest utdanning i landet. Dette betyr at giverne legger beslag på en stor del av det som utgjør en svært knapp ressurs i en rekke utviklingsland. Når pengene kanaliseres gjennom et sterkt fragmentert system, vil mer bistand kunne forsterke problemer som hjerneflukt fra offentlig sektor og undergraving av helheten i administrasjonen. Det er grunn til å tro at problemstillingen forsterkes ytterligere av pågående bistandskonkurransen mellom ulike enheter i offentlig sektor (Hagen, 2007).

Giverne kan også bidra til en direkte redusering av kvaliteten på byråkratiet i mottakerlandene (Hagen, 2007). De konkurrerer med myndighetene om de samme velkvalifiserte individene, og er i stand til å betale langt bedre enn myndighetene i mottakerlandene. Det finnes også eksempler på at giverne har fordelt det administrative ansvaret for ulike distrikter mellom seg for å omgå den innenlandske statsadministrasjonen, som anses som ineffektiv eller korrupt (Rattsø, et. al, 2006). En slik tilnærming vil føre til at aktiviteten ikke blir opprettholdbar dersom donorene trekker seg ut. Teknisk assistanse for å bygge kapasitet i offentlig sektor er det mest nærliggende virkemiddelet for å motvirke dette.

Økt fragmentering på giversiden har også bidratt til å vanskeliggjøre koordineringen av bistandspolitikken blant giverne. Økt konkurranse på giversiden kan bidra til å underminere verdien av kondisjonalitetskrav. Mottakerlandene kan bryte en givers krav i visshet om at behovet for bistandsoverføringer kan dekkes av andre givere. Med flere bistandsgivere vanskeliggjøres dermed vilkårene for håndheving av kondisjonalitetskrav. I tilfeller hvor flere bistandsgivere opererer samtidig vil enkeltgivers krav være kollektivt irrasjonelle. Myndighetene i mottakerlandene vil kunne utnytte den manglende koordineringen mellom giverne. Dette får også implikasjoner for ex ante kondisjonalitet. I mange tilfeller krever giverne dokumentasjon og strategiplaner fra mottakerlandene i forkant av en bistandsoverføring. Dersom ikke giverne koordinerer sine aktiviteter vil myndighetene i mottakerlandene kunne benytte en og samme finansieringsplan og motta bistandsmidler fra flere givere. Manglende koordinering blant giverne vil derfor føre til at kondisjonalitetskravene undergraves.

5.3 Selektivitet i internasjonal bistand

I de siste tiårene ser vi en stadig økende tendens til at bistanden kanaliseres gjennom multinasjonale organisasjoner. Dette er i tråd med intensjonen bak *The Paris Declaration on Aid Effectiveness* (2005), hvor det blir hevdet at harmonisering og økt koordinering mellom internasjonale bistandsgivere forblir en forutsetning for å nå de fastsatte Millenniumsmålene. Økt vekt på multilateral bistand vil også innebære en redusert tilknytning mellom

bistandsoverføringer og eventuelle ikke-altruistiske giverinteresser.²⁶ Økt koordinering, giverpolitisk harmonisering samt økning i andelen multilaterale overføringer er utviklingstrekk som har som hensikt å bedre kvaliteten på den internasjonale bistanden.

Et ytterligere utviklingstrekk, ifølge Dollar og Levine (2004), er at bistanden er blitt mer *selektiv*. Selektivitet innebærer at bistanden er blitt mer fattigdomsorientert, og at den i større grad allokteres til mottakerland som fører en *fornuftig politikk*. I artikkelen *The Increasing Selectivity of Foreign Aid* hevder de at;

“Selectivity is a new phenomenon. During 1984–89, both bilateral and multilateral aid had significant negative relationships with rule of law; by 2000–03 this had shifted to a significant positive relationship for multilateral aid, and a positive but statistically insignificant relationship for bilateral aid. (...)

We find that multilateral assistance is more selective than bilateral aid in targeting countries with good rule of law.”

Økende selektivitet i internasjonal bistand kan ses i sammenheng med Verdensbanksrapporten *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why* (1998). Her kommer det fram at bistand virker i den forstand at den fører til økt vekst i mottakerlandene, men kun dersom den gis til land der myndighetene fører en fornuftig økonomisk politikk. Med fornuftig politikk menes budsjettoverskudd, moderat inflasjon og åpenhet for handel.

Viktige premissleverandører for studier i forkant og etter rapportutgivelsen er blant annet verdensbanksøkonomene Burnside og Dollar. I en rekke påfølgende artikkelserier hevder de at det foreligger grunnlag for å påstå at effekten av bistand er avhengig av *institusjonell kvalitet* og politisk vilje i mottakerlandene (2000; 2004). Kausaliteten går fra styresett til inntektsnivå, og ikke omvendt. Det betyr at bistandsoverføringer ikke kan forventes å styrke institusjoner eller forbedre myndighetenes evne til å foreta effektive allokeringer. For å forbedre den overordnede bistandseffektiviteten argumenterer Burnside og Dollar for selektivitet med hensyn på valg av mottakerland.

Konklusjonen til Burnside og Dollar har vist seg å danne grunnlaget for en heftig akademisk debatt (se blant annet Sachs, 2003 og Easterly, 2003).²⁷ Mange hevder at det på ingen måte er overraskende at den institusjonelle kvaliteten i mottakerlandene, tolket som myndighetenes evne til å foreta rimelige allokeringer av bistandsmidlene, forblir avgjørende for effektiviteten til overføringen.²⁸ I artikkelen *Can Aid Buy Growth?* etterlyser Easterly (2003) en nærmere begrunnelse for konklusjonen som fremgår i Burnside og Dollars studie. Han er grunnleggende uenig med Burnside og Dollars (2000) konklusjoner. Easterly har gjentatte ganger argumentert for at det ikke foreligger grunnlag for å hevde at bistand virker. Han går hardt ut mot analysen og den tilhørende anbefalingen til Burnside og Dollar, og hevder at resultatene i stor grad betinges av hvordan man definerer *bistand*, *god politikk* og *økonomisk*

²⁶Innenfor det multinasjonale systemet har det vokst fram nye internasjonale institusjoner i bistandsarbeidet, spesielt fond spesialisert på bestemte sektorer eller land. Den tradisjonelle bilaterale og prosjektorienterte stat-til-stat bistanden er redusert betydelig, og i større grad blitt erstattet av generell budsjettstøtte og sektorprogrammer.

²⁷ En mer inngående gjennomgang av denne debatten følger i utredningens siste del.

²⁸Gjennomgangen av fungibilitetsproblemet kan betraktes som en teoretisk begrunnelse for dette. Myndighetenes indifferenskurver er et uttrykk for politisk satsingsvilje, hvilket bestemmer optimal tilpasning og grad av fungibilitet.

vekst. Han argumenterer derfor for at det er grunnlag for å stille spørsmål til de politiske anbefalingene som fulgte med Burnside og Dollars studie.

"Their paper was the basis of a policy recommendation to increase foreign aid, if only policies were good, without further testing of whether this result holds when expanding the dataset or using alternative definitions of "aid", "policies" and "growth." Their general finding was passed on from one media report to another and was cited by international agencies advocating an increase in foreign aid."

Easterly (2002) viser til en rekke eksempler hvor konklusjonene til Burnside og Dollar brukes som grunnlag for å argumentere for økninger i omfanget av internasjonale bistandsoverføringer. For å illustrere sårbarheten til resultatene til Burnside og Dollar foretar Easterly en tilsvarende analyse, hvor han utvider datamaterialet og foretar mindre endringer i modellspesifikasjonene. I motsetning til Burnside og Dollar (2000; 2004), finner han ikke støtte i påstanden om at bistandseffektivitet er betinget av institusjonell kvalitet. Dette er også bakgrunnen for at han er grunnleggende uenig i antakelsen om at økninger i bistandsoverføringene (til land hvor den institusjonelle kvaliteten er tilfredsstillende) vil føre til at kvaliteten på bistandsoverføringene øker.

Easterly vedgår at det finnes eksempler på vellykkede bistandsprosjekter. Han hevder imidlertid at bistandsinstitusjonene i for liten grad tar stilling til spørsmålet om;

"How can scarce aid resources be directed away from less successful projects and toward those more likely to succeed?" (2003; 36).

Til tross for hard kritikk er det mye som tyder på at Verdensbanken likevel har tatt til seg hypotesen om at vi vil kunne forvente en bedring i den overordnede bistandseffektiviteten dersom bistanden i større grad allokteres til land som kjennetegnes av gode institusjoner. Anbefalingen som følger med denne hypotesen er imidlertid langt ifra uproblematisk. Et grunnleggende spørsmål er knyttet til hvorvidt anbefalingen om økt selektivitet korresponderer med ønsket om å bistå de landene hvor behovet for bistandsfinansierte tiltak og investeringer er størst. Hvordan skal vi forholde oss til land som karakteriseres av uansvarlige myndigheter, svake institusjoner, men et stort bistandsbehov?

Anbefalingen om selektivitet i valg av mottakerland har klare paralleller til det kravet om *bistandseffektivitet*. Med dette fulgte også en økt bruk av evalueringer av effekten av pågående og tidligere bistandsoverføringer. Jeg vil argumentere for at det er verdt å stille spørsmål til de sektorspesifikke implikasjoner forbundet med økt selektivitet i forhold til valg av mottakerland.

For å kartlegge effektiviteten til internasjonal bistand benyttes aggregerte analyser som ser på sammenhengen mellom omfanget på bistandsoverføringer og data som angir et lands inntektsutvikling. Det betyr at kravet bistandseffektivitet innebærer at effekten av bistand i all hovedsak vurderes i forhold til dets betydning for økonomisk vekst. Bistandsoverføringer betraktes som effektive i tilfeller hvor det foreligger en signifikant og positiv sammenheng mellom bistand og inntektsutvikling (målt i BNP per innbygger).

En slik tilnærming til spørsmålet om bistanden virker har opplagte svakheter. Utviklingen i BNP per innbygger er en aggregert størrelse og lite om veksten tilfaller et få eller mange. Det

er heller ikke gitt at økt inntektsnivå vil innebære forbedringer i folks levestandard. En entydig fokusering på økonomisk vekst som utgangspunkt for evalueringer vil dermed ignorere eventuelle ikke-økonomiske effekter av bistandsoverføringer. I ytterste konsekvens innebærer dette at bistanden ikke betraktes som effektiv såfremt at det ikke sporer til økonomisk vekst. Dette er også bakgrunnen for at Kristof (2006) argumenterer for at;

“And whatever the impact on economic growth rates, aid definitely does something far more important: it saves lives. Let’s not shy away from a conversation about the effectiveness of aid. The problems are real, but so are the millions of people alive today who wouldn’t be if not for aid.”

Slik jeg ser det, understreker dette viktigheten av å benytte helserelaterte indikatorer ved evalueringer av sektorspesifikke bistandsoverføringer. Med andre ord kan vi beholde den samfunnsøkonomiske metoden, men i større grad vende fokus mot ikke-økonomiske indikatorer som grunnlag for evalueringene. Til tross for det opplagte ved dette, fremgår det i artikkelen i tilknytning til den nevnte studien til Mishra og Newhouse (2007) at;

“Despite the vast empirical literature considering the effect of foreign aid on growth, there is little systematic empirical evidence on how overall aid affects health, and none (to our knowledge) on how health aid affects health.”

6 Mottakerforklaringer

Sett bort i fra inntektsnivå er det store variasjoner mellom de landene som danner grunnlaget for analysen og de tilhørende anbefalingene til Burnside og Dollar (2000; 2004). En svakhet med den aggregerte tilnærmingen er at den i liten grad forklarer grunnlaget for eventuelle variasjoner på tvers av land. En utvidet forståelse av institusjonsbegrepet kan bidra til økt innsikt om bakgrunnen for den faktiske sammenhengen mellom institusjonell kvalitet og effekten av bistandsoverføringer. Jeg har valgt å se nærmere på betydningen av politisk vilje i mottakerlandet, karakteristika ved allokeringssystemet samt kvaliteten på eksisterende helsetjenester. Mye tyder på at samtlige av disse forholdene påvirker effektiviteten til helserelevante bistandsoverføringer.

Etterprøving av et lands offentlige strategier og budsjetter vil være en naturlig tilnærming for å bedømme hvorvidt landets helsepolitikk gjenspeiler en politisk vilje til å satse på investeringer i helse. I mange tilfeller viser det seg imidlertid at uttalte mål og offisielle budsjetter er en svak indikator for faktisk satsing og prioriteringer (Reinikka og Svensson, 2004). I avsnitt 6.1 vil jeg vise til studier som viser hvordan manglende *vilje* til å foreta effektive allokeringer av bistandsmidler har bidratt til å undergrave effekten av generell og helsespesifikke bistandsoverføringer. Dette gjelder blant annet i tilfeller hvor myndighetene i mottakerlandene allokere bistandsmidler i tråd med en atferd karakterisert som *rent-seeking*. Tilsvarende er også tilfellet innenfor såkalte *rentier states*, hvor myndighetene foretar ressursoverføringer til enkeltgrupper for å sikre seg politisk makt.

Avstanden mellom uttalt satsing og allokeringer til sluttbruker kan også forklares med karakteristika ved allokeringssystemet i mottakerlandet. En tredje dimensjon av betydning er kvaliteten på eksisterende helsetjenestetilbud i mottakerlandene. Dette peker blant annet på helserelevante infrastruktur og evnen til effektiv utnyttelse tilgjengelige ressurser. Overordnet er kvaliteten på helsetjenestene i fattige land langt under standarden i vestlige land. Fattige land karakteriseres i tillegg av betydelige variasjoner i kvaliteten på helsetjenestene i form av ulik dekning av helsetilbud basert på sosioøkonomiske forhold og geografi. Vi finner også betydelige variasjoner i kvaliteten og dekningen av helsetjenester i rurale og urbane områder. I avsnitt 6.2 vil jeg argumentere for at karakteristika ved eksisterende helsetjenestetilbud gjenspeiler mottakerlandenes evne til å motta og utnytte tilførte ressurser effektivt.

I avsnitt 6.3 følger en gjennomgang av ulike forhold som understreker viktigheten av å ta høyde for variasjoner på tvers av land og regioner når det gjelder sammenhengen mellom helse og inntektsnivå.

6.1 Manglende vilje til å foreta helserelaterte prioriteringer

Andelen av et lands BNP eller statsbudsjett som allokteres til helse blir ofte benyttet som et mål på et lands overordnede satsing på helse. Det viser deg imidlertid at uttalte mål på ingen måte trenger å være ensbetydende med faktisk satsing på helse. Uttalt satsing trenger heller ikke å bety at midlene når sluttbruker og de grupper som er avhengig av helsetjenestene myndighetene har ansvaret for (Reinikka og Svensson, 2004). Filmer og Pritchett (1997) kommer fram til at offentlige budsjetter til helse i forsvinnende grad kan forklare variasjoner i barnedødelighet. Kun 0,15 prosent av variasjonen i barnedødelighet kan tilskrives variasjoner i offentlige budsjetter til helse blant de landene som inngikk i deres studie.

Det er gode grunner til å tro at bistandsmidler har gått til formål som ikke er i tråd med givernes interesser. I motsetning til tilfellet for et par tiår tilbake, synes det å være en stadig større forståelse for at korrupsjon utgjør en viktig forklaring på begrensede resultater forbundet med generelle og sektorspesifikke bistandstiltak. Korrupsjon er imidlertid langt i fra et nytt fenomen.²⁹ Bauer (1971) og Friedman (1958) var tidlig ute med å hevde at bistand i all hovedsak tilfeller den politiske eliten i mottakerlandene.

Korrupsjon bidrar til å vanskeliggjøre grunnlaget for bistandsoverføringer. Dette gjelder spesielt for land hvor myndighetene allokterer bistandsmidler i tråd med en atferd karakterisert som *rent-seeking*. Påfallende for såkalte *rent-seeking states* er at interessegrupper misbruker sin makt og tilegner seg uforholdsmessige store andeler av offentlige ressurser. Tilsvarende er også tilfellet for såkalte *rentier states*, hvor myndighetene foretar ressursoverføringer til enkeltgrupper for å sikre seg politisk makt. Svensson (2000) hevder i artikkelen *Foreign Aid and Rent Seeking* at det er grunnlag for å påstå at omfanget av korrupsjon er høyere i land som karakteriseres av konkurrerende sosiale grupper. Det er liten tvil om at *rentier states* eller atferd karakterisert som *rent seeking* innebærer en mobilisering av ressurser som påfører mottakerlandet substansielle aggregerte velferdstap (Easterly, 2004).³⁰

Filmer, Hammer og Princhett (2000) hevder at korrupsjon og underslag utgjør en betydelig utfordring for effektiviteten til helserelaterte bistandstiltak. Med utgangspunkt i casestudier i Guinea, Cameroon, Uganda og Tanzania, fant de at om lag 30 til 70 prosent av offentlige medisiner aldri nådde pasientene. Det er grunn til å tro at korrupsjon er en sentral forklaring på at kun en begrenset andel av bistandsoverføringen kommer sluttbrukeren til gode. Det finnes en rekke andre studier som bekrefter dette antakelsen. Easterly (2004) trekker også frem korrupsjon og underslag som en sentral forklaring på begrensede resultater forbundet med generell, så vel som helserelatert bistand.

"In one low-income country, a crusading journalist accused the Ministry of Health of misappropriating \$ 50 million in aids funds. The Ministry issued a rebuttal: the journalist had irresponsibly implied the \$ 50 million went AWOL in a single year, whereas they had actually misappropriated the \$ 50 million over a three-year period" (Easterly, 2004).

²⁹Ei heller er korrupsjon et fenomen som er forbeholdt bistandsmottakere.

³⁰Easterly bruker fellesbetegnelsen *predatory* (rovdriftsstat) eller *neopatrimonial states* for å karakterisere såkalte *rentier-* eller *rent seeking states*. Betydningen og implikasjonene er de samme.

Mye tyder på at rentier states eller rent seeking også får klare fordelingspolitiske implikasjoner. Velferden til enkelte privilegerte grupper går på bekostning av fordelingspolitiske hensyn. I helsesammenheng gjenspeiles dette av en underminering av minoriteter og grupper i befolkningen med begrenset makt. I flere tilfeller har dette ført til at hensynet til de fattigste viser seg å gå på bekostning av prioriteringer til fordel for grupper med mer politisk innflytelse.

Omallokering av ressurser vil også kunne innebære velferdstap for framtidige generasjoner. Easterly (2002) hevder at myndighetene i gjeldstyngede utviklingsland (såkalte *highly indebted poor countries*, HIPC-land) gjenspeiles av politisk ustabilitet, kortsiktighet i tillegg til at investeringer går til private heller enn sosioøkonomiske formål. I tråd med dette hevder han derfor at;

“The government in poor countries may have a higher discount rate because its expected tenure in office is shorter, because poor countries have more political instability. The government may then impose its higher discount rate on the whole government. (...) A high-discount-rate government will choose poor policies and impose its intertemporal preferences on the entire economy” (Easterly, 2002; 1680).

Rentier states eller rent seeking innebærer også en direkte eller indirekte beskatning av produksjon. Med dette begrenses vilkårene for framtidig vekst og utvikling, hvilket fører til betydelige velferdstap for kommende generasjoner (Easterly, 2002; 1680). Hvordan vi best imøtegår helserelaterte utfordringer i rentier states eller i land hvor myndighetene beskrives som rent seeking forblir en utfordring. Et første steg er å kartlegge omfanget av korrupsjon og undersalg av offentlige budsjetter.

Public expenditure tracking surveys (PETS-studier heretter) kan benyttes for å avdekke hvor stor andel av offentlige budsjetter som faktisk når sluttbruker.³¹ Ved å følge pengestrømmen fra budsjett til sluttbruker kartlegges omfanget av allokeringen som går til administrative kostnader og eller underslås. På denne måten gir PETS-studier et overslag på hvor stor andel av en overføring som faktisk bidrar til utbedringer i behandlingstilbud og fasiliteter eller medisiner.

Det er viktig å understreke at PETS-studier i all hovedsak en regnskapsmessig vurdering. I tråd med dette understreker derfor Reinikka og Svensson (2004) det gjeldende *identifikasjonsproblemet* som er tilknyttet slike studier. PETS-studiene sier ingenting om mangler skyldes svakheter i allokeringssystemet³² eller svakheter ved den faktiske kvaliteten på det eksisterende tjenestetilbudet. Det betyr at PETS-studier ikke kan skille mellom tilfeller hvor offentlig kapital eller tjenester er effektive, mens allokeringsordningene ikke er det. Det samme gjelder også for tilfeller hvor allokeringsordningene er effektive, mens kvaliteten på tjenestene er dårlige. Overført til helsesektorstudier betyr dette at det ikke er mulig å skille mellom tilfeller hvor allokeringsystemet er tynget av korrupte byråkrater, eller hvor kvaliteten på det faktiske helsetjenestetilbudet er mangelfull. Reinikka og Svensson (2004) henviser til egne resultater og argumenterer for at;

³¹PETS-studier benyttes for kartlegging av allokeringen av bistand eller nasjonale budsjetter.

³²Fritt oversatt fra begrepet *supply system*, hvilket henviser til organiseringen og allokeringen av offentlige pengestrømmer fra sentrale myndigheter til distriktsnivå og brukere..

“Based on existing cross-country work, the effects of government spending (on foreign aid) on growth and social development outcomes are indeed ambiguous. An important explanation for this lack of correlation is poorly functioning systems of service delivery in many developing countries, implying that increased spending (foreign aid) does not necessarily translate into increased output and services. More generally, the findings stress the need to focus on the delivery system in developing countries to gain a better understanding of the impact of public spending” (ibid, 681).

Verdien av PETS-studier øker dersom man tar høyde for det påviste identifikasjonsproblemet. Kjennskap til det eksisterende tjenestetilbudet vil i stor grad bidra til økt kunnskap omkring mottakerlandenes evne til å motta overføringer. Viktigheten av slike studier understrekes av funn som viser at vesentlige mangler ved det eksisterende helsetjenestetilbudet bidrar til å svekke kvaliteten på sektorspesifikke bistandsoverføringer.

6.2 Manglende evne til å utnytte ressurser effektivt

Filmer og Princhett (1997) hevder at eksisterende helsetjenestetilbud i en rekke utviklingsland karakteriseres av en betydelig avstand mellom potensiell og faktisk ressursutnyttelse. Helsebudsjettet per tilfelle av barnedødelighet blant de landene som inngikk i deres studie var på 50.000 til 100.000 dollar, mens medisinske kostnader forbundet med å motkjempe barnedødelighet ligger på 10-1000 dollar. Filmer og Princhett (1997) hevder derfor at det er grunnlag for å påstå at en rekke fattige land ikke makter å utnytte eksisterende ressurser optimalt. Det er grunn til å tro at dette også har bidratt til å begrense resultater forbundet med sektorspesifikke bistandsoverføringer. Dette gjelder spesielt for tiltak som baserer seg på den eksisterende organiseringen og utnyttelsen av ressurser.

Filmer og Princhett (1997) peker i liten grad på årsaker og mulige tiltak for å bedre ressursutnyttelsen. I en studie av Murray et. al (1994) blir det hevdet at ressursutnyttelsen begrenses av svakheter ved på *grunnleggende infrastruktur* i helsesektoren. Med utgangspunkt i *The Health Resource Allocation Model* (HRAM) finner Murray et. al (1994) at sektorspesifikk infrastruktur er en avgjørende betingelse for kvaliteten på sektorspesifikke overføringer. Med utgangspunkt i HRAM-estimatet finner Murray et. al (1994) at et hypotetisk land i Afrika sør for Sahara genererer om lag 40 prosent flere sparte DALYs dersom helsebistanden også integrerer investeringer i grunnleggende infrastruktur. HRAM-estimatet blir sammenlignet med et alternativscenario hvor investeringer og utbedringer i det eksisterende tjenestetilbudet utelates.³³

Bryce et. al (2003) understreker også viktigheten av å se på sammenhengen mellom mottakerlandenes evne til å utnytte sektorspesifikke overføringer. Han benytter den antatte differansen mellom faktisk og unngåelig dødelighet som grunnlag for sin analyse.

I 2000 sto 42 land for 90 prosent av den globale barnedødeligheten. I følge Bryce et. al (2003) utgjør 63 prosent av disse dødsfallene såkalt *avoidable mortality*. Hensikten med å kartlegge omfanget av unngåelig dødelighet er å se på omfanget av dødelighet som kunne vært unngått ved bruk av forholdsvis enkle tiltak og behandlingsmetoder. Ved å sammenligne

³³Gitt en befolkning med 10 million innbyggere og BNP per innbygger på \$340 dollar.

utviklingen i faktisk og unngåelig dødelighet kan få et inntrykk av hvorvidt forbedringer i helsetjenestetilbudet gjenspeiles i form av en nedgang i differansen mellom faktisk og unngåelig dødelighet (Westerling, 2001). Det betyr at dødsfallene kunne vært unngått dersom helsetjenestetilbudet utnyttet eksisterende ressurser mer effektivt, gjennom velkjente og effektive intervensjoner. På tilsvarende måte som Murray, understreker også Bryce et. al (2003) viktigheten av å ta høyde for karakteristika ved det eksisterende tjenestetilbudet ved investeringer i helserelevante tiltak i utviklingsland.

"Saving a child's life requires both an effective biological agent (the intervention) and a way to get the agent to mothers and children who need them (the delivery strategy). (...) Although research on interventions is plentiful, little is known about the characteristics of delivery capable of achieving and maintaining high coverage for specific interventions in various epidemiological, health system, and cultural contexts" (ibid, 160).

Bryce et. al (2003) etterlyser derfor mer systematiske studier av organiseringen av offentlige helsetjenester i utviklingsland. Han hevder videre at grunnleggende evalueringer av kvaliteten på eksisterende helsetjenestetilbud forblir et avgjørende utgangspunkt for helserelevante tiltak og investeringer.

Det finnes en rekke mulige tilnærminger for å kartlegge dekkningen og kvaliteten på helsetjenester utviklingsland.³⁴ I studien *Fair's Fair* (2006) fra Tanzania benyttes allokeringen av kvalifisert helsepersonell som et mål på kvalitetsforskjeller i det offentlige helsetilbudet mellom ulike regioner. Studien avdekket at tildelingen av medisinsk personell i stor grad viste seg å være geografisk- og sosioøkonomisk betinget. Fattige i rurale områder møter mindre kvalifisert personell ved medisinske konsultasjoner sammenlignet med tilfellet for sine mer velstående medborgere. Tilsvarende inntektsbaserte forskjeller viste seg også å gjelde for omfanget av en konsultasjon og en eventuell medisinsk behandling. Omfanget av barnedødelighet og dødelighet blant mødre i forbindelse med svangerskap og fødsel viste seg å ha en klar sammenheng med geografi (urban/rural), inntekt og utdanningsnivå (spesielt blant mødrene). Til tross for et politisk mål om en bredere dekning av det offentlige helsetjenestetilbudet, viser det seg altså å forekomme store forskjeller i det faktiske tilbudet av helsetjenester i Tanzania. I følge rapporten er det vanskelig å forklare forskjellene i helseutfall med utgangspunkt i entydige forklaringsmodeller. Med hentydning til de påviste forskjellene i helseutfall fremkommer det at;

"Just why such differences in health outcomes persist is not entirely clear. In the absence of a multiple regression we cannot know if income poverty alone is the key driver, or if inequalities are more closely associated with educational attainment, residence, or a combination of these, alongside their particular relationship to income poverty" (ibid).

Til tross for at rapporten er forsiktig med å konkludere er det grunn til å hevde at de observerte forskjellene i helseutfall bekrefter at dekkningen av helsetjenester i liten grad

³⁴Verdensbanken har tradisjonelt vært opptatt av å måle den faktiske tilgangen på inputs i form av bygninger, medisiner, personell og lignende. Mål på outputs kan blant annet være antall dødsfall per 1000 pasienter per sykehus. På denne måten er det dermed mulig å evaluere kostnadseffektiviteten forbundet med en gitt fasilitet. Det kan imidlertid diskuteres hvorvidt dette kan tjene som utgangspunkt for å utforme forslag til utbedringer innen helsesektoren.

I forbindelse med en pågående studie over kvaliteten på helsesektoren i Tanzania har Ottar Mæstad (2007) valgt å fokusere på i hvilken grad følger spesifikke retningslinjer som forventes av dem, såkalte "guidelines".

kompenserer for inntektsforskjeller. Systematiske skjevheter i dekningen og kvaliteten på offentlige helsetjenester er imidlertid langt i fra særegent for Tanzania og andre fattige land.³⁵ Ei heller er dette et nytt fenomen. Allerede i 1968 hevdet Titmuss om helsesektoren i Storbritannia at;

"We have learned from 15 years' experience of the Health Service that the higher income groups know how to make better use of the service; occupy more of the beds in better equipped and staffed hospitals; receive more elective care; have better maternal care, and more likely to get psychiatric help and psychotherapy than low-income groups – particularly the unskilled" (Titmuss i Hart, 1971).

Hart (1971) peker på en tilsynelatende vedvarende mismatch i tilbudet og etterspørselen etter helsetjenester. Dette misforholdet, *The Inverse Care Law* innebærer at dekningen og kvaliteten på helsetjenestene er svakest der behovet er størst. Utformingen av helsetjenestetilbudet viser seg dermed mer tilpasset behovene til ressurssterke brukere. Hart (1971) understreker at misforholdet mellom behov og faktisk tilbud av helsetjenester er spesielt prekær i fattige land. Dette forsterkes ytterligere når tildelingen av helsetjenester delvis finansieres av brukeravgifter eller er basert på private tilbydere. Han hevder videre at i tilfeller hvor helsesektoren består av offentlige og private aktører vil trolig inntektsrelaterte forskjeller i kvaliteten på tjenestetilbudet kunne forsterkes ytterligere.

6.3 Inntektsnivå og inntektsfordeling

I Verdensbanksrapporten *Investing in Health* (1997) blir det hevdet at helsesituasjonen i Kina, Sri Lanka, Costa Rica og Kerala i India er langt bedre enn for andre land som faller inn i samme inntektskategori. I følge rapporten kan de påviste variasjonene forklares med utgangspunkt i en vellykket innføring av offentlige basishelsetjenester. Verdensbanken refererer her til innføringen av såkalte *Primary Health Care Facilities*.³⁶

I likhet med Verdensbanksrapporten (1993) blir det hevdet i en artikkel fra *The Third World Network* at helsesituasjonen i Kina og India viser seg å være langt bedre enn for andre land med samme inntektsnivå. Artikkelen trekker også fram Chile og Tanzania, som begge har foretatt betydelige utbedringer i landenes helsesituasjon til tross for økonomiske nedgangsperioder. I Brasil har imidlertid den økonomiske utviklingen vært gunstig, mens utfordringene i helsesektoren forblir tyngende. I likhet med Verdensbanksrapporten (1993) understreker artikkelen fra *The Third World Network* at det ikke lar seg gjøre å trekke generelle konklusjoner omkring sammenhengen mellom et lands helsesituasjon og inntektsnivå. Det finnes en rekke land som har opplevd en betydelig forbedring i helsesituasjonen uten nevneverdige forbedringer i inntektsnivå. Tilsvarende er det også nasjoner der helsesituasjonen viser seg å være langt mer tyngende enn for andre land med samme inntektsnivå.³⁷

³⁵Se for eksempel "National strategy to reduce social inequalities in health" Report No. 20 (2006–2007) to the Storting Norwegian Ministry of Health and Care Services - May 2007.

³⁶Mer om PHC i kapittel 8.

³⁷I følge *The Third World Network* er kausalitetsforholdet mellom helse og inntektsnivå langt mer komplekst på kort sikt. Dette kan blant annet skyldes at valgte indikatorer for et lands helsesituasjon i mange tilfeller er sårbare overfor de kortsiktige effektene av eventuelle epidemier.

Variasjoner på tvers av land understreker viktigheten av å se nærmere på hvordan myndighetene imøtegår helserelaterte problemstillinger, og om helsesatsning følger inntektsutviklingen. Det er viktig å ta høyde for at sammenhengen mellom et lands inntekts- og helsesituasjon avhenger av at noe av den økonomiske veksten faktisk allokteres til helsesektoren, gjennom utbedringer i tilbudet av helsetjenester. Dette er også i tråd med kjernen i den nevnte artikkelen fra *The Third World Network*. Når det gjelder sammenhengen mellom et lands helse og inntektssituasjon understreker de derfor for at;

“An understanding of the relationship requires a fairly detailed study of the particular circumstances in which economic changes takes place and of the context within which health status is determined. In particular, issues of access and equity are of primary importance”.

Studier som ser på gjensidigheten mellom et lands helse og inntektssituasjon representerer gjennomsnittsbetraktninger basert på data på tvers av land. Det er viktig å huske at et lands inntektsnivå er en aggregert størrelse og sier lite om fordelingseffektene av en eventuell inntektsvekst. For å avdekke den faktiske omfanget av inntektsrelaterte sykdomsutfall er vi derfor avhengig av å foreta studier som ser mer inngående på helsesituasjonen til ulike inntektsgrupper.

Waldmann (1992) ser på omfanget av barnedødelighet i forhold til gjennomsnittsinntekten for ulike inntektsgrupper på tvers av land. Hensikten med studien er å avdekke sammenhengen mellom graden av inntektsulikhet og omfanget av barnedødelighet. Han foretar en kumulativ inndeling i forhold til de 20 prosent fattigste, 75 prosent midterste og inntekstandelen til de 5 prosent rikeste. Han finner at den sistnevnte variabelen har et positivt fortegn og er statistisk signifikant. Dette betyr at barnedødeligheten er høyere i land med betydelige inntektsforskjeller sammenlignet med land som karakteriseres av mindre sosioøkonomiske forskjeller. Tilsvarende finner også Wilkinson (1996) en sterk sammenheng mellom forventet levealder og inntektsulikhet. Han hevder at land med større inntektsulikhet karakteriseres av lavere forventet levealder sammenlignet med land med mindre inntektsforskjeller.³⁸

På ulike måter bekrefter disse studiene at forbedringer i aggregert inntektsnivå ikke er tilstrekkelig til å sikre et lands helsesituasjon. Hvorvidt økt inntektsnivå bidrar til å fremme landets helsesituasjon forblir avhengig av en fordelingspolitikk som bidrar til å redusere eksisterende inntektsforskjeller og dermed begrenser sårbarheten til de som er mest utsatt for inntektsrelaterte sykdommer. Fordelingspolitiske hensyn er også svært avgjørende for utformingen av den internasjonale helsepolitikken. I rapporten *Raising to the Challenges* (2004) blir det imidlertid hevdet at bruken av gjennomsnittsbetraktninger utgjør en generell svakhet med angivelsen og vurderinger i forbindelse med de fastsatte Millenniumsmålene;

“One weakness of the Millennium Development Goals is that they are national averages and so do not remind us automatically that progress need to be for everyone, not just the better off. Progress has been uneven, with the poorer countries lagging behind the rest. (...) Progress needs to be monitored and analyzed by income – and efforts directed toward population groups that are being left behind” (ibid; 4).

³⁸Kaplan et. al (1996), i likhet med Kennedy et. al (1996), gjenfinner også denne sammenhengen for ulike stater i USA. Stater med høyere omfang dødelighet karakteriseres av større inntektsforskjeller.

7 Helseinvesteringer og kravet om bistandseffektivitet

Som bistandsform er helseinvesteringer underlagt kravet om *bistandseffektivitet*. Bistandseffektivitet som begrep ble først etablert på 1990-tallet, og har fått en stadig mer sentral rolle i den internasjonale bistandsdebatten (Tarp, 2004). DAC benytter følgende definisjon;

*"It is an economic term which signifies that the aid uses the least costly resources possible in order to achieve the desired results. This generally requires comparing alternative approaches to achieving the same outputs, to see whether the most efficient process has been adopted."*³⁹

Økt bruk av evalueringer skal bidra til bedre innsikt om hvorvidt et prosjekt eller tiltak kan betegnes som kostnadseffektivt, om de angitte målsetningene ble oppnådd på en tilfredsstillende måte. Det synes å være en nokså bred enighet om at bistandseffektivitet er en forutsetning for at implementeringen av bistandsfinansierte prosjekter skal gi tilfredsstillende resultater.

Med kravet om bistandseffektivitet har metodiske implikasjoner forbundet med evalueringer av tidligere og pågående bistandstiltak blitt en stadig viktigere del av bistandsdebatten. Som premissleverandører til bistands- og utviklingspolitikken, er det viktig at vi tar høyde for sårbarheten forbundet med evalueringer av tidligere og pågående bistandstiltak. Tarp (2003) hevder derfor at;

"...discussions arose about the difficulties of macroeconomic evaluation of the before and after and the with project and without project type, and methodological issues gradually came to play an important role in the aid effectiveness debate. (...)

Generally speaking, the robustness of methodological choices and data is a thorny issue that should not be taken lightly when research is used for formulating policy" (Tarp, 2003; 47).

Effektivitetsvurderinger og et ønske om å bedre betingelsene til helsebistanden var også den uttalte hensikten med å kartlegge *The Global Burden of Disease* (GBD) ved å se på omfanget av *Disability Adjusted Life Years* (DALYs). Murray og Lopez (1997) hevder blant annet at;

"The assessment of the public-health has been hampered by the lack of common methods to investigate the overall, worldwide burden of disease. The Global Burden of Disease Study (GBD) provides a standardised approach to epidemiological assessment and uses a standard unit, the disability-adjusted life year (DALY), to aid comparisons"

Murray og Lopez (1997) argumenterer videre for at kvaliteten på preventive tiltak og sykdomskontroll kan utbedres gjennom å bedre grunnlaget for informasjon omkring de ledende risikofaktorer og medisinske årsaker til sykdom og dødelighet. Hensikten med dette kapitlet er å kaste lys over mulige konsekvenser av økt krav om bistandseffektivitet i den internasjonale helsepolitikken.

I dette kapitlet vil jeg se nærmere på mulige sektorspesifikke implikasjoner forbundet med det økte kravet om effektivitet og evalueringer i den internasjonale helsepolitikken. Som et lansert suksesskriterium for den internasjonale helsepolitikken, velger eg å ta utgangspunkt i

³⁹ www.oecd.org, 27.02.07

DALYs for å illustrere mulige etiske og fordelingspolitiske implikasjoner som følger med kravet om effektivitet og bruken av tilsynelatende objektive evalueringskriterier.

Hensikten med gjennomgangen er først og fremst å belyse hvordan kravet om effektivitet kan bidra til å undergrave helsebistandens overordnede målsetning, å fremme helsesituasjonen i dagens utviklingsland. Jeg ønsker også å problematisere bruken av tilsynelatende objektive evalueringskriterier som grunnlag for helsepolitiske anbefalinger.

I avsnitt 7.1 følger en gjennomgang av valgte parameterverdier og den tilhørende beregningsmetoden for DALYs. Jeg vil ta utgangspunkt i et caseeksempel som illustrerer hvordan DALYs kan brukes for å kvantifisere verdien av en sykdomsbehandling.

DALYs har utvilsomt vært gjenstand for en kritisk debatt siden lanseringen i 1993. Kritikerne hevder blant annet at det er grunnlag for å stille spørsmål til de sterke verdivurderingene som følger med valgte parameterverdier og beregningsmetode. I avsnitt 7.2 vil jeg foreta en nærmere gjennomgang av kjernen i debatten og kritikken av DALYs som grunnlag for effektivitetsevalueringer.

Til tross for kritikk, holder Murray og Acharya (1998) fast på at DALYs kan tjene som et nyttig utgangspunkt for å fremme effektivitet og presisjon i helsepolitiske prioriteringer. De hevder at DALYs er et nyttig virkemiddel som kan bidra til å rasjonalisere helsepolitikken i utviklingsland. I avsnitt 7.3 vil jeg se nærmere på bruken av DALYs som grunnlag for helsepolitiske anbefalinger.

7.1 Disability Adjusted Life Years

DALYs (*Disability Adjusted Life Years*) ble første gang presentert i Verdensbanksrapporten *Investing in Health* (1993) og i rapporten *The Disease Control Priorities Review* (Jaimson et. al 1993) som et grunnlag for å kartlegge *The Global Burden of Disease* (GBD).⁴⁰ DALYs defineres som;

“The sum of the present value of future years of lifetime lost through premature mortality, and the present values of years of future lifetime adjusted for the average severity (frequency and intensity) of any mental or physical disability caused by disease or injury”
(Fox-Rushby og Hanson, 2001).

Vi finner et uttrykk for DALYs ved å summere antall livsår tapt som følger av tidlig død (YLLs, *years of lifetime lost*) og antall år med sykdom (YLDs, *years of life lived with disability*). Et uttrykk for *years of lifetime lost* (YLLs) finner vi med utgangspunkt i følgende formel:

$$YLLs[r, K, \beta] = \frac{KCe^{ra}}{(r + \beta)^2} \left\{ e^{-(r+\beta)(L+a)} [-(r + \beta)(L + a) - 1] - e^{-(r+\beta)a} [-(r + \beta)a - 1] \right\} + \frac{1-K}{r} (1 - e^{-rL})$$

Her tilsvarende r = diskonteringsraten, K = modellert aldersvektet faktor, β = parameter fra funksjonen for aldersvekting, C = en konstant, a = alder ved dødstidspunktet og L = standard forventet levealder for alder a .⁴¹

Et uttrykk for *years of life lived with disability*, YLDs finner vi ved å sette:

$$YLDs[r, K, \beta] = D \left\{ \frac{KCe^{ra}}{(r + \beta)^2} \left\{ e^{-(r+\beta)(L+a)} [-(r + \beta)(L + a) - 1] - e^{-(r+\beta)a} [-(r + \beta)a - 1] \right\} + \frac{1-K}{r} (1 - e^{-rL}) \right\}$$

D = vektoren graden av disability⁴² og L = hvor lenge vedkommende lever med disability.

Dersom vi antar at $r = 0$ og vi foretar en uniform vektning av alder, vil antall tapte livsår (YLLs) for en gitt alder være gitt ved L , den forventede levealderen for alder a . Antall år levd med sykdom (YLDs) er produktet av faktoren som vektoren graden av sykdom (D) og antall år levd med sykdom for alder a . Under gitte forutsetninger er dermed YLDs lik D multiplisert med L .

Følgende eksempel illustrerer hvordan DALYs kan benyttes for å evaluere den forventede effekten av en vellykket behandling i tilfeller med sykdom. Vi antar at vi står overfor en 35 år gammel kvinne som rammes av en sykdom, og at hun dør etter 10 år med sykdommen. Hvor mange DALYs har gått tapt som følger av dette? Og hvor mange DALYs kan spares

⁴⁰Som følger av påpekte mangler ved den først presenterte versjonen, presenterte Murray og Lopez (1996) en revidert utgave av den første versjonen av DALYs. Det er denne kalkuleringsmetoden som vil presenteres i dette avsnittet., hvor jeg har tatt utgangspunkt i artikkelen *Calculating DALYs in Cost-Effectiveness Analysis* av Fox-Rushby og Hanson (2001).

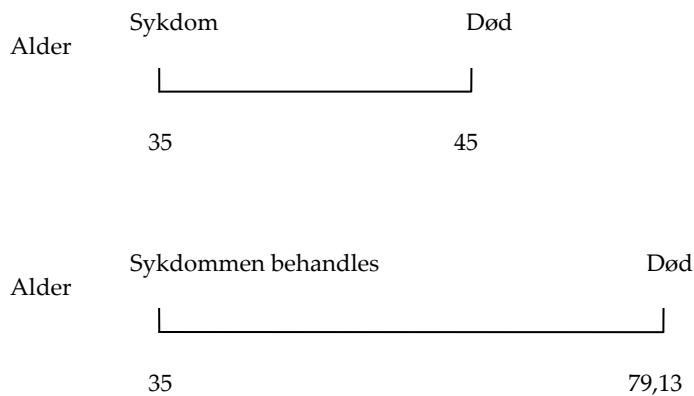
⁴¹Tar utgangspunkt i forventet levealder for gitte kohorter.

⁴² $D = 0$ betyr ingen disability, mens $D = 1$ betyr død

Se Murray og Lopez (1996; 415) for spesifikasjoner når det gjelder kategorisering i forhold til grader av disability forbundet med ulike sykdommer.

dersom hun behandles for denne sykdommen? For å avgjøre dette må vi bestemme avstanden mellom faktisk og forventet levealder (YLL) i tillegg til å kalkulere antall DALYs som følger av årene med sykdom (YLD).

Vi lar kvinnens sykdom og død være utgangspunktet for en sammenligning av sparte DALYs som følger av en vellykket behandling. En vellykket behandling utsetter dødstidspunktet og gjenspeiles av en bedring i vektingen av disabilitetsfaktoren (D). Den forventede tidshorisonten uten og med behandling er gjengitt i figur 6.



Figur 10 Tidshorisont uten og med behandling

YLD tar utgangspunkt i perioden kvinnen lever med sykdom, fra hun er 35 til 45 år. Vi antar at vi benytter følgende parameterverdier som grunnlag for beregningen:

- $K = 1$
- $C = 0,1658$
- $r = 0,03$
- $a = 35$
- $\beta = 0,04$
- $L = 10$
- $e = 2,72$ (tilnærmet)
- $D = 0,6^{43}$

Vi setter parameterverdiene inn i formelen for YLD, og finner at antall DALYs forbundet med 10 år med sykdom er 6,95.

Avstanden mellom faktisk og forventet levealder er utgangspunktet for kalkuleringen av YLL. Vi benytter de samme parameterverdiene som i tilfellet ved beregningen av YLD, men justerer i forhold til parameterverdien som angir forventet levealder på dødstidspunktet. Vi benytter i stedet forventet levealder for en 45 år gammel kvinne som et uttrykk for L (hvilket er 34,75 år). De angitte verdiene settes inn i formelen for YLL. Under de gitte forutsetningene finner vi dermed at antall tapte leveår (YLL) i dette tilfellet tilsvarer 19,97 DALYs.

⁴³De valgte parameterverdiene tar utgangspunkt i en kvinne fra Chile som rammes av depresjon i en alder av 35 år (Murray, 1996; 415).

For å finne et uttrykk for antall DALYs fra tidspunktet hvor sykdommen inntreffer, benyttes følgende formel:

$$\text{DALYs for alder } x = \text{DALYs } (y) e^{-15}$$

Der s = antall år vi må diskontere og y = alder på dødstidspunktet.

$$\text{DALYs i en alder av 45 år} = 19,97 * (2,72)^{-0,03 * (45-35)} = 14,80$$

Fra tidspunktet sykdommen inntraff, er antall tapte YLL som følger av en tidlig død 14,80 DALYs. Ved å summere antall tapte YLL med antall YLDs får vi den samlede summen DALYs forbundet med kvinnens 10 år med sykdom og tidligere død.

$$\text{YLL } (14,80) + \text{YLDs } (6,95) = 21,75 \text{ DALYs}$$

Hva er så effekten, målt i antall sparte DALYs forbundet med en vellykket behandling av kvinnens sykdom? Vi antar at en vellykket behandling innebærer at alder på dødstidspunktet tilsvarer forventet levealder. En vellykket behandling vil føre til at disabilityfaktoren reduseres med 0,298 enheter, slik at $D = 0,302$ etter behandlingen. Vi justerer for dette ved beregningen av YLD, og finner at antall DALYs i tilfellet en behandling er 7,94. Det betyr at antall sparte DALYs forbundet med en behandling av kvinnen er gitt ved:

$$21,75 \text{ DALYs} - 7,94 \text{ DALYs} = 13,81.$$

En vellykket behandling av kvinnen på tidspunktet sykdommen inntreffer innebærer dermed en reduksjon på nær 14 DALYs.

Kategoriseringen av sykdommer i forhold til graden av disability gjør det mulig å kartlegge den samfunnsøkonomiske betydningen av enkeltsykdommer. I rapporten *Investing in Health for Economic Development* benyttes DALYs som grunnlag for estimater for den aggregerte kostnaden av HIV/AIDS og malaria. Antall DALYs forbundet med hver av sykdommene multipliseres med gjennomsnittsinntekt per innbygger med en gitt faktor. DALYs multiplisert med *en* ganger den årlige gjennomsnittsinntekten per innbygger blir betegnet som et *konservativt estimat* for den samfunnsøkonomiske betydningen av DALYs (Sachs et. al 2001). For å fange opp livsfasekonsekvensene av sykdommene blir det derfor hevdet at det vil være mer riktig å multiplisere den årlige gjennomsnittsinntekten med 3.

I 1999 var antall DALYs som følger av malaria i Afrika sør for Sahara 36 millioner med utgangspunkt i en samlet befolkning på 616 millioner innbyggere. Under de gitte forutsetningene var den samfunnsøkonomiske kostnaden av malaria på om lag 6 prosent av regionens brutto nasjonalprodukt ($36/616$ millioner=5,8 prosent). Dersom vi antar at hvert DALYs er verdt tre ganger den årlige gjennomsnittsinntekten, var den samfunnsøkonomiske kostnaden forbundet med malaria hele 17,4 prosent av BNP (=5,8 prosent*3). Tilsvarende var den anslåtte kostnaden forbundet med HIV/AIDS på henholdsvis 11,7 prosent (=72/616) og 35,1 prosent (=11,7 prosent *3) av BNP (Sachs et. al 2004).

Når det gjelder bruken av DALYs i samfunnsøkonomisk analyse hevder Sachs et. al (2004) at dette har sammenheng med at:

"One goal of economic analysis is to convert the disease-induced losses into dollar terms, in order to assess the economic benefits that would accrue to reducing the disease burden"
(Sachs et. al, 2004; 31).

En nedgang i omfanget av enkeltsykdommer gjenspeiles av en nedgang i antall DALYs, hvilket innebærer at de samfunnsøkonomiske kostnadene forbundet med den enkelte sykdommen begrenses. Dette betyr at DALYs gjør det mulig å se på de samfunnsøkonomiske kostnadene som følger av enkeltsykdommer i sammenheng med investeringer i helse. Hva angår verdien av investeringer i helse, blir det hevdet at;

"The economic literature on the value of life has a very strong and consistent conclusion: the value of an extra year of a healthy life – as a result of successfully treating a disease for example – is worth considerably more than the income that would be earned in that year"
(ibid; 31).

Kostnadsestimater med bruk av DALYs for ulike sykdommer blir benyttet som et grunnlag for å illustrere den utvidede verdien av investeringer og tilhørende forbedringer i helsesituasjonen i dagens utviklingsland. Her blir det argumentert for at investeringer i helse ikke bare bidrar til å redusere omfanget av enkeltsykdommer. Den tilhørende nedgangen i antall DALYs vil føre til betydelige samfunnsøkonomiske kostnadsbesparelser.

7.2 DALYs– etiske og fordelingspolitiske implikasjoner

Murray og Acharya (1998) har ved en rekke anledninger understreket hvordan DALYs kan og bør brukes for å kartlegge omfanget og den samfunnsøkonomiske kostnaden forbundet med enkeltsykdommer. De argumenterer også for økt bruk av DALYs i forbindelse med helsepolitiske anbefalinger. Bakgrunnen for dette skal ha sammenheng med at;

"DALYs follow from a fairness principle that treats 'like as like' within an information set comprising the health conditions of individuals, differentiated solely by age and sex. The particular health state weights used to account for non-fatal health outcomes are derived through the application of various forms of the person trade-off."

Videre argumenterer de også for at;

"The measurement unit disability-adjusted life years (DALYs) is grounded on cogent economic and ethical principles and can guide policies toward delivering more cost-effective and equitable health care" (Murray og Acharya, 1998).

DALYs har utvilsomt vært gjenstand for en kritisk debatt siden dens lansering i 1993. I artikkelen *DALYs: Efficiency versus Equity* hevder Anand og Hanson (1998) at det er sterke verdivurderinger forbundet med faktoren som angir graden av disability, vektning i forhold til alder samt bruken av diskontering. Rettferdighetsbetraktninger er bakgrunnen for at de er grunnleggende uenig i valg av parameterverdier og metoden for beregningen av DALYs. Det er også andre som har stilt spørsmål til verdivurderingene som følger med beregningen av DALYs (se for eksempel Hanson, 1999, Nygaard, 2000 og Rock, 2000).

Kategoriseringen av sykdommer i forhold til graden av disability ble gjort av et ekspertpanel (Murray et. al 2004). Inndelingen følger en skala fra 0 til 1, der 0 innebærer at man er fullstendig frisk, mens 1 innebærer at man er fullstendig disabled (død). I tilfeller hvor sykdommer blir behandlet justeres graden av disability deretter.

I boken *Public Health, Ethics and Equity* hevder Amartya Sen (2004) at den gjeldende kategoriseringen av sykdommer berører spørsmålet om menneskeverd. Amartya Sen (2004), i likhet med Nord og Arnesen (1999), har i en rekke bidrag understreket de etiske og fordelingspolitiske implikasjonene forbundet med beregningen og bruken av DALYs som grunnlag for helsepolitiske anbefalinger. Dette er bakgrunnen for at han hevder at;

“It is useful to begin by explicitly acknowledging that any improvements in anyone’s health given other things, is an adequate ground for recognising that there is some social betterment. But the need to be responsive to anyone’s health does not require that exactly the same importance to be attached to improving one’s health – no matter how ill they presently are”(Sen, 2004).

Med den gjeldende kategoriseringen av sykdommer følger det at verdien av et spart menneskeliv (målt i sparte DALYs) avhenger av graden av disability forbundet med sykdommen til den enkelte. Et etisk spørsmål knyttet til menneskeverd marginaliseres dermed til fastsatte standarder for kategorisering av sykdommer. Slik jeg ser det blir ikke de sterke verdivurderingene mindre av det faktum at det var et ekspertpanel som sto ansvarlige for kategoriseringen av sykdommer, hvilket synes å være påfallende for argumentasjonen til Murray og Acharya (1998). Amartya Sen (2004) hevder derfor at;

“Distribution-indifference is a serious limitation of the approach of DALYs. The use of distribution-indifference in the case of DALYs works, in fact, with some perversity, since a disabled person, or one who is chronically ill, and thus disadvantaged is general, also receives less medical attention for other ailments, in the exercise of DALYs minimisation, and thus has the effect of adding to the relative disadvantage of a person who is already disadvantaged” (Sen et al, 2004; 27).

Murray og Acharya (1998) hevder på sin side at beregningen og bruken av DALYs er grunnlagt på etiske og økonomiske verdibetraktninger. Det kan imidlertid synes som at de økonomiske dominerer de etiske verdibetraktningene. Dette gjenspeiles blant annet av kategoriseringen av sykdommer. Med henvisning til bruken av faktoren for disability, hevder Nord og Arnesen (1999) at produktivitetsbetraktninger synes å være grunnlaget for verdsettelsen av et menneskeliv. I likhet med Sen stiller de også spørsmål til de etiske vurderingene som følger med beregningen av DALYs.

“...age weighting and discounting measures the societal usefulness of people’s life years rather than the individual utility of life” (ibid).

Murray og Acharya (1998) holder fast på at allokeringer og prioriteringer bør være basert på målet om å i størst mulig grad begrense den overordnede sykdomsbyrden. De hevder videre at beregninger med bruk av DALYs vil kunne føre til en betydelig effektivisering av den overordnede helsepolitikken.

Jeg vil argumentere for at de sterke verdivurderinger som følger med valg av parameterverdier og beregningsmetode er grunnlag nok til å være varsom med bruken av DALYs som grunnlag for helsepolitiske anbefalinger.

Kriteriet om flest sparte DALYs per investerte helsekrone vil kunne føre til en systematisk skjevbehandling til fordel for mennesker hvor den forventede forbedringen forbundet med behandlingen er størst. Den gjeldende kategoriseringen av sykdommer innebærer også at jo høyere grad av disability (før og etter behandling) desto mindre lønnsomt blir det å investere i sykdomsbehandling. Dette betyr at kategoriseringen av sykdommer ikke bare avgjør verdien av et spart menneskeliv, men også bestemmer hvorvidt ulike sykdomstilfeller er verdig en behandling. Dette er også kjernen i kritikken av DALYs, og grunnlaget for at Amartya Sen (2004) hevder at;

"Rawls criticism of the distribution-indifference of utilitarianism (in not taking the difference between persons sufficiently seriously) would apply here with redoubled force" (ibid).

På tilsvarende måte kan også diskontering av framtidige utbedringer eller svekket helse innebære en marginalisering av preventive tiltak, helsesituasjonen til barn og framtidige generasjoner. Videre vil også de valgte estimatene for forventet levealder innebære at kvinners helsesituasjon tillegges mindre vekt (Nord og Arnesen, 1999).⁴⁴

7.3 DALYs som grunnlag for helsepolitiske anbefalinger

Til tross for massiv kritikk holder Murray og Acharya (1998) fast på at DALYs kan tjene som et nyttig utgangspunkt for å fremme effektivitet og presisjon i helsepolitiske prioriteringer. Dette gjelder spesielt for helsepolitikken i utviklingsland.

Med utgangspunkt i en casestudie i Uganda finner Kapiriri, Norheim og Heggenhougen (2002) at helsepolitiske prioriteringer i stor grad også følger evalueringer og tilhørende som måler *burden of disease* (der DALYs inngår). I rapporten fremgår det at kartlegging av sykdomsomsfang er et foretrukket hjelpemiddel for allokeringer av ressurser og iverksetting av tiltak i den nasjonale helsepolitikken. Kapiriri, Norheim og Heggenhougen (2002) finner at;

"... the burden of disease study results have been used as the basis for the national health policy and in defining the contents of the national essential health care package. The quantification and ranking of disease burden is appreciated by politicians and used for advocacy, resource mobilization and re-allocation. The results have also provided information for priority setting and strategic planning" (ibid).

Det fremgår ikke om økt bruk av analyser og evalueringer har bidratt til å bedre kvaliteten på helsepolitikken. Ei heller blir det tatt stilling til hvorvidt økt bruk av evalueringer og tilhørende anbefalinger har bidratt til å begrense de gjeldende helsepolitiske problemstillingene i landet. I rapporten heter det imidlertid at;

"Limitations to its use included poor understanding of the methodology, poor quality of data in-puts, low involvement of stakeholders, inability of the methodology to capture key non-economic issues, and the costs of carrying out the study" (ibid).

⁴⁴Fordi den gjennomsnittlige forventede levealderen til kvinner er høyere enn for menn.

Erfaringene fra Uganda illustrerer viktigheten av å problematisere bruken av tilsynelatende objektive evalueringskriterier som grunnlag for helsepolitiske anbefalinger.

Vi har sett at beregningen av DALYs er basert på en rekke forutsetninger og sterke verdivurderinger. Det samme vil også gjelde for de tilhørende kostnadsestimatene som brukes for å kartlegge et lands *burden of disease*. Dette er også bakgrunnen for at *The WHO Advisory Committee on Health Research (ACHR)* konkluderer med at;

“Though the idea of expressing burden of disease in a single index is tempting, any attempt to summarise information about quality of life and length of life in one number is bound to run into conceptual and methodological problems. Disability-adjusted life years (DALYs) obscure too much and in its present stage of development the DALY approach does not solve the problem of prioritization and of resource allocation and may yet turn out to have been a side-track.”

Som antydnet av ACHR, innebærer DALYs at mye og nyttig informasjon går tapt i overgangen fra evaluering og tilhørende anbefaling til den faktiske helsepolitiske prioriteringen. Det er også mye som tyder på at anbefalingene som følger med evalueringer basert på DALYs har vært basert på ulike forutsetninger og beregningsmetoder. Fox-Rushby og Hanson (2001) finner at;

“Not only have analysts presented DALYs with different assumptions and different sources of disability weights, but at times DALYs have been miscalculated by using the wrong life expectancies” (ibid; 1).

Variasjoner i beregningsmetode og forutsetninger kan delvis skyldes den pågående debatten forbundet med grunnlaget for bruken og beregningen av DALYs. Fox-Rushby og Hanson (2001) understreker også at det heller ikke foreligger noen standard mal for beregning og presentasjon av DALYs-estimer. Dette understreker viktigheten av å tilkjenne premisserne for valgte parameterverdier og beregning i tilfeller hvor DALYs brukes som grunnlag for helsepolitiske anbefalinger. Dessverre er det mye som tyder på at dette er unntaket heller enn regelen. Ifølge Fox-Rushby og Hanson (2001) manglet hele 9 av i alt 16 større publikasjoner fullstendige spesifikasjoner av valgte parameterverdier og beregningsmetode (i perioden fra 1993-2000).

Et enkelt talleksempel kan illustrere betydningen av valgte parameterverdier og forutsetninger.

I avsnitt 7.1 fant vi at forventet antall sparte DALYs forbundet med sykdomsbehandling var på 13,81 DALYs. Dersom vi utelater alder og/eller diskonteringsrate er forventet antall sparte DALYs forbundet med sykdomsbehandling henholdsvis 13,76 DALYs (0, 0,03, 0,0), 25,07 (0,1, 0, 0,04) og 27,4 DALYs (0, 0, 0). Dette betyr at endrede forutsetninger for beregningen kan føre til betydelige variasjoner i DALYs-estimatene, og dertil endrede konklusjoner for de helsepolitiske anbefalingene som følger med analysen. Som følger av stor usikkerhet i forhold til hva som er riktige spesifikasjoner for de ulike parameterne bør det også følge en *sensitivitetsanalyse* for analyser med bruk av DALYs-estimer. I de fleste studier mangler imidlertid en redegjørelse for usikkerheten forbundet med beregningen av DALYs. Det samme gjelder også for estimer som angir kosnader forbundet med *the burden of disease* (Fox-Rushby og Hanson, 2001).

Til tross for en massiv kritikk, ser vi at DALYs har blitt og blir benyttet som grunnlag for å kartlegge kostnadseffektiviteten til helseinitiativ på prosjektnivå, i tillegg til å tjene som et utgangspunkt for helsepolitiske anbefalinger. Hensikten med DALYs og økt bruk av evalueringer er ønsket om å bedre betingelsene for helsepolitiske prioriteringer i utviklingsland. Antakelsen er dermed at den økte bruken av evalueringer vil kunne bidra til å bedre kvaliteten på helsepolitikken. I artikkelen *The value of DALY life: problems with ethics and validity of DALYs* hevder Nord og Arnesen (1999) at grunnlaget for beregninger av DALYs er i strid med grunnprinsippene i WHO. De hevder at effektivitetskriteriet, flest mulig sparte DALYs per investerte helsekrone, vil føre til at hensynet til de som er verst stilt går på bekostning av prioriteringer hvor forbedringspotensialet er større. Dette innebærer at målet om effektivitet undergraver den overordnede målsetningen om å styrke kvaliteten på de helsepolitiske prioriteringene. I ytterste konsekvens betyr dette at kravet om effektivitet bidrar til å undergrave helsebistandens overordnede målsetning, som er å fremme helsesituasjonen i fattige land og blant fattige.

Målsetningen og de ønskede resultater forbundet med bistandstiltak og investeringer er i de aller fleste tilfeller basert på politiske vedtak. Det internasjonale bistandssamfunnet vedtar de overordnede rammene for bistands- og utviklingspolitikken, hvilket igjen presiseres ytterligere av bistandsorganisasjoner og nasjonale aktører. Dette gjelder også i for helsepolitiske vedtak i bistands- og utviklingspolitikken. Dette betyr at det er avgjørende at politiske anbefalinger baserer seg på objektive effektivitetsvurderinger.

Økt krav til evalueringer innebærer at politiske beslutninger i stadig større grad blir prisgitt de aktørene som gjennomfører og konstruerer de indikatorene som inngår i evalueringene. Evalueringer og anbefalinger som grunnlag for helsepolitiske prioriteringer betyr at eksperter får en stadig mer avgjørende rolle i den faktiske politikktutforming. Dette gjelder spesielt i tilfeller der anbefalinger er basert på tilsynelatende objektive kriterier og beregninger som er vanskelig å etterprøve. Med dette vil politikktutforming i stadig større grad underlegges de premissene som inngår i modellene. I tilfeller hvor DALYs benyttes som grunnlag for helsepolitiske anbefalinger forsterkes denne rollekonflikten av de etiske og fordelingspolitiske implikasjonene som følger med valgte parameterverdier og metode for beregningen. Dette understreker utvilsomt viktigheten og relevansen av den pågående debatten forbundet med bruken av DALYs i den internasjonale helsepolitikken.

DEL III

HELSE I DEN INTERNASJONALE BISTANDS- og UTVIKLINGSPOLITIKKEN

Internasjonal bistand har vært preget av vekselvirkninger i synet på hva som er den ideelle formen for bistand og utviklingshjelp. Økt betydning av multilaterale aktører og internasjonale organisasjoner er bakgrunnen for at utformingen av bistandspolitikken i stadig større grad følger utviklingen i det jeg velger å betegne som *internasjonale bistandsparadigmer*. Jeg vil argumentere for at bistandsforskningen, organisasjoner innenfor FN samt Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet er sentrale premissleverandører som bidrar til denne utviklingen.

Med begrepet *bistandsparadigme* mener jeg derfor å vise til overordnede og internasjonalt gitte antakelser omkring sammenhengen mellom bistand, økonomisk vekst og utvikling. I det følgende vil jeg vise at det som til enhver tid utgjør det dominerende synet på bistand også har hatt betydning for den faktiske satsningen og forståelsen av helse i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken.

Gjennomgangen illustrerer en betydelig utvikling i det gjeldende synet på utviklingshjelp og bistand i perioden fra omkring 1950 og fram til i dag. Dette gjelder både i forhold til valg av bistandsform, virkemidler og allokeringskanaler. Utviklingen gjenspeiles også retorisk. Fra gjennomgangen som følger skal vi se at det som startet som et kappløp for *økonomisk vekst* i dag betegnes som en *kamp mot fattigdom*.

Den internasjonale bistandshistorien kan deles inn i fire paradigmer; *Den internasjonale bistandens gullalder* på 1960- og 1970-tallet (Adelman, 2003), *The Washington Consensus* i perioden etter den internasjonale gjeldskrisen (1982), *The post-Washington Consensus* (midten av 1990-tallet fram mot år 2000) (Hayami, 2005) og perioden i etterkant av *The Millennium Development Goals* (fra år 2000). Et fellestrekk som følger overgangene mellom de ulike paradigmene er et endret syn på sammenhengen mellom bistand, økonomisk vekst og utvikling. Dette gjenspeiles av avstand fra tidligere standarder og virkemidler, samt en tilsynelatende redefinering av bistandens overordnede mål og hensikt.

Med ethvert paradigmeskift følger en resignasjon over kjernen i det som tidligere ble betraktet som gjeldende praksis. Graden av konsensus innenfor hvert paradigme skal imidlertid ikke overdrives. Til tross for et felles fundament er hvert paradigme preget av pågående diskurser omkring gjeldende målsetninger og virkemidler. Det vil med andre ord til enhver tid foreligge kritikk mot det som defineres som det gjeldende paradigmet.⁴⁵

⁴⁵Paradigmebegrepet er i hovedsak basert på Thomas Kuhns (1962) forståelse av vitenskapen som betinget av dialektiske skift mellom perioder preget av "normal" aktivitet og "revolusjon". I følge Kuhn vil forståelsen av vitenskapen gjennomgå stadige skift. En krise iverksetter endringen og legger grunnlaget for et paradigme som er nytt og fundamentalt forskjellig fra det tidligere. En maktkamp knyttet til å definere vitenskapens faktiske mening oppstår mellom det nye og etablerte paradigmet. Utfallet av denne maktkampen utgjør et såkalt paradigmeskift – en endret forståelse av grunnleggende sammenhenger og hva som er å betrakte som vitenskapens grunnleggende mening og hensikt.

WHO's oppgave er å sette helse på den internasjonale bistandsagendaen, i tillegg til å være en sentral premissleverandør for utformingen av den internasjonale helsepolitikken. Den historiske gjennomgangen kan tyde på at mål og virkemidler i den internasjonale helsepolitikken følger utviklingen i det som til enhver tid utgjør kjernen i det generelle bistandsparadigmet. Som premissleverandører for bistands- og utviklingspolitikken har dermed bistandsforskningen, FN, Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet spilt sentrale roller ved vedtak av overordnede mål for helsesituasjonen i fattige land. Helsepolitiske paradigmer er dermed et resultat av overordnede og sektorspesifikke skift i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken.

Jeg finner at den helserelaterte bistands- og utviklingspolitikken domineres av fire paradigmer: Den første perioden domineres av *vertikale sykdomsspesifikke helseinitiativ*, perioden i forbindelse med lanseringen av *Alma-Ata Deklarasjonen* (1978), omlegginger i tråd med Verdensbanksrapporten *Investing in Health* (1993) og dagens helsepolitiske agenda tilknyttet *Millenniumsdeklarasjonen* (2000).

I den følgende delen av utredningen følger en historisk drøfting av det som har vært dominerende målsetninger og virkemidler i den internasjonale helsepolitikken i perioden fra 1950-tallet og fram mot i dag. Sentralt for analysen er å avdekke grunnlaget for de stadige endringene i målsetninger og tilhørende virke midler for den internasjonale helsepolitikken. Bakgrunnen for gjennomgangen er spørsmålet:

- *Kan organiseringen av bistands- og utviklingspolitikken forklare den påviste avstanden mellom målsetninger og virkelighet i den internasjonale helsepolitikken?*

8 Etableringen av det internasjonale utviklings samarbeidet

Vi ser tilløp til det vi i dag betegner som bistands- og utviklingshjelp allerede tidlig på 1800-tallet. Målet om å fremme økonomisk vekst og utvikling står imidlertid i klar kontrast til det 19. århundres imperialistiske ideer om arbeidsdeling og handelsforbindelser mellom kolonier og kolonister (Thorbecke i Tarp, 2000). Det vi i dag kjenner som *det internasjonale bistands- og utviklings samarbeidet* vokste fram i løpet av det 20. århundre, i gjenreisningsårene etter den andre verdenskrig. I avsnitt 8.2 vil jeg se nærmere på etableringen av dette samarbeidet. I tråd med valgte tilnærming vil jeg fokusere på grunnlaget for etableringen av de internasjonale organene Verdensbanken, IMF og WHO.

Vertikale sykdomsspesifikke helseinitiativ utgjorde kjernen i det første internasjonale helseparadigmet. Målet var å redusere omfanget av enkeltsykdommer, og virkemiddelet var sentraliserte massekampanjer basert på en universell tilnærming på tvers av de landene som var underlagt kampanjene. Utryddelsen av kopper skyldes en vellykket initiering av slike massekampanjer. Det finnes også enkeltkampanjer som ikke oppnådde de tilsvarende resultater. I avsnitt 8.1 følger en gjennomgang som viser at kjennetegn ved organiseringen av kampanjene som kan bidra til å forklare avstanden mellom mål og faktiske resultater i den første perioden i den internasjonale helsepolitikken.

Omfanget av bistands- og utviklingspolitikken i de første gjenreisningsårene etter den andre verdenskrig gjenspeilte datidens verdensbilde. I løpet av 1960- og 1970-årene fikk imidlertid ikke-vestlige land en stadig innpass i den internasjonale storpolitikken. I løpet av den angitte perioden ser vi tilløp til en stadig opptrapping av innsats og ambisjoner for den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken.

Erfaringer fra gjenreisningsårene, i tillegg til økonomisk vekstteori utgjorde en sentral del av det første bistandsparadigmet, *Big Push*. Her skal vi se at betydningen av helse og sosioøkonomiske forhold var fjernt fra kjernen i det generelle bistands- og utviklingspolitiske paradigmet. I avsnitt 8.3 vil jeg argumentere for at dette bidrar til å forklare hvorfor internasjonale helsespørsmål i all hovedsak var begrenset til WHO, og i liten grad ble integrert i den overordnede bistands- og utviklingspolitikken.

8.1 Vertikale sykdomsspesifikke helseinitiativ

Etableringen av en verdensomspennende helseorganisasjon ble først diskutert i forbindelse med FN-forsamlingen i 1945. Ved etableringen, tre år deretter, overtok WHO ansvaret for *The International Classification of Disease (ICD)*.⁴⁶ De uttalte målene for organisasjonen var økt engasjement i internasjonale helsefaglige problemstillinger med spesiell fokus på malaria, kvinner og barns helsesituasjon, tuberkulose, seksuelt overførbare sykdommer, ernæring og sykdommer som følger av dårlige sanitærforhold.

I bistandshistoriens første periode var det meste av helserelaterte tiltak og investeringer i hovedsak konsentrert omkring sykdomsspesifikke initiativ for å begrense omfanget av enkelt sykdommer.⁴⁷ I løpet av 1950-, 60- og 70-tallet gjennomførte WHO en rekke såkalte *vertikale* sykdomsspesifikke kampanjer. Den faktiske utformingen av disse massekampanjene var i stor grad bygd på erfaringer fra tidligere kampanjer. Dette gjelder spesielt det såkalte *Rockefeller Foundation* fra 1920-tallet.⁴⁸

Hvorvidt et program betegnes *horisontalt* eller *vertikalt* bestemmes delvis av den organisatoriske tilnærmingen. I et notat fra *The Disease Control Priorities Project* heter det at;

“Vertical programs (also known as categorical programs) had their own financing, management structures, and staff, even down to the service delivery level, instead of relying on existing systems. In contrast, horizontal programs delivered a number of services through the general health service structure.”

Et vellykket og godt kjent eksempel på slike sykdomsspesifikke programmer er blant annet WHO's kampanje for å begrense omfanget av kopper. På 1950-tallet tok kopper årlig 5 millioner menneskeliv (WBDR, 1993). Da Verdens Helseorganisasjon i 1967 intensiverte innsatsen for å utrydde omfanget av kopper, var 60 prosent av verdens befolkning truet av sykdommen. Hver fjerde som ble rammet av sykdommen døde, og de fleste ble enten skadet eller blind. I løpet av en tiårsperiode, og ved hjelp av en global vaksinasjonskampanje ble omfanget av sykdommen redusert betraktelig. Det siste tilfellet av kopper ble registrert i Somalia i 1977.⁴⁹

I desember 1979 kunne Verdens Helseorganisasjon offisielt meddele at kopper var utryddet. På tilsvarende måte har også omfanget av meslinger og polio blitt redusert betydelig som følger av vellykkede vaksinasjonskampanjer (WBDR, 1993).

I 1955 initierte Verdens Helseorganisasjon også en tilsvarende kampanje for å redusere omfanget av malaria. Til tross for strukturelle likheter med kopperkampanjen kunne ikke dette tiltaket vise til tilsvarende resultater. En opplagt svakhet ved kampanjen var at store

⁴⁶Etableringen av ICD dateres tilbake til 1850-tallet. ICD brukes for å klassifisere sykdommer og andre helserelaterte problemstillinger, og er i dag en internasjonal standard for kliniske og epidemiologiske formål.

⁴⁷Helserelaterte problemstillinger var også et hovedanliggende for en rekke frivillige organisasjoner. Historisk har frivillige organisasjoners bistandsarbeid vært på prosjektnivå, ofte i form av tjenesteyting innen skole, helse og infrastruktur, men også på andre områder som næringsdrift inkludert landbruk og sosiale tilbud.

⁴⁸Det amerikanske Rockefeller Foundation ble etablert i 1913 med en visjon om å “go to the root of individual or social ill-being and misery.” Sitatet er hentet fra The Rockefeller Foundations hjemmesider.

⁴⁹Bortsett fra et tilfelle i et laboratorium i Storbritannia i 1978.

delar av Afrika sør for Sahara ble utelatt, regionen hvor parasitten var (og fortsatt er) mest utbredt. På grunnlag av begrensede resultater ble kampanjen skrinlagt i løpet av 1970-tallet.

Ifølge *The Disease Control Priorities Project* kan de begrensede resultatene også ses i sammenheng med administrative forhold i tillegg til medisintekniske mangler ved kampanjen. Et fellestrekk for de vertikale programmene er at de var selvfinansiert med egen administrasjon. Overordnet var organiseringen og implementeringen basert på en *top-down* tilnærming til de spesifikke sykdommene. Det betyr at kampanjene var basert på sentraliserte løsninger, der valgte tilnærming i de ulike landene fortonet seg nokså likt. I stedet for å ta utgangspunkt i det eksisterende helsesystemet overførte de vertikale programmene en egen administrativ enhet i mottakerlandet, i tillegg til å sysselsette egne helsearbeidere helt ned til lokalnivå.

Den valgte tilnærmingen var basert på antakelsen om at de vertikale programmene etter hvert kunne erstattes av horisontale forsterkninger på lokalt nivå. Idet omfanget av den enkelte sykdommen ble redusert skulle ressursene overføres fra de sykdomsspesifikke tiltakene og til generelle helsetjenester. I tråd med dette hevder *The Disease Control Priorities Project* at;

“Initially, the effort required to detect and treat cases demanded dedicated and mobile workers. As transmission was reduced, these workers would detect fewer and fewer cases, so on efficiency grounds, detection and treatment activities needed to be handed over to the general health service infrastructure. However, this approach faced the dilemma that such services were often not strong enough to carry the control efforts forward.”⁵⁰

Som følger av svakheter ved de generelle helsetjenestene i mottakerlandene led imidlertid kampanjene under en mangel på varig bærekraft. Videre innebar begrenset forankring til generelle helsetjenester at læring forbundet med gjennomføringen først og fremst tilfalte de eksterne helsearbeiderne. Det underliggende dilemmaet knyttet til bærekraft ble allerede understreket i 1951 i forbindelse med WHO's *Annual Report of the Director-General*. Her ble det pekt på at i fravær av godt utbygde helsetjenester i mottakerlandene forble det en utfordring å sikre de langsiktige effektene av de sykdomsspesifikke kampanjene. Med henvisning til den gjeldende helsepolitiske tilnærmingen ble det hevdet at;

“More authorities are becoming aware that many campaigns for the eradication of diseases will have only temporary effects if they are not followed by the establishment of permanent health services in those areas, to deal with day-to-day work in the control and prevention of disease and the promotion of health.”⁵¹

Manglede bærekraft kan også ses i sammenheng med målsetningen for initieringen av de enkelte kampanjene. Helsearbeidet var i all hovedsak organisert og innrettet mot målet om å utrydde omfanget av enkeltsykdommer. Kampanjene ble dermed betraktet som delvis fullført idet målet om en fullstendig utryddelse av enkeltsykdommene var oppnådd. Svakheter ved det eksisterende helsevesenet og begrenset ressursmobilitet bidro til å vanskeliggjøre en videreføring av tiltakene. Dette viste seg å være spesielt problematisk i tilfeller hvor det var risiko for at spredningen av de enkelte sykdommene kunne gjenoppstå.

⁵⁰Hentet fra www.dc2p.org/pubs/DCP/3/Section (03.05.2007).

⁵¹Sitat fra *The Annual Report of the Director-General for 1951* (Mills, 2005).

Implikasjonene forbundet med denne formen for organisering forsterkes i tilfeller hvor spredning av de enkelte sykdommene kan gjenoppstå.

Malariakampanjen illustrerer den opplagte svakheten ved den kategoriske tilnærmingen. For å begrense omfanget av malaria kreves en pågående innsats rettet mot preventive tiltak, vaksiner og sykdomsbehandling. Organiseringen av de vertikale sykdomskampanjene og den tilhørende ressursmobiliseringen var ikke tilstrekkelig til å imøtegå dette behovet.

WHO problematiserte spørsmålet om bærekraft forbundet med de vertikale programmene allerede i 1965. I artikkelen *Mass campaigns and general health services* av C.L. Gonzales, ble det hevdet at;

"... there are two apparently conflicting approaches to which countries should give careful consideration. (...) The first, generally known as the 'horizontal approach', seeks to tackle the over-all health problems on a wide front and on a long-term basis through the creation of a system of permanent institutions commonly known as 'general health services'. The second, or 'vertical approach', calls for solution of a given health problem by means of single-purpose machinery. For the latter type of programme the term 'mass campaign' has become widely accepted" (ibid, 9).

I en kommentar til Gonzales, hevder Mills (2005) at;

"Gonzales characterized the resource allocation dilemma facing countries: in the long term, permanent, organized health services are what they need, but specific measures against certain diseases can rapidly improve health in the shorter term."

Som det fremgår av WHO's *Annual Report of the Director-General* (1951) i likhet med den nevnte analysen av Gonzales, kan det synes som at det forelå en klar forståelse for behovet for generelle, og ikke utelukkende sykdomsspesifikke initiativ. Det er imidlertid liten tvil om at dette ville kreve en langt større ressursmobilisering og helsepolitisk satsing enn tilfellet i den angitte perioden. Dette gjelder først og fremst i forhold til myndighetene i mottakerlandene. I tillegg kreves også en anerkjennelse for behovet og nødvendigheten for helsepolitisk satsing blant giversamfunnet og innenfor det internasjonale utviklings samarbeidet. Mye tyder på at dette ikke var tilfellet.

8.2 Det internasjonale utviklings samarbeidet blir til

Det første paradigmet i den internasjonale bistandshistorien gjenspeiler i stor grad datidens verdensbilde. Marshallhjelpen var et amerikansk prosjekt, og i all hovedsak et vestlig anliggende.⁵²

⁵² I 1949 ble Marshallhjelpen etterfulgt av *The Point Four Program*. Hensikten med programmet var å overføre teknologi og industrikunnskaper til andre nasjoner for å bedre grunnlaget for framgang og økonomisk vekst. I 1950 ble programmet erstattet av *The Act for International Development*. Den amerikanske bistanden skjøt for alvor fart i 1951 under *The Mutual Security Act* hvilket innebar en betydelig økning i omfanget av utviklingsbistand og teknisk assistanse. Det er imidlertid verdt å understreke at et viktig formål med *The Mutual Security Act* var å bistå med militær bistand. Mye tyder på at den amerikanske bistanden i den angitte perioden i all hovedsak var politisk motivert. Etter innføringen ble militær assistanse gitt til mer enn 40 land. Bistandsoverføringer var et sentralt virkemiddel for å etablere et tettere bånd til allierte.

Hensikten med Marshallplanen var i første rekke en oppbygging av et krigsherjet Europa. Blant mottakerlandene finner vi blant annet Norge, Storbritannia, Frankrike, Tyskland, Italia, Trieste, Nederland, Belgia, Luxemburg, Østerrike, Danmark, Hellas, Sverige, Sveits, Tyrkia, Irland, Portugal og Island. Når det gjelder bistand til land utenfor Europa var dette i all hovedsak begrenset til bilaterale prosjekter med hovedvekt på teknologioverføringer i tillegg til enkeltstående bistandsprosjekter.

I perioden fra 1950 til 1955 kom 90 prosent av all bistanden fra USA, Storbritannia og Frankrike. USA hadde utvilsomt en svært dominerende rolle i den internasjonale storpolitikken. Landet var i en økonomisk og industriell særstilling som muliggjorde betydelige teknologi- og kapitaloverføringer. I perioden mellom 1948 og 1952 omfattet Marshallhjelpen og de påfølgende utviklingsprogrammene fra USA om lag 13 milliarder dollar, hvilket tilsvarte over 2 prosent av landets BNP. I perioden fra 1950 til 1955 stod landet for omtrent 2/3 av den samlede internasjonale bistanden.

På samme måte som tilfellet for den amerikanske bistanden var også etableringen av Verdensbanken (1944), *The International Bank for Reconstruction and Development* (IBRD), i all hovedsak rettet mot de landene som var rammet av den andre verdenskrig. Hensikten med etableringen var å bidra til en gjenoppbygging av den internasjonale handelsbalansen ved å betjene kapitalbehovet og støtte medlemslandene med kapital til produktive investeringer.

I løpet av 1960-tallet skjedde det en nyorientering i den internasjonale storpolitikken. Verden rettet i stadig større grad blikket mot de fattigere verdensdeler utenfor Europa og Nord-Amerika. Etter vedtak i FN skulle 1960-årene gjelde som *utviklingstiår*. Ambisjonene som fulgte med dette vedtaket var på ingen måte beskjedne. Målet var å oppnå en årlig vekst på 5 prosent blant de landene som da ble kategorisert som utviklingsland innen utviklingstiårets slutt. Det ble også vedtatt at den samlede bistanden til utviklingslandene skulle utgjøre omtrent 1 prosent av giverlandenes nasjonalinntekt. 1960-årene karakteriseres også av en redefinering av rollene til de overnasjonale bistandsorganene som ble etablert i tiåret før. FN, på samme måte som Verdensbanken påtok seg viktige roller i møtet med de nye utfordringene

FNs spesialfond for utvikling, *Special United Nations Fund for Economic Development* (SUNFED) ble etablert i 1959. Året etter valgte IBRD å etablere en egen bank som kunne tjene kredittbehovet til utviklingsland. I samme periode ble også en rekke regionale utviklingsbanker etablert (Simensen, 2003). Med etableringen av *The International Development Association* (IDA) utvidet dermed Verdensbanken sitt virksomhetsområde til å gjelde ikke-vestlige land. Med dette fikk Verdensbanken den todelte strukturen vi kjenner i dag. Internasjonal koordinering av tiltak for å fremme økonomisk vekst i fattige land ble nye oppgaver for Verdensbanken.⁵³ Den uttalte hensikten til IDA var å betjene fattige land med

⁵³Siden har Verdensbankgruppen fått nye tilskudd i form av IFC og MIGA. En har også fått et sett av regionale utviklingsbanker som utfyller Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet (IMF), som i dag teller de fleste land i verden blant sine medlemmer. Sistnevnte institusjon har i stadig stigende grad befattet seg med utviklingsspørsmål etter at den på midten av 1970-tallet mistet sin opprinnelige rolle som vokter av det internasjonale valutakurssystemet som ble etablert i Bretton Woods (Rattsø et. al, 2006).

lån til bedre vilkår enn det private markedet kunne tilby.⁵⁴

I følge Singer (1995) illustrerer etableringen av IDA den tilsynelatende marginaliseringen av FN til fordel for Verdensbanken når det gjaldt den tidligere utformingen av den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Da Verdensbanken overtok hovedrollen som utviklingsbank kompenserte imidlertid FN med etableringen av matvarefondet, *World Food Programme* (WFP) og fondet for teknisk assistanse (Tarp, 2003). I 1965 ble Spesialfondet og FNs utvidede program for teknisk bistand, EPTA, slått sammen til FNs utviklingsprogram, *The United Nations Development Programme* (UNDP).

Et viktig steg i retning av økt internasjonal koordinering var etableringen av *The Development Assistance Group* (DAG, senere DAC). Organet ble etablert i 1960 som et samlingsforum for verdens ledende bistandsgivere. Blant medlemslandene var USA, Belgia, Canada, Frankrike, Italia, Portugal, Storbritannia, Tyskland og EEC (EF). Japan og Nederland ble medlemmer kort tid etter etableringen. Opprettelsen av DAG markerer ikke bare etableringen av det internasjonale bistandssamarbeidet, men også en institusjonalisering av koordineringen av bistands- og utviklingspolitikken. Etablering og medlemskap i DAG-samarbeidet førte også til at flere land etablerte nasjonale bistands- og utviklingspolitiske institusjoner. Med dette åpnet det seg økte muligheter for koordinering av bistands- og utviklingspolitikken.

8.3 Big Push og The Golden Age of Economic Growth

Et påfallende trekk for den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken på begynnelsen av 1960-tallet er et markert skift i synet på utviklingslandene og deres evne til å motta kapitaloverføringer. Perioden karakteriseres av en synlig økonomisk fremgang i en rekke utviklingsland og en betydelig optimisme i synet på kapitaloverføringer som et virkemiddel for å fremme økonomisk vekst og utvikling. Dette er grunnlaget for at Adelman (i Tarp, 2000) karakteriserer 1960- og 1970-årene som *The Golden Age of Economic Growth*.

Erfaringer med tiltak i forbindelse med gjenoppbyggingen av den internasjonale økonomien i etterkant av andre verdenskrig ble ansett som et bevis på utviklingspotensialet forbundet med bistand generelt og kapitaloverføringer spesielt. Amerikansk og europeisk historie ble ansett som treffende analogier for den forventede utviklingen i ulandene. Optimismen var både empirisk og teoretisk fundert. Mye tyder på at økonomiske modellsammenhenger fikk en stadig mer sentral rolle i utformingen av den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken.⁵⁵

Den økonomiske tenkningen var dominert av en teknokratisk tilnærming til spørsmålet omkring økonomisk vekst og utvikling. *Big push* og de såkalte *moderniseringsteoriene* hadde stor politisk gjennomslagskraft. Et viktig bidrag var blant annet Walt Whitman Rostows bok *Stages of Economic Growth*. Sentralt for Rostows teorier var antakelsen om at det forelå en betydelig gjennomslagskraft forbundet med kapitaloverføringer og økonomisk

⁵⁴De første IDA-lånene ble innfridd i 1961 til Chile, Honduras, India og Sudan. I den foregående perioden ble det meste av kredittoverføringen til fattige land gitt ved bilaterale lån i hovedsak fra USA, Frankrike og Storbritannia (Tarp, 2001).

⁵⁵Rostows teorier ble også et viktig fundament for utformingen og planleggingen innenfor *The U.S. Agency for International Development*, USAID, som ble etablert i 1961. Dette fremgår på USAIDs hjemmesider.

planlegging.⁵⁶ Bistandsoverføringer ble betraktet som avgjørende for å generere investeringer og produktivitetsvekst. Ifølge Rostow ville alle land som satset på en markedsøkonomisk utvikling gjennomgå de samme trinnene i den økonomiske utvikling. Utvikling ble betraktet som en entydig prosess og innebar en overgang fra tradisjonelle samfunn og selvforsyning via råvareproduksjon til verdensmarkedet, til industriell økonomi og et masseforbrukssamfunn. Det avgjørende skritt var at når den hjemlige kapitaldannelsen ble tilstrekkelig stor til at landene selv kunne finansiere sine investeringer, for på den måten oppnå en selvforsterkende vekst. Industrialisering ble fremhevet som avgjørende for et lands fremtidige inntektsutvikling.

Betydningen av helse og sosioøkonomiske forhold var fjernt fra kjernen i det generelle bistands- og utviklingspolitiske paradigmet. Internasjonale helsespørsmål var i all hovedsak et anliggende for WHO, og i liten grad integrert i den overordnede bistands- og utviklingspolitikken. En første og avgjørende prioritet for den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken var å tilrettelegge for industrialisering og økonomisk vekst. Antakelsen syntes å være at sosioøkonomiske forhold som forbedringer i landenes helsesituasjon ville følge med overgangen fra den tradisjonelle samfunnsorganiseringen til en industriøkonomi og et masseforbrukssamfunn. Manglende anerkjennelse av helse i den overordnede bistands- og utviklingspolitikken kan bidra til å forklare den begrensede oppmerksomhet omkring utbygging av generelle helsetjenester.

⁵⁶Rostow skal blant annet ha hevdet at *"..an increase of \$ 4 billion in external aid would be required to lift all of Asia, the Middle East, Africa and Latin America into regular growth, at an increase of per capita income of say, 1.5 % per annum"* (Rostow, 1960 i Easterly, 2002).

9 Nye krav og økte ambisjoner

I løpet av 1970-tallet vokste det fram en stadig utvidet forståelse for at kapitaloverføringer alene ikke var et tilstrekkelig virkemiddel for å bedre vekstvilkårene i de fattige landene. Med kravet om en *Ny Økonomisk Verdensorden* (1973) fulgte en stadig utvidelse av den internasjonale bistands- og utviklingspolitikens virksomhetsområde og agenda. En mer inngående beskrivelse av kravene om den nye økonomiske verdensordenen følger i det første avsnittet i dette kapitlet.

Marcos Cueto (2004) hevder at omleggingen av den internasjonale helsepolitikken kan forklares med utgangspunkt i begrensede resultater forbundet med de vertikale enkelttiltakene som var dominerende i den foregående perioden. Mislykkede tiltak var grunnlag nok til å stille spørsmål ved det som tidligere var dominerende tilnærminger til den internasjonale helsepolitikken. I avsnitt 9.2 vil jeg vise at det i all hovedsak var drivkrefter internt i Verdens Helseorganisasjon som satte premisser for det nye helsepolitiske paradigmet som vokste frem fra midten av 1970-tallet.

Alma-Ata Deklarasjonen (1978) innebar en redefinering av sentrale mål og tilhørende virkemidler i den internasjonale helsepolitikken. I tillegg fulgte også en oppfordring til det internasjonale utviklingssamarbeidet, til å gå sammen for å sikre alle mennesker retten til god helse. *Helse for alle innen år 2000* skulle nå være den bærende målsetningen for den internasjonale helsepolitikken. God helse var ikke utelukkende en tilstand med fravær av sykdom. Nokså avgjørende for valg av virkemidler var definisjonen som sa at *helse* er;

"a state of physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right."

På tilsvarende måte som for bistands- og utviklingspolitikken generelt, kjennetegnes de helsepolitiske målsetningene av et høyt ambisjonsnivå. Med redefineringen av Helseorganisasjonens primære målsetning fulgte også et tilhørende krav om mer omfattende virkemidler. De vertikale sykdomsspesifikke helseinitiativene ble erstattet av grunnleggende helsetjenester. Utbyggingen av *Primary Health Care-facilities* (PHC) ble ansett som avgjørende for å imøtegå målsetningen om *Health for All Within the Year 2000*.

På samme måte som for den første perioden i den internasjonale bistands- og utviklingshistorien, er det mye som tyder på at helserelevante problemstillinger i all hovedsak var et anliggende som var forbeholdt WHO og øvrige organer innen FN. I likhet med den foregående perioden var den generelle bistands- og utviklingspolitikken ikke særlig opptatt av helse og sosioøkonomiske forhold. Dette gjenspeiles også av kravene som ble framsatt i forbindelse med NØV. I avsnitt 9.4 følger en gjennomgang av ulike forhold som kan bidra til å forklare manglende oppslutningen om den nye linjen i den internasjonale helsepolitikken.

Her vil jeg også argumentere for at stagnasjon og den internasjonale gjeldskrisen bidro til å vanskeliggjøre initieringen av *Alma-Ata Deklarasjonen* ytterligere. Krise ble et dominerende

trekk for perioden i etterkant av Alma-Ata Deklarasjonen. Dette skulle vise seg å få direkte og indirekte betydning for initieringen av den helserelaterte bistandspolitikken.

Den direkte konsekvensen av gjeldskrisen var at Alma-Ata prosjektet ble satt på vent. Det er liten tvil om at målsetningene som ble nedsatt i Alma-Ata Deklarasjonen krevde en betydelig større ressursmobilisering enn de vertikale initiativene. Til tross for dette observerer vi en nedgang i helsebistand per innbygger i perioden etter lanseringen av det nye helsepolitiske manifestet. I det påfølgende kapitlet skal vi se at forklaringen og den tilhørende løsningen på gjeldskrisen også satte premissene for det nye internasjonale bistandsparadigmet, *The Washington Consensus*. Dette skulle også få betydning for betingelsene for helsebistand, samt forståelsen av helsetjenester i utviklingsland.

9.1 Ny Økonomisk Verdensorden

Begrepet *Ny Økonomisk Verdensorden* (NØV, eller NIEO, *New International Economic Order*) ble først benyttet i forbindelse med *De Alliancefrie Statenes* toppmøte i Alger september 1973. Det var Algeries president Houari Boumediene, som i egenskap av president for De alliancefrie statene, først lanserte begrepet og kravene om en ny orden for den internasjonale økonomien.

Flere forhold lå til grunn for kravet om NØV. FNs første utviklingstiar hadde ikke gitt ulandene de forventede resultatene. Det andre utviklingstiaret lovet heller ikke særlig godt for utviklingslandene. Det syntes å være en stadig økt forståelse for at utviklingsproblemene og årsakene til underutvikling var langt mer komplekse enn antydnet av moderniseringsteoriene. Man så tilløpet til en stadig voksende skepsis til ulandenes kobling til internasjonale markeder, og et tiltagende kritisk syn på de industrialiserte landenes politikk overfor ulandene. I likhet med imperialismen i det foregående århundret, ble den gjeldende politikken betraktet som en kilde til underutvikling og mangel på utvikling.⁵⁷

Mye tyder også på at følgene av den internasjonale oljekrisen bidro til å underbygge kravet fra ulandene. NØV kom til en viss grad også som et svar på kritikken at oljekrisen spesielt rammet de oljeimporterende landene. Det ble viktig for OPEC, og spesielt for de mer progressive OPEC-landene å svekke grunnlaget for denne typen kritikk gjennom å ta opp utviklingsproblemene i hele sin bredde. OPEC-landenes suksess, med prisregulering på olje, var grunnlaget for optimisme for at slike ordninger også kunne la seg overføre til andre råvarer. Kravene om bedre betingelser i det globale markedet, gjennom en stabilisering av råvareprisene og en forbedring av ulandenes bytteforhold munnet ut i vedtaket om *Det Integrerte Råvareprogrammet* (IPC) på UNCTAD IV i 1976, senere fulgt opp på UNCTAD V i 1979.⁵⁸

Øvrige krav var blant annet forbundet med det internasjonale kreditt- og valutasystemet. Dette skulle bli mer demokratisk og tilpasset ulandenes behov. Det skulle også legges til rette for en betydelig økning i støtten til industrialisering i ulandene. Målet var at utviklingslandene skulle stå for minst 25 prosent av verdens samlede ferdigvareproduksjon innen år 2000, hvilket innebar en betydelig økning i forhold til syv prosent i 1975. Som et ledd i denne prosessen skulle teknologi gjøres mer tilgjengelig, i tillegg til at ferdigvarer skulle få lettere markedstilgang gjennom en opphevelse av toll og restriksjoner. Det ble også vedtatt å lette ulandenes gjeldsbyrde, som i 1976 var på om lag 200 milliarder dollar. Med

⁵⁷Tankegodset som dannet grunnlaget for kravet om en ny økonomisk verdensorden har sitt utspring i den *strukturelisteriske* skolen i økonomifaget. Sentrale tenkere innenfor denne retningen var Raoul Prebisch (senere den første generalsekretæren i UNCTAD), Celso Furtado, Hans Singer og Dudley Seers. Felles for bidragene fra strukturelisterne var antakelsen om at utviklingslandene ikke kunne basere fremtidig utvikling på internasjonale markeder. Bakgrunnen for dette hadde sammenheng med det faktum at utviklingslandene stod overfor stadig dårligere bytteforhold på det internasjonale markedet sammenlignet med tilfellet for de industrialiserte landene. Implikasjonen som fulgte med denne skoleretningen var antakelsen om at u-landene var tjent med å rive seg løs fra eller kjempe for mer rettferdige betingelser i det globale markedet. Sistnevnte tilnærming dannet grunnlaget for kravet om den nye økonomiske verdensordenen.

⁵⁸For ikke mindre enn 18 råvarer skulle det etableres internasjonale råvareavtaler, som ved hjelp av bufferlagre, priskontroll, eksportkvoter eller lignende skulle stabilisere og gjerne heve råvareprisene. Et felles fond for råvarer skulle stå for finansieringen av det ambisiøse programmet.

dette kravet fulgte også målsetningen om en betydelig økning i nivået for finansielle og tekniske bistandsoverføringer, til 0,7 prosent av giverlandenes BNP.

Til tross for de storstilte vedtakene om en ny økonomisk verdensorden, skulle det vise seg at de praktiske resultatene uteble. Det ble vanskelig å leve opp til idealet forbundet med de nye målene og tilhørende virkemidler for den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Mye tyder på at landene i den vestlige verden ikke anerkjente eller ønsket å ta innover seg de endrede spillereglene som den nye verdensordenen la opp til. Bakgrunnen for dette kan ses i sammenheng med at NØV i stor grad grep inn i den internasjonale økonomien og fikk dertil konsekvenser for konkurranseforholdene i vestlige land.⁵⁹

*"Kravene handler med andre ord både om inngrep i den internasjonale økonomi for at sikre en mere likelig fordeling af verdens goder og inngreb i de internasjonale magtforhold for at sikre en mere likeværdig beslutningsproces. Magtspeskerne understreger den politiske karakter."*⁶⁰

Det er verdt å understreke at den ideologiske betydningen av NØV på ingen måte bør undervurderes. Kravet kan betraktes som en konstatering av at den klassiske økonomiens og tradisjonelle utviklingsteoretiske analyserammen ikke var et tilstrekkelig bilde av virkeligheten. En rekke av de framsatte kravene som fulgte med NØV har overlevd helt frem til i dag.

De framsatte kravet som fulgte med NØV hadde klare paralleller til den internasjonale storpolitikken. 1970-tallet karakteriseres av en stadig politisering og nasjonalisering av bistands- og utviklingspolitikken (Simensen, 2003). Det var store politiske motsetninger mellom sentrale aktører innenfor det internasjonale bistandssamarbeidet.

Politiske motsetninger bidro utvilsomt til å vanskeliggjøre det internasjonale bistands- og utviklingspolitiske samarbeidet. I forbindelse med USAs krigføring i Vietnam vokste det frem en radikalisering av opinionen som vanskeliggjorde betingelsene for en internasjonal koordinering av bistandspolitikken. Verdensbanken ble skyteskive blant ulandsopinionen da tidligere forsvarsminister i USA og Vietnam-strateg, Robert McNamara ble toppsjef (Simensen, 2003). På denne måten ble storpolitiske spørsmål også overført til institusjonene i det internasjonale utviklingssamarbeidet. Dette førte til at utviklingspolitikken i stadig større grad ble en brikke i et storpolitisk spill blant internasjonale organisasjoner og politiske stormakter. FN og Verdensbanken ble en forhandlingsarena i møtet mellom ulike bistandsregimer.

Forvirring i forhold til rollefordelingen forble en utfordring blant de internasjonale bistandsorganisasjonene på 1970-tallet. Interessekonflikter dreide seg først og fremst om kapitaloverføringen skulle skje mellom FN eller Verdensbanken, men ble også videreført i konkrete saker i Verdensbanken og FNs konferanse for handel og utvikling, UNCTAD. I den grad enkeltnasjoner ikke stilte seg bak internasjonale avgjørelser, valgte stadig flere nasjoner

⁵⁹Det integrert råvareprogrammet fikk blant annet problemer nokså umiddelbart etter det ble vedtatt. En rekke av de internasjonale råvareavtalene ble aldri etablert, mens inngåtte avtaler ble gjenstand for brudd. Illustrerende i den forbindelse er blant annet bruddet i kaffeavtalen (1989). Bakgrunnen for avtalebruddet hadde sammenheng med misnøye i forbrukerlandene i tillegg til at det forelå betydelig uenighet forbundet med fordelingen av eksportkvotene.

⁶⁰Sitatet er hentet fra: www.leksikon.org+art.php?n=1909 (11.09.2007).

å gå egne veier gjennom bilaterale avtaler. Stadig flere enkeltaktører legitimerte bruk av strategiske bindinger med utgangspunkt i at andre nasjoner gjorde det samme. Dette skjedde til tross for at slike krav gikk i mot FN-resolusjonen.

I likhet med tilfellet for den foregående perioden, ser vi en tilsvarende manglende anerkjennelse av helse og sosioøkonomiske forhold i det overordnede bistands- og utviklingspolitikken. Påfallende for kravene som fulgte med den Nye Økonomiske Verdensordenen, er at de i begrenset grad angikk den sivile sfære og sosiale utfordringer i utviklingslandene. Rettferdighetskravet var i all hovedsak en kamp om rettigheter på det internasjonale markedet. I likhet med tilfellet for bistandshistoriens første periode forble industrialisering og økonomisk vekst det bærende idealet for utviklingspolitikken.

9.2 Primary Health Care

Det var i stor grad drivkrefter internt i Verdens Helseorganisasjon som satte premisser for det nye helsepolitiske paradigmet som vokste frem fra midten av 1970-tallet. Marcos Cueto (2004) hevder at omleggingen av helsepolitikken delvis skyldes de begrensede resultatene forbundet med de vertikale enkelttiltakene som var dominerende for det foregående helsepolitiske paradigmet. Han argumenterer også for at WHO's mislykkede forsøk på å begrense omfanget av malaria var grunnlag nok til å stille spørsmål ved det som tidligere var dominerende tilnærminger i den internasjonale helsepolitikken. Han får støtte av Claeson og Waldman (2000) som hevder at;

“The failure of the malaria eradication programme launched in the 1950s and abandoned in the 1970s - contributed strongly to a shift in thinking” (ibid).

Cueto (2004) fremhever videre den politiske konteksten, med krisen for USAs hegemonirolle i de siste årene av den kalde krigen, som et tilsvarende bidrag som ryddet plass for nye premissleverandører og bidrag i den internasjonale storpolitikken. Nyorienteringen i det internasjonale helsearbeidet begynte imidlertid å ta form i overkant av ti år før den såkalte Alma-Ata Deklarasjonen ble undertegnet. Allerede i 1967 skal daværende generalsekretær i Verdens Helseorganisasjon Dr. M. Candau, ha uttalt at;

“WHO was able to make disappointingly little headway in assisting developing countries to establish or strengthen even basic national health services. Yet, in the final analysis, the success of practically all the Organization's activities depends upon the effectiveness of these very services” (Claeson og Waldman, 2000).

Kort tid etter denne uttalelsen fulgte etableringen av divisjonen som fikk navnet, *Research in Epidemiology and Communications Science* (RECS).⁶¹ Ett av flere forskningsprosjekter som var underlagt denne divisjonen var knyttet til utformingen av en strategi og forslag til organisering av grunnleggende helsetjenester i utviklingsland, såkalte *primary health care facilities*. Den uttalte hensikten med prosjektet var å utforme metoder som kunne bidra til å illustrere at rasjonelle løsninger både var ønskelig, mulig og en effektiv løsning på de

⁶¹Direktøren av divisjonen var Kenneth N. Newell.

helserelaterte utfordringene i fattige land. Litsisos (2003) hevder at den foreslåtte tilnærmingen var i tråd med det som ble betegnet som "*in vogue at the time.*"⁶²

I 1968 understrekte daværende generalsekretær Dr. M. Candau igjen betydningen av grunnleggende helsetjenester, med et tilhørende krav om en overordnet plan hvor man integrerte hensynet til preventive tiltak og behandling. I tråd med dette, etablerte Verdens Helseorganisasjon i 1969 et nytt programforslag for den internasjonale helsepolitikken, som gikk under navnet *Project Systems Analysis* (PSA). Direktøren av dette prosjektet var dansken Halfdan T. Mahler. Han var i sin foregående periode i WHO (1962 til 1969) spesialist og leder for kampanjen *The Tuberculosis Unit*.

RECS og PSA hadde en rekke fellestrekk. PSA var imidlertid i all hovedsak etablert som et virkemiddel og instrument for å utvikle nye arbeidsmetoder i WHO, hvilket lå utenfor RECS mandat. I september i 1970 ble Mahler utnevnt som assisterende generalsekretær i WHO med hovedansvar for RECS og PSA. Som en sterk forsvarer av initieringen av grunnleggende helsetjenester (PHC), skulle Halfdan T. Mahler spille en avgjørende rolle for den videre utformingen av organisasjonens overordnede politikk.

Som assisterende generalsekretær understrekte Mahler gjentatte ganger behovet for en langt mer aggressiv plan for å imøtegå behovet generelle helsetjenester i fattige land. Dette var også gjennomgående i programforslaget som ble lagt frem til *The Executive Board Methods of Promoting the Development of Basic Health Services*. Cueto (2004) betegner Mahlers programforslag som institusjonelle forløpere til det som skulle bli *The Primary Health Care Programme*. En tilsvarende rolle hadde også arbeider i enheten *Division of Strengthening of Health Services*, ledet av Kenneth W. Newell. I likhet med Mahler, var også Newell en sterk forsvarer av den såkalte PHC-tilnærmingen.⁶³

Sentralt for PHC-programmene var antakelsen om at målet om bedre helse i utviklingsland i større grad ville oppnås med utgangspunkt i utbyggingen av allmenne, og ikke sykdomsspesifikke kampanjer. Ønsket var å imøtegå det latente dilemmaet knyttet til langsiktig bærekraft forbundet med de vertikale sykdomsspesifikke kampanjene. For å oppnå dette ble det understreket at det forelå et stadig behov for å utforme helsepolitiske løsninger som integrerte bekjempelse av sykdommer i tillegg til helsefremmende arbeid. Nyorienteringen gjenspeiles av en betydelig økning i antall WHO-prosjekter som var rettet mot utbyggingen av grunnleggende helsetjenester på slutten av 1960-tallet. Fra 85 i 1965 til 156 i 1971 (Cueto, 2004).

Innsettingen av Halfdan Mahler som generalsekretær i WHO i 1973 fikk stor betydning for den videre utviklingen av den internasjonale helsepolitikken. Han tok en aktiv del i prosessen knyttet til den videre utformingen av Helseorganisasjonens virke og målsetninger. Året Mahler ble utnevnt som generalsekretær ble rapporten, *Organizational Study on Methods*

⁶²Når det var snakk om å finne en rasjonell tilnærming til helsetjenester henspeilte dette på økt bruk av epistemologiske, økologiske og atferdsmessige tilnærminger til utformingen av strategier for å bygge ut eksisterende helsetjenester. Gjennomgående syntes det å være et overordnet ønske om å utforme løsninger som tok sikte på å benytte standardiserte statistiske metoder og simuleringsmodeller i systemanalysen (Litsisos, 2003).

⁶³Se blant annet *Health by the People*. Geneva: World Health Organization (Kenneth W. Newell, 1975).

of *Promoting the Development of Basic Health Services* publisert. Rapporten skulle bidra til å redefinere samarbeidet mellom WHO og UNICEF. *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries* var et fellesprodukt fra UNICEF og WHO, og understrekte en avstand til de tidligere dominerende tilnæringer i det internasjonale helsearbeidet. Sentralt i rapporten var anbefalingen om å gå bort fra tidligere vertikale programmer til fordel for horisontale utviklingsprogrammer rettet mot grunnleggende helsetjenester.

Rapporten *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries* ble grunnlaget for WHO's PHC-programmer. I forbindelse med den 28. generalforsamlingen i WHO ble de prinsippene som fremgikk i rapporten rendyrket videre. Her fremgikk også at innføringen av grunnleggende helsetjenester i utviklingsland var "*a matter of urgent priority*" (Cueto, 2004). I 1976 ble visjonen om *Health for All by the Year 2000* opplest og vedtatt i generalforsamlingen i Verdens Helseorganisasjon. *Primary Health Care* ble betraktet som et nødvendig virkemiddel for å sikre en fullstendig oppnåelse av de fastsatte målene for den internasjonale helsepolitikken.

9.3 The Declaration of Alma-Ata

Grunnlaget for samarbeidet mellom UNICEF og WHO var et felles ønske om å sette sosioøkonomiske og helserelaterte problemstillinger på agendaen i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Dette var også utgangspunktet for konferansen for *Primary Health Care* i Alma Ata i 1978.

Kvåle (2003) hevder at konferansen i all hovedsak var et svar på kravet fra den internasjonale bevegelsen, *Health for All Movement*. Som understreket i foregående avsnitt var imidlertid en reorientering innenfor den internasjonale helsepolitikken også et bærende ønske for sentrale aktører innad i WHO.

Resultatet av den internasjonale konferansen ble *The Declaration of Alma-Ata*, som ble underskrevet av i alt 134 land. Deklarasjonen henvendte seg til det internasjonale samfunn, til myndigheter, helse- og bistandsarbeidere, med budskapet om at helse burde settes på dagsorden i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Med deklarasjonen fulgte også en redefinering av den grunnleggende målsetningen for den internasjonale helsepolitikken. Helse relatert arbeid skulle ikke begrenses til å arbeide for å bekjempe omfanget av enkeltsykdommer. God helse ble betegnet som en menneskerettighet, og skulle ikke utelukkende betraktes som en tilstand preget av fravær av sykdom. Videre heter det at retten til god helse skulle være;

"A main social target of government should be the attainment by all peoples of the world by 2000 of a level of health that would permit them to lead a socially and economically productive life" (The Declaration of Alma-Ata, 1978).

Målet om *Helse for alle* innebar mer spesifikt at minst 90 prosent av verdens barn skulle ha en vekt i forhold til alder som korresponderte med gjeldende referanseverdier, tilgjengeligheten til rent drikkevann skulle utbedres (innen 15 minutter gåavstand), tilfredsstillende sanitærforhold skulle være tilgjengelig i eller like i nærheten av hjemmet til den enkelte, i tillegg til at enhver kvinne skulle ha rett til å motta helsetjenester av utdannet personell i

forbindelse med graviditet og fødsel. Helsetjenester skulle gjøres tilgjengelig for barn opp mot ett år (The Declaration of Alma-Ata, 1978).⁶⁴

Redefineringen av Helseorganisasjonens primære målsetning underbygde WHO's foreslåtte nyorientering. Helse for alle krevde langt mer omfattende virkemidler i den internasjonale helsepolitikken. For å imøtegå de gjeldende målsetningene måtte de vertikale sykdomsspesifikke helseinitiativene erstattes av grunnleggende helsetjenester, såkalte PHC-facilities. PHC ble videre definert som "*grunnleggende helsetjenester basert på praktiske, vitenskaplige og sosialt aksepterte metoder og teknologi som gjøres universelt tilgjengelig for enkeltpersoner og familier.*"⁶⁵ Videre heter det at utbyggingen PHC skulle skje gjennom en fullstendig deltakelse og til en kostnad som samfunn og myndigheter har råd til å opprettholde i forhold til deres respektive utviklingsnivå, gjennom egenutvikling og selvbestemmelse.

Det syntes å være en klar forståelse for at de ambisiøse målsetningene i Alma-Ata Deklarasjonen krevde en langt bredere oppslutning enn tilfellet for de helsepolitiske tiltakene som ble lansert i den foregående perioden. Målet om helse for alle forutsatte at helse fikk en langt mer sentral plass på agendaen i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. I tråd med dette heter det i deklarasjonen, at de internasjonale forskjellene i helse ikke utelukkende angår helsesektoren. Tvert i mot skulle helse være et anliggende som burde inngå i kravene forbundet med *Den nye økonomiske verdensorden*. I tråd med dette fremgår det at;

"...the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector."

Deklarasjonen oppfordret videre til at det internasjonale samfunnet skulle la helsefremmende investeringer gå på bekostning av investeringer i våpen og militær opprustning. I utviklingslandene burde minst 5 prosent av BNP forbeholdes helsefremmende tiltak. Teknisk og finansiell støtte til utbygging av PHC burde også prioriteres av det internasjonale samfunnet av donorer, og internasjonale organisasjoner under FN, som WHO og UNICEF. Avslutningsvis i deklarasjonen heter det videre at konferansen oppfordrer til samarbeid mellom de aktørene som anses som sentrale i finansieringen og utviklingen av PHCs.

9.4 Fra PHC til SPHC

Alma-Ata Deklarasjonen ble kritisert nokså umiddelbart etter konferansen var avsluttet. En rekke politikere og eksperter hadde vanskeligheter med å akseptere at utviklingslandene selv skulle være ansvarlige for planleggingen og implementeringen av grunnleggende helsetjenester (Hall og Taylor, 2003). Kritikerne argumenterte for at PHC heller burde erstattes av selektive tiltak, hvilket de betegnet som *Selective Primary Health Care* (SPHC). Mer spesifikt innebar dette forslaget en omlegging av PHC, i større grad rettet mot å redusere omfanget av barnedødelighet i utviklingsland. Argumentet for å gå tilbake til mer

⁶⁴The Declaration of Alma-Ata er gjengitt i appendiks, tabell I.

⁶⁵ Fritt oversatt fra deklarasjonen.

kategoriske programmer var at spesifikke tiltak ville gi større effekter og redusere barsedødelighetsratene til lavere kostnader.

Ifølge Hall og Taylor (2003) innebar overgangen fra PHC til SPHC en forflytning av beslutningsmyndighet og kontroll vekk fra lokalsamfunn til utenlandske konsulenter og medisinteknisk ekspertise. De hevder videre at den tekniske ekspertisen, som ofte var ansatt av giverorganisasjonen, også var underlagt arbeidsgivernes og ikke lokalsamfunnene de var ment å betjene. De hevder derfor at SPHC innebar en reintroduisering av de tidligere vertikale sykdomsspesifikke programmene på bekostning av utbyggingen av mer overordnede og grunnleggende helsetjenester.

Debatten mellom tilhengere av PHC og SPHC, mellom de såkalte horisontale og vertikale helseprogrammene fortsatte utover på 1980-tallet. Det er grunn til å tro at den pågående debatten om gjeldende helsepolitisk tilnærming er en av flere forhold som bidro til å vanskeliggjøre vilkårene for initieringen av det helsepolitiske programmet som fulgte med Alma-Ata Deklarasjonen.

Det er liten tvil om at målsetningen om helse for alle stilte store krav til oppslutning blant de institusjonene som inngikk i det internasjonale bistands- og utviklingssamarbeidet. I Deklarasjonen fremgår det også krav om mobilisering av ressurser og oppslutning blant sentrale aktører i giversamfunnet.

“The Declaration urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, nongovernmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries. The Conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this Declaration.”

Vi har sett at kravene som fremgikk i NØV vitner om en manglende anerkjennelse av helse og sosioøkonomiske forhold i det overordnede bistands- og utviklingspolitikken. Rettferdighetskravet var i all hovedsak en kamp om rettigheter på det internasjonale markedet. I likhet med tilfellet for bistandshistoriens første periode forble industrialisering og økonomisk vekst det bærende idealet for utviklingspolitikken. Jeg vil igjen argumentere for at dette kan bidra til å forklare hvorfor helserelaterte problemstillinger i all hovedsak ble en kampsak for organisasjoner i FN-systemet, med WHO og UNICEF som de viktigste pådriverne.

Det er også grunn til å tro at den påviste fragmenteringen av det internasjonale bistands- og utviklingspolitiske samarbeidet bidro til å vanskeliggjøre initieringen av det helsepolitiske manifestet ytterligere. Politisering og økt nasjonalisering av bistands- og utviklingspolitikken førte til at vilkårene for den påkrevde oppslutningen blant sentrale givernasjoner og institusjoner uteble.

Tilhengere av SPHC argumenterte tidlig for at den overordnede PHC-tilnærmingen var for idealistisk, kostbar og uoppnåelig. Mye tyder på at noe av denne kritikken var berettiget.

Dette gjelder først og fremst i forhold til de kravene som ble stilt til myndighetene i mottakerlandene. I deklarasjonen het det at;

“All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country’s resources and to use available external resources rationally.”

Deklarasjonen var formulert som en oppfordring, det ble ikke stilt spesifikke krav om utforming og iverksetting av nasjonale helsepolitiske reformer. Mye kan tyde på at myndighetene i mottakerlandene ikke var klar for de kravene og oppgavene som fulgte med deklarasjonen. Det kan være fristende å hevde at et overdrevet høyt ambisjonsnivå i bidro til å undergrave den forslåtte nyorienteringen for den internasjonale helsepolitikken. Manglende oppfølging bidro til at Alma-Ata Deklarasjonen ble en festtale framfor et utgangspunkt for initiering av helsepolitiske programmer.

I påfølgende kapittel skal vi også se at den internasjonale gjeldskrisen i perioden i etterkant av lanseringen av Alma-Ata Deklarasjonen bidro til å ytterligere vanskeliggjøre iverksettingen av den nye linjen i den internasjonale helsepolitikken. Den internasjonale gjeldskrisen skulle vise seg å få direkte og indirekte betydning for den helserelaterte bistandspolitikken.

Den direkte konsekvensen av gjeldskrisen var at den forverret betingelsene for den påkrevde ressursmobiliseringen. Dette gjelder både for mottaker- og giverlandene. Sammen med de overnevnte forholdene bidrar dette til økt forståelse for den observerte nedgangen i omfanget av helsebistand per innbygger i perioden etter lanseringen av Alma-Ata Deklarasjonen.⁶⁶ I det påfølgende kapitlet skal vi se at forklaringen og den tilhørende løsningen på gjeldskrisen også satte premissene for det nye internasjonale bistandsparadigmet, *The Washington Consensus*. Dette skulle også få betydning for betingelsene for den internasjonale helsebistanden. Ikke minst skulle dette vise seg å prege utformingen av grunnleggende helsetjenester i utviklingsland.

⁶⁶Se gjennomgangen av utviklingen i omfanget av generell og helsespesifikk bistand i perioden fra 1960 og fram til i dag. Kapittel 2, avsnitt 2.1 *Omfanget av helserelaterte og generelle bistandsoverføringer*.

10 Fra gullalder til gjeldskrise

Det var krise og ikke økonomisk vekst som var påfallende for den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken på 1980-tallet. Utbruddet av gjeldskrisen dateres til 1982, da Mexico fikk akutte problemer med å betjene sin utenlandsgjeld (Kindleberger, 2005). Bankene nektet å refinansiere landets lån og bestemte seg raskt for å behandle de fleste andre nasjoner på tilsvarende måte. Flere land fulgte etter og erklærte seg insolvente høsten det samme året. Den internasjonale gjeldskrisen ble på mange måter grunnlaget for en resignasjonsfase i den internasjonale bistandstenkningen, hvilket også kom til å få konsekvenser for helsepolitiske prioriteringer i internasjonal bistand.

Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet ble sentrale premissleverandører for det nye internasjonale bistandsparadigmet som vokste frem i etterkant av den internasjonale gjeldskrisen. Antakelsen som dikterte utformingen av mål og virkemidler var at gjeldskrisen ikke skyldes markedsrelaterte og midlertidige problemer, men var et resultat av styringssvikt i de gjeldsrammede landene. Økt tiltro til markedsorienterte løsninger ble ansett som et botemiddel for å imøtegå disse politisk styringssvikt i de gjeldstyngede landene. I det første avsnittet i dette kapitlet følger en gjennomgang av den såkalte *The Washington Consensus*, kjernen i det nye bistandsparadigmet.

The Washington Consensus var i all hovedsak beskjeftiget med makroøkonomiske problemstillinger. Det nye bistandsparadigmet tok i liten grad høyde for de sosioøkonomiske konsekvensene av den nye linjen i bistands- og utviklingspolitikken. Til tross for dette skulle likevel Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet spille en avgjørende rolle for det gjeldende helsepolitiske bistandsparadigmet som vokste frem på begynnelsen av 1990-tallet. Den antatte forklaringen og tilhørende løsningen på gjeldskrisen skulle også få betydning for utformingen av målsetninger og virkemidler i den internasjonale helsepolitikken.

Kravet om bistandseffektivitet førte til at økonomer fikk en stadig mer avgjørende rolle i utformingen av den internasjonale helsepolitikken. Verdensbanksrapporten *Investing in Health* (1993) illustrerer hvordan den nye linjen i helsepolitikken fulgte utviklingen i den generelle bistandsparadigmet i den angitte perioden.

10.1 The Washington Consensus

Innenfor Verdensbanken og Det internasjonale Pengefondet ble det hevdet at en avgjørende forutsetning for å komme ut av den prekære gjeldssituasjonen var å få tvinge gjennom en omlegging av den økonomiske politikken i de gjeldstyngede landene. Strukturomstillingsprogrammer ble utformet med utgangspunkt i antakelsen om at den foregående gjeldskrisen ikke skyldes midlertidige problemer som følger av markedsforhold, men var et resultat av politisk styringssvikt. Washington-institusjonene synes i liten grad å vedkjenne egen skyld for gjeldskrisen i de landene som ble hardest rammet.

Omleggingen av politikken ble betraktet som den eneste og beste løsningen på betalingsproblemene i de mest gjeldstyngede landene. Dette skulle skje i samarbeid med og under overvåkning av Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet gjennom såkalte *Structural Adjustment Programmes*. Med programmene fulgte kondisjonalitetskrav forbundet med å motta kreditt, i tillegg til krav om makroøkonomiske endringer og strukturtilpasning. Landene måtte presses til å innordne seg slik at de ville bli i stand til å betjene gjelden i framtiden. Makroøkonomisk stabilitet, nasjonalt og internasjonalt, ble ansett som en forutsetning for å fremme de fattige landenes vekst og utviklingspotensial. Like viktig var også den økte betydningen av privat sektor, de frie markedskrefter i tillegg til økt liberalisering av utenriksøkonomien. Antakelsen syntes å være at økonomisk vekst og utvikling krevde en liberalisering av handel og makroøkonomisk stabilitet for på den måten å oppnå en mer riktig markedstilpasning (Williamson, 1990). Økt bruk av markedsorienterte løsninger ble ansett som et botemiddel for situasjonen i de gjeldsrammede landene. Hayami (2003) hevder blant annet at;

"..it was believed, government regulations must be reduced, including removal of trade restrictions which had constrained market mechanisms and distorted resource allocation." (ibid; 281).

Listen av kondisjonalitetskrav inneholdt retningslinjer for den makroøkonomiske politikken gjennom stabiliseringspolitiske anbefalinger. I tillegg fulgte også klare krav til den mikroøkonomiske politikken gjennom allokering- og strukturpolitikken. I tillegg ble det også framholdt retningslinjer for fordelingspolitikken i de gjeldstyngende landene (Hayami, 2002). I tråd med dette hevder Tarp (2003) at;

"..macroeconomic stabilization and adjustment became important, and in much of the rhetoric of the day, nearly synonymous with economic transformation and development."

Hall og Taylor (2003) hevder at strukturtilpasningsprogrammene som preget bistands- og utviklingspolitikken var i tråd med en generell økonomiskpolitisk utvikling på 1980- og 1990-tallet. De argumenterer for at;

"Changes in political and economic philosophy in the late 1980s and 1990s marked a major change in how government services were delivered throughout the world. These reforms had their roots in the economic reforms of North America and Europe. Emphasis was placed on reducing government involvement in all aspects of society. Market forces became the dominant model for service delivery" (ibid).

I likhet med tilfellet for økonomisk tenkning i vestlige nasjoner fikk også tankegods fra *New Public Management* innpass i den internasjonale utviklingsdebatten. Økt konkurranse ble

betraktet som den eneste og beste løsningen på de underliggende problemene i de gjeldstyngede landene (Stiglitz, 1998). Frihandel og økt privatisering ble sentrale virkemiddel for å begrense skadevirkningene av styringssvake politikere.

For å begrense problemstillinger forbundet med misligholdte lån fulgte en omlegging av utlånspolitikken, nye utlånsordninger og låneinstrumenter. I 1980 lanserte Verdensbanken et utlånsprogram under navnet *Structural Adjustment Lending* (SAL). Hensikten med SAL var å bistå med politiske reformer heller enn å være en kilde til tradisjonelle utlån. Det Internasjonale Pengefondets strukturtilpasningsprogrammer begynte med etableringen av en *Structural Adjustment Facility* (SAF). Pengefondets rolle var å bistå med kortsiktig kreditt i tilfeller med knapphet på hard valuta. Hensikten var imidlertid helt i tråd med paradigmet; lånene var i all hovedsak ment å bistå utformingen av reformer som ble ansett som nødvendige for å fremme makroøkonomisk stabilitet.

Williamson (1989) karakteriserte listen av kondisjonalitetskrav som *The Washington Consensus*, og hevdet at de representerte "*The common core of wisdom of all serious economists*".⁶⁷ Han hevdet med andre ord at de gitte kravene var allment aksepterte retningslinjer for hva som er en fornuftig økonomisk politikk, nødvendige tiltak i de gjeldstyngede landene. Han argumenterte videre for at kravene i så måte burde være ukontroversielle. Det er med dette som utgangspunkt at Hayami (2003) karakteriserer *The Washington Consensus* som kjernen for det gjeldende bistandsparadigmet.

Kontrasten til foregående periode og kravene som fremgikk i NØV er påfallende. Markedet ble betraktet som en effektiv mekanisme for å allokere knappe ressurser og fremme økonomisk vekst. Statens rolle skulle marginaliseres. Hvorvidt dette representerer grunnkunnskapen og kjerneverdiene til enhver økonom kan selvfølgelig diskuteres. Mye tyder på at kravene som fulgte med *The Washington Consensus* på ingen måte viste seg å være så ukontroversielle som først antydte.

Bistandseffektivitet ble et annet og nytt begrep som fikk en betydelig gjennomslagskraft i løpet av 1990-tallet (Tarp, 2003). Med dette begrepet fulgte et økt krav til evaluering av pågående og tidligere bistandstiltak med utgangspunkt. Dette kom også til å få konsekvenser for den valgte tilnærmingen til problemstillinger som angikk bistands- og utviklingspolitiske tiltak. Det ble stadig viktigere å utforme tiltak og tilnærminger som kunne evalueres i tråd med de standarder som fremgikk av den klassisk-økonomiske forståelsen av kravet om bistandseffektivitet.

Tarp (2003) hevder at strukturtilpasningene ignorerte hensynet til fattigdomsbekjempelse. Verdensbanken og Det internasjonale pengefondet var i all hovedsak opptatt av makroøkonomiske problemstillinger. Han hevder at SAP representerte "*a blueprint for economic development*," og så bort i fra særtrekk ved landene som var underlagt strukturtilpasningsprogrammene (Tarp, 2003). Ansvar for å kjempe de fattigstes sak ble i stadig større grad forskjøvet til UNICEF og andre humanitære organisasjoner, fond og enkeltstående prosjekter (Tarp, 2003). Dette betyr at politiske beslutninger som angikk

⁶⁷Se appendiks, tabell IV for en gjennomgang av punktene som inngikk i *The Washington Consensus*.

helsesituasjonen i utviklingslandene forble et ansvar forbeholdt helsepolitiske organer innen FN.

Andre går vesentlig lengre enn Tarp i sin kritikk av Washington-organenes programmer for strukturtilpasning, og hevder at SAP bidro til å forverre situasjonen til marginaliserte grupper i de landene som var underlagt strukturtilpasningsprogrammene

Perioden karakteriseres av dyptgående diskurser omkring Washington-organenes tilsynelatende markedsliberale tilnærming til gjeldsproblemene. Den rådende skepsis til Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet bidro til å forsterke den generelle politiseringen av bistands- og utviklingspolitikken. Omfanget og konsekvensen av resignasjonsperioden som preget internasjonal bistand ble også forsterket av at de fleste givelandene slet med egen økonomi i den angitte perioden. Berlinmurens fall og nedfasingen av den kalde krigen bidro til å begrense grunnlaget for politisk motiverte bistandsoverføringer ytterligere.

10.2 Investing in Health

Hall og Taylor (2003) hevder at utviklingen i den internasjonale helsepolitikken i perioden etter den internasjonale gjeldskrisen fulgte utviklingen i økonomiskpolitisk tenkning i Europa og Nord-Amerika. På samme måte som det overordnede idealet innenfor New Public Management-tradisjonen, innebar det nye helsepolitiske paradigmat en stadig marginalisering av det offentliges rolle i helsesektorutviklingen i utviklingslandene.

Det endrede idealet for offentlig tjenesteyting kom til å få konsekvenser for utformingen av målsetninger og virkemidler i den internasjonale helsepolitikken. Verdensbanksrapporten *Investing in Health* (1993) var et samarbeid mellom Verdensbanken og Verdens Helseorganisasjon. Det er ulike grunner for at jeg vil argumentere for at denne Verdensbanksrapporten markerer et veiskille i den internasjonale helsepolitikken.

Investing in Health (1993) var den 16. i rekken av årlige redegjørelser fra Verdensbanken, om enkeltsektors betydning for økonomisk vekst og utvikling. Innledningsvis i rapporten framgår det at den overordnede hensikten med utgivelsen er motivert av ønsket om å evaluere den antatte sammenhengen mellom helseutfall, helsepolitiske prioriteringer og økonomisk utvikling. Rapporten skulle også brukes som et utgangspunkt for å fremskaffe komparative økonomiske, epidemiologiske, demografiske og institusjonelle analyser som grunnlag for helsepolitiske anbefalinger. I rapporten blir det fremhevet at den drar spesielt nytte av WHO's tekniske ekspertise omkring vurderinger av den globale sykdomsbyrden (GBD).⁶⁸ Rapporten var imidlertid ikke utelukkende deskriptiv: Det var et uttalt mål å komme med anbefalinger for helsepolitiske prioriteringer i lav- og mellominntektsland.

⁶⁸Fra kapittel 6 husker vi at estimatene av den globale sykdomsbyrden (*The Global Burden of Disease*, GBD) er basert på beregninger av antall *Disability-Adjusted Life-Years* (DALYs) forbundet med enkeltsykdommer. I avsnitt 6.1 følger en mal for beregningen av DALYs. For en mer gjennomgående drøfting av etiske- og fordelingspolitiske implikasjoner forbundet med bruken av DALYs som grunnlag for helsepolitiske anbefalinger, se avsnitt 6.2 og 6.3.

I motsetning til tilfellet for de foregående periodene, åpner rapporten dermed for at helsebistand i stadig større grad betraktes som en del av den overordnede bistands- og utviklingspolitikken. Tradisjonelt har helsepolitiske tilnærminger i stor grad vært et medisinskteknisk anliggende. Nytt var økonomenes stadig viktigere rolle i utformingen av den internasjonale helsepolitikken. Dette gjenspeiles blant annet av at Verdensbanken fikk en langt mer avgjørende rolle i utformingen av målsetninger og tilhørende virkemidler for den internasjonale helsepolitikken.

Et viktig bidrag som fulgte med den økonomiske tilnærmingen var også økt fokus på kostnadseffektivitet og evalueringer av helsetiltak. Effektivitetsbetingelser ble et nøkkelbegrep som også fikk plass i den internasjonale helsepolitikken. Den økonomiske tilnærmingen gjenspeiles av at politikktutformingen i stadig større grad ble underlagt kravet om at fastsatte mål og tilhørende virkemidler kunne gjøres til gjenstand for evalueringer. Utviklingen underbygde overgangen fra de PHC til den mer konsekvente SPHC-tilnærmingen.

Helserelaterte tiltak og prosjekter ble betraktet som investeringer, hvilket åpnet for å stille krav til effektivitet med tilhørende evalueringer av gjennomførte tiltak. Koblingen mellom kravet om effektivitetsevalueringer og utformingen av virkemidler kommer også fram i et notat av *Disease Control Priorities Project*. Her betraktes overgangen fra basishelsetjenester til mer sykdomsspesifikke tiltak som en konsekvens av det økte kravet om evalueringer, og de tilhørende metodiske implikasjoner som er forbundet med evalueringer av overordnede helsetiltak.

“A contributing factor in the move away from primary health care was the difficulty in quantifying the results of integrated community-based programmes. Bilateral donors were uneasy about satisfying their taxpaying constituencies that overseas development assistance was being well spent. They became impatient at the slow pace of the processes of community participation necessary for primary health care to succeed. Selective vertical programmes enabled international aid agencies to measure results and protect their financial investments from complicated, long-term, multisectoral, and interdepartmental implementation procedures.”

Rapporten anbefaler en tredelt tilnærming i helsepolitikken i utviklingsland og tidligere sosialistregimer. Første steg i utviklingen vil være å etablere økonomiske omgivelser som gjør det mulig for husholdninger å bedre egen helsesituasjon. Politiske programmer som vil bidra til å fremme økonomisk vekst og bedre inntektssituasjonen til fattige husholdninger betegnes som essensielt. Det samme gjelder også tiltak knyttet til utvidelse av gjeldende utdanningstilbud (spesielt for jenter). Det andre sentrale virkemiddelet er forbundet med omallokering av ressurser, bort fra spesialiserte og kostbare behandlinger til mer kostnadseffektive tiltak. Antakelsen er at det er mulig å oppnå flere sparte DALYs per investerte helsekrone dersom det foretas kostnadseffektive tiltak som for eksempel immunisering, programmer for å bekjempe underernæring⁶⁹, samt kontroll og behandling av

⁶⁹Fritt oversatt av *micronutrient deficiency*.

infeksjonssykdommer. Ifølge rapporten vil dette kunne bidra til å redusere sykdomsbyrden i utviklingsland med hele 25 prosent.⁷⁰

Et tredje viktig punkt på listen over tiltak økt tilrettelegging for et bredere mangfold av helsetjenester, økt konkurranse og desentralisering, samt fremme engasjement fra ikke-statlige og andre private organisasjoner i tillegg til å regulere markeder for helseforsikring. I følge rapporten heter det at slike tiltak ikke bare vil føre til at mennesker i fattige land vil kunne leve lengre og sunnere, det vil også gjøre dem mer produktive (WBDR, 1993). Den *instrumentelle* verdien av helseinvesteringer og tilhørende forbedringer i helsesituasjonen i fattige land er nokså gjennomgående for rapporten. Dette er bakgrunnen for at Hall og Taylor (2003) hevder at rapporten markerer en betydelig endret orientering i forhold til utformingen av helsetjenester i utviklingsland til sammenligning med tidligere perioder.

"The report makes little use of the term "Primary Health Care". It considers the delivery of healthcare services in terms of the economic benefit that improved health could deliver, and sees health improvement mainly in terms of improvement of human capital for development, rather than as a consequence and fruit of development. The report is mostly about healthcare sector activities in improving health, and gives scant recognition to the role of other sectors, which contrasts with the original PHC's multisectoral approach" (ibid).

Hall og Taylor (2003) betegner Verdensbankens nye tilnærming som et uttrykk for en *Health Sector Reform*. De hevder videre at den foreslåtte reformen i stor grad åpnet for økt betydning av private aktører, med en tilhørende marginalisering av myndighetenes rolle som tilbydere av basishelsetjenester. Dette gjenspeiles blant annet i form av en klar fokusering på brukeravgifter, kostnadskrav, private tilbydere av helseforsikring samt betydningen av private og offentlige partnerskap i utformingen av helsetjenester. De argumenterer videre for at;

"Although the report does discuss in detail the issues of market failure, externalities, inequity and the importance of public goods, its conclusions fail to fully reflect these concerns in matters of policies and recommendations. How these reforms are implemented in situations of absolute poverty and to indigent populations is not explained" (ibid).

Som forsvarere av det foregående helsepolitiske paradigmet stiller Hall og Taylor (2004) videre spørsmål til grunnlaget for å avfeie PHC-tilnærmingen;

"But what has been the basis for abandoning PHC other than a change in economic and political philosophy? (...)

It is time to abandon economic ideology and determine the methods that will provide access to basic healthcare services for all people."

⁷⁰"By adopting the packages of public health measures and essential clinical care described in the report, developing countries could reduce their burden of disease by 25 percent."Sitatet er hentet fra Verdensbankens hjemmesider

11 Den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken i dag

Fra midten av 1990-tallet ble kjernen i *The Washington Consensus* gradvis erstattet av modifiserte utgaver av det opprinnelige utkastet. Blant disse finner vi blant annet det som ble betegnet som *The Post Washington Consensus* (Stiglitz, 1998). I avsnitt 11.1 vil jeg illustrere hvordan kjernen i det foregående bistandsparadigmet ble ispedd tiltak som i større grad tok høyde for den gjensidige avhengigheten mellom makroøkonomiske og fordelingspolitiske hensyn i bistands- og utviklingspolitikken.

Overgangen til det nye århundret markerer på mange måter en ny vår for den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. FN var arena da verdens ledere i september 2000 undertegnet Millenniumsmålene, og med dette forpliktet de seg til å delta i den globale kampen mot fattigdom.⁷¹ Hovedpilaren er målet om en halvering av 1990-nivået for absolutt fattigdom innen 2015.

Nokså påfallende for Millenniumsmålene er en stadig utvidet aksept for de ulike dimensjoner forbundet med kampen mot fattigdom. Mangel på eller begrenset inntekt er en tilstand preget av begrensede muligheter hva angår helse og utdanning, økt sårbarhet overfor sjokk, samt mangel på kontroll og rådighet over egen livssituasjon. Risiko for sykdom er en av flere forhold som marginaliserer fattige menneskers liv og livskvalitet. Av i alt åtte spesifiserte mål angår derfor nesten halvparten utbedringer i helsesituasjonen i dagens utviklingsland.

Påfallende for det inneværende bistandsparadigmet er også en form for fornyet optimisme hva angår utviklingspotensialet i fattige land. Det internasjonale samfunn av givere har en uttalt tro på muligheten for å nå de fastsatte målene, og et ønske om faktiske resultater. Like viktig synes det også å være en viss utålmodighet knyttet til de målesetningene som er nedtegnet i Millenniumsdeklarasjonen. Det foreligger en politisk forståelse for at kampen mot fattigdom krever en betydelig økning i faktiske bistandsallokeringer. For å nå de angitte målene kreves en betydelig økning i innsats og velvilje fra giverlandene;

“Winning the fight against poverty will depend on scaling up, that is, increasing our effectiveness and efforts to a level commensurate with the challenge.” (Tarp, 2003).

I etterkant av Millenniumsdeklarasjonen er det blitt foreslått en rekke storpolitiske beslutninger som angår utviklings- og bistandspolitikken generelt, og den internasjonale helsepolitikken spesielt.⁷²

⁷¹Millenniumsmålene er gjengitt i appendiks, tabell II.

⁷²Et nytt og økende engasjement blant aktører i det sivile samfunn er et påfallende trekk ved perioden i etterkant av årtusenskiftet. I forbindelse med G8-toppmøtet i Gleneagles 2005 understreket Tony Blair viktigheten av å sette Afrika og helse på den internasjonale storpolitiske agendaen. Her understreket han blant annet at en fullstendig måloppnåelse av Millenniumsmålene vil kreve en betydelig økt innsats rettet mot Afrika og helsesituasjonen i regionen. De mest sentrale vedtakene i forbindelse med møtet står listet opp på hjemmesiden for toppmøtet, hvor det kommer fram at stormaktene forplikter seg til å doble bistandsomfanget innen 2010, med 50 milliarder dollar ekstra på verdensbasis og 25 milliarder for Afrika.

I rapporten *Nye roller for frivillige organisasjoner i utviklingssamarbeidet*, blir det argumentert for at inngangen til det nye årtuset markerer en omlegging av den internasjonale utviklings- og bistandspolitikken (Rattsø et. al 2006). Det er liten tvil om at Millenniumsdeklarasjonen tar en betydelig avstand fra det som var kjernen i det foregående bistandsparadigmet. Omleggingen hevdes å ha sammenheng med stadig økt oppmerksomhet knyttet til problemstillinger omkring vedvarende fattigdom og manglende økonomisk vekst i fattige land. I avsnitt 11.2 *Det Nye Bistandsparadigmet* vil jeg gå gjennom de fem elementene som trekkes frem som påfallende for såkalte omleggingen av bistandspolitikken. Her vil jeg argumentere for at det inneværende bistandsparadigmet også skiller seg fra foregående perioder når det gjelder utviklingen i det generelle og sektorspesifikke bistandsparadigmet. Jeg vil argumentere for at vi ser tilløpet til en stadig konsolidering mellom Verdensbanken og FN når det gjelder vektleggingen av sosioøkonomiske og fordelingspolitiske forhold i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken.

I avsnitt 11.3 følger en gjennomgang av det som utgjør de mest sentrale virkemidlene i den internasjonale helsepolitikken i dag. Her skal vi se at etableringen av *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* har en klar referanse til de fastsatte sykdomsspesifikke målsetningene i Millenniumsdeklarasjonen. Den tilhørende utformingen av sektorspesifikke tiltak, *Sector Wide Approach (SWAp)*, har som hensikt å imøtegå svakheter forbundet med tidligere allokeringer av sektorspesifikke og generelle bistandsoverføringer. Hensikten med SWAp er å bedre vilkårene for en helhetlig sektorplanlegging, og dermed forbedre betingelsene for utbyggingen av generelle helsetjenester i mottakerlandene. Kombinasjonen SWAp og sykdomsspesifikke initiativ antas å imøtegå det underliggende dilemmaet for valg av tilnærming i den internasjonale helsepolitikken.

I avsnitt 11.4 vil jeg foreta en oppsummering av den historiske gjennomgangen i de foregående kapitlene i denne delen av utredningen. Med referanse til tidligere kapitler vil jeg også trekke frem egenskaper ved inneværende bistandsparadigme som er felles og forskjellig fra tidligere perioder. Her følger også en drøfting om valg av virkemidler og organiseringen av det internasjonale bistands- og utviklingspolitiske samarbeidet gir grunn for optimisme hva angår den framtidige skjebnen til den internasjonale helsepolitikken.

11.1 The Post Washington Consensus

Fra midten av 1990-tallet ble kjernen i det foregående bistandsparadigmet, *The Washington Consensus*, gradvis erstattet av modifiserte utgaver av det som en gang ble betraktet som *"The common core of wisdom of all serious economists."* *The Post Washington Consensus* (Stiglitz, 1998) representerer en av flere modifiserte varianter av det første utkastet.⁷³

I forbindelse med en tale i 2004 skal daværende president i Verdensbanken, James Wolfenson ha erklært at;

"The Washington Consensus has been dead for years. It has been replaced by all sorts of other Consensuses. The best-known of these is the post-Washington Consensus, copyright Joe Stiglitz" (Maxwell, 2006).

The Washington Consensus var i liten grad beskjeftiget med utviklingspolitikk og fordelingspolitiske problemstillinger. Påfallende for den nye utgaven var en økt forståelse for den gjensidige avhengigheten mellom økonomisk vekst og utvikling, og behovet for statlige intervensjoner for å fremme fordelingshensyn. Hayami (2003) hevder blant annet at;

"The Post-Washington Consensus focused on poverty reduction, emphasizing the need for delivery to the poor of social services, such as education and health care, by government and civil society" (ibid).

Det nye idealet i Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet innebar også en økt vektlegging av medbestemmelse og partnerskap i relasjonene mellom givere og myndighetene i mottakerlandene.

Bakgrunnen for den nye orienteringen i Verdensbanken og IMF er sammensatt: i første omgang viste det seg at strukturtilpasningsprogrammene ikke ga de ønskede resultatene. Til tross for tiltak rettet mot strukturtilpasning og omlegging av den økonomiske politikken forble gjeldsbyrden høy i flere utviklingsland (Tarp, 2003).⁷⁴ Like viktig er også erkjennelsen av å kombinere strukturtilpasning med fordelingspolitiske hensyn. Det kan synes som at det forelå en stadig økt forståelse for at premissene som lå til grunn for strukturtilpasningsprogrammene var tilpasset enkelte, men langt i fra alle utviklingsland (Stiglitz, 2002 i Maxwell 2006). I artikkelen *More Instruments and Broader Goals: Moving Toward the Post-Washington Consensus* av Verdensbankens Joseph Stiglitz (1998) fremgår det at;

"Our understanding of the instruments to promote well-functioning markets has also improved, and we have broadened the objectives of development to include other goals, such as sustainable development, egalitarian development, and democratic development. An important part of development today is seeking complementary strategies that advance these goals simultaneously. In our search for these policies, however, we should not ignore the inevitable tradeoffs."

⁷³I forbindelse med en forelesningsserie i 1998 utvidet Stiglitz den utviklingspolitiske tilnærmingen til *The Washington Consensus*, og inkluderte institusjonell kvalitet i tillegg til medbestemmelse og partnerskap i relasjonene mellom givere og regjeringen i mottakerland.

⁷⁴I 1992 var nåverdien på gjelden i de 33 mest gjeldstyngende landene mer enn tidoblet i løpet av ti år, hvilket tilsvarte over seks ganger landenes årlige eksportverdi (Kindleberger, 2005).

I 1996 ble SAP erstattet av *The Highly Indebted Poor Countries-Initiative* (HIPC-initiativet heretter). På tilsvarende måte som for SAP, var en viktig målsetning med dette initiativet knyttet til å etablere institusjonelle rammer som kunne bidra til å redusere omfanget av ulandsgjelden og fremme makroøkonomisk stabilitet i de gjeldstyngede landene. I motsetning til SAP, skal imidlertid HIPC-initiativet i større grad kombinere hensynet til fattigdomsbekjempelse med kravene til makroøkonomisk stabilitet.

Utformingen av HIPC-initiativet kan ses i sammenheng med en rekke studier som indikerte at Verdensbankens og IMF's innsats i utforming og oppfølging av strukturtilpasningsprogrammene ikke påvirket sannsynligheten for at reformer ble gjennomført (Dollar og Svensson, 1998; Easterly, 2005 og Ivanova et. al 2003). Det skulle vise seg at *eierskap* til reformpolitikken var bestemmende for hvorvidt den påkrevde politikken ble gjennomført og opprettholdt over tid.⁷⁵

Ønsket om å fremme eierskap på mottakersiden gjenspeiles av et krav til myndighetene i de landene som inngår i HIPC-initiativet, om utforming og implementering av en strategi for fattigdomsreduksjon, *A Poverty Reduction Strategy* (PRS-programmer heretter). Antakelsen er at egeninitierte strategier i større grad enn standardiserte strukturtilpasningsprogrammer fremmer eierskap på mottakersiden, og dermed også bidrar til å effektivisere de gjeldende programmene.

En vesentlig forskjell mellom HIPC-initiativet og SAP er kravet om å spesifisere utviklingsplaner som skal bidra til forbedringer av situasjonen til de fattigste, såkalte *pro-poor policies* som en del av PRS-programmet. På denne måten innebærer HIPC-initiativet en kombinasjon av krav om makroøkonomisk stabilisering, i tillegg til at hensynet til fordelingseffekter og fattigdomsreduksjon vektlegges.⁷⁶

I forbindelse med G7-møtet i Köln og det årlige møtet mellom Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet i 1999, ble det opprinnelige HIPC-initiativet utvidet. *The Enhanced HIPC-initiative* eller HIPC II innebar at flere land kvalifiserer til gjeldssletteprogrammet, i tillegg til at restriksjonene for å motta gjeldsettergivelse er noe

⁷⁵ Det er imidlertid verdt å understreke demokratiske institusjoner er svært svake i mange av landene med store fattigdomsproblemer. Å utforme løsninger som integrerer folkelig deltagelse, nasjonale politiske institusjoner og organisasjoner i det sivile samfunn forblir en utfordring for det internasjonale bistandssystemet. Eierskapsbegrepet har mye av det samme innholdet som mottakeransvar. Det kombineres imidlertid gjerne med begrepet partnerskap, hvor partnerne er giverne og mottakeren. Således settes det inn i en multilateral relasjon, hvor rollene har vært noe mer uklare enn i den bilaterale relasjonen som mottakeransvar karakteriserer. Verdensbankens CDF-initiativ (*Comprehensive Development Framework*) kan ses på som et forsøk på å klargjøre relasjonene i partnerskapet. Det samme kan prosessene som har munnet ut i Roma- og Paris-erklæringene (Selbervik, 2003 i Rattsø et. al. 2006).

⁷⁶ I artikkelen *Can PRS Succeed Where SAP Failed* hevder Cooksey (2004) at det foreligger en rekke fellestrekk mellom HIPC-initiativets PRS-program og den foregående SAP. Han hevder blant annet at kjerneelementene i strukturtilpasningsprogrammene: finanspolitisk kontroll, markedsliberalisering, privatisering og økt frihandel, ble brakt videre fra SAP til PRS. Han fremhever imidlertid at hensynet til fordeling og sosioøkonomiske elementer forblir en avgjørende forskjell mellom SAP og PRS-programmene. Han hevder blant annet at: "PRs came to replace structural adjustment as the new global aid orthodoxy, linking debt relief to new aid and commitments by aid recipients to major pro-poor social sector investments" (Cooksey, 2004).

nedtonet.⁷⁷ Med utvidelsen fulgte også ønsket om å styrke programmets kobling til pågående tiltak for fattigdomsreduksjon.⁷⁸

Det var også i 1999 at Verdensbanken la fram forslaget om en ny og mer overordnet tilnærming i utviklings- og bistandspolitikken, gjennom initiativet *The Comprehensive Development Framework*. CDF-initiativet var et ledd i HIPC II og innebar nye prinsipper for utviklingspolitikken. Hensikten med initiativet var knyttet til ønsket om å forsterke eierskap på mottakersiden ytterligere. Initiativet gjenspeiler også en økt forståelse for den gjensidige avhengigheten mellom ulike forhold ved økonomisk vekst og utvikling. Kontrasten til kjernen i *The Washington Consensus* er påfallende. Verdensbanken beskriver den nye tilnærmingen i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken på følgende måte:

“Eliminating poverty, reducing inequity, and improving opportunity for people in low- and middle-income countries are the World Bank Group’s central objectives. The CDF is an approach by which countries can achieve these objectives. It emphasizes the interdependence of all elements of development—social, structural, human, governance, environmental, economic, and financial.”

Med det nye rammeverket fulgte også en endret forståelse av hva som er å betrakte som nødvendige virkemidlene i kampen mot fattigdom. *The Comprehensive Development Framework* representerer en langt mer holistisk og langsiktig tilnærming for den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Det fremgår blant annet at;

The CDF advocates: a holistic long-term vision; the country in the lead, both “owning” and directing the development agenda, with the Bank and other partners each defining their support in their respective business plans; stronger partnerships among governments, donors, civil society, the private sector, and other development stakeholders in implementing the country strategy; and a transparent focus on development outcomes to ensure better practical success in reducing poverty.”⁷⁹

11.2 Det Nye Bistandsparadigmet

FN var arena da verdens ledere i september 2000 undertegnet *Millenniumsdeklarasjonen*.⁸⁰ Ved undertegnelsen av deklarasjonen erklærte FNs medlemsland at de ville jobbe mot det overordnede målet, om å halvere antall fattige (under 1 dollar dagen) innen 2015.

De tilhørende *Millenniumsmålene*⁸¹ spesifiserer målsettinger og forpliktelser, og er ment å være retningsgivende for prioriteringene i utviklings- og bistandspolitikken blant internasjonale bistandsinstitusjoner og givere. Målene søkes oppnådd ved å øke

⁷⁷Dette førte til en betydelig kostnadsøkning forbundet med initiativet; fra 12,5 til 27 milliarder dollar. (Easterly, 2002). Easterly (2003) hevder at utvidelsen av initiativet og den tilhørende kostnadsøkningen på ingen måte kan forsvares med utgangspunkt i de tilhørende resultatene forbundet med omgjøringen.

⁷⁸Dette fremkommer blant annet på Verdensbankens hjemmesider. (www.worldbank.org)

⁷⁹Dette og det foregående sitatet er hentet fra Verdensbankens hjemmeside som omhandler CDF-orienteringen.

⁸⁰FNs utviklingsprogram (UNDP) lansering av initiativet *The Poverty Strategy Initiative* i 1996 markerer inngangen til det som fire år etter ble *The Millennium Development Goals*. Initiativet var et multidonorprogram med den hensikt å betjene behovet for assistanse ved formuleringer av nasjonale strategier og handlingsplaner i kampen mot fattigdom. Initiativet var en videreføring av *World Summit for Social Development* som ble avholdt i København i 1995, hvor det ble vedtatt at det sivile samfunn og sosiale forhold i større grad burde forbli et hovedanliggende i utviklingsspørsmål.

⁸¹Millenniumsmålene er gjengitt i appendiks, tabell II.

ressursoverføringene fra rike til fattige land og ved andre utviklingspolitiske initiativ. Oppfølgingen av de fastsatte målene er beskrevet i erklæringer fra en rekke konferanser i FN-systemet og i andre internasjonale sammenhenger.

Nokså påfallende for Millenniumsmålene er en stadig utvidet forståelse for de ulike dimensjoner forbundet med kampen mot fattigdom. Mangel på eller begrenset inntekt er en tilstand preget av begrensede muligheter hva angår helse og utdanning, økt sårbarhet overfor sjokk, samt mangel på kontroll og rådighet over egen livssituasjon. I tråd med dette hevder Maxwell (2006) blant annet at;

“In addition to the MDGs, the Declaration includes a statement of values, and a commitment to peace, security and the rule of law. The additional material widens and internationalises the frame. For example, it provides the basis for saying that there is more to poverty than lack of income: rights, equity and social justice also matter, for intrinsic as well as instrumental reasons.”

FN ser på ingen måte alene om denne reorienteringen. Det foreligger en overordnet oppslutning omkring de fastsatte målsetninger blant sentrale internasjonale givere og bistandsaktører. Som det fremgikk i det foregående avsnittet er reorienteringen også påfallende for den nye politikken som fremmes i Verdensbanken og IMF. Dette er bakgrunnen for at jeg vil argumentere for at Millenniumsdeklarasjonen er kjernen i det inneværende bistandsparadigmet.

I rapporten *Nye roller for frivillige organisasjoner i utviklingssamarbeidet*, blir det argumentert for at inngangen til det nye årtusenet markerer en omlegging av den internasjonale utviklings- og bistandspolitikken (Rattsø et. al, 2006). Omleggingen hevdes å ha sammenheng med stadig økt oppmerksomhet knyttet til vedvarende fattigdom og manglende økonomisk vekst i fattige land. I rapporten blir det trukket fra fem elementer som synes påfallende for den såkalte omleggingen av den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken.

Et første trekk er målet om å etablere eierskap til målet om økonomisk vekst og utvikling blant mottakerlandene. Det blir også lagt større vekt på resultatene av bistand, med tydelige mål om fattigdomsreduksjon, økonomisk utvikling og demokratisk statsdanning, som skal etterprøves. Behovet for en mer bevisst holdning til kravet om bistandseffektiviteten gjenspeiles blant annet i *The Paris Declaration on Aid Effectiveness* (2005). Her understrekes det hvordan bistandseffektivitet og harmonisering forblir en forutsetning for å nå de fastsatte Millenniumsmålene. For det tredje erstattes kondisjonalitet med *selektivitet*, hvor det tas hensyn til at bistandens effekt avhenger av hvordan landenes politiske institusjoner og offentlige forvaltning fungerer.⁸² Langsiktig bistand skal konsentreres til land med godt styresett.⁸³ Et fjerde punkt er knyttet til ambisjonen om at bistanden i større grad skal inkludere aktører i det sivile samfunn. For det femte skal fragmenteringen av bistandssystemet og overbelastningen av mottakerlandenes forvaltning reduseres ved økt bruk av giverkoordinering og harmonisering (Rattsø et. al, 2006). Den økte kanaliseringen av

⁸²Den tradisjonelle bilaterale og prosjektorienterte stat-til-stat bistanden er redusert betydelig, og i større grad blitt erstattet av generell budsjettstøtte og sektorprogrammer (Rattsø, et. al, 2006).

⁸³I kapittel 4, avsnitt 4.3 hevder jeg at økt selektivitet kan ses i sammenheng med Verdensbanksrapporten *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why?* (1998), samt Burnside og Dollar (2000) studie og tilhørende artikkelutgivelser.

midler gjennom multinasjonale organisasjoner uttrykker et ønske om en mer utvidet internasjonal koordinering. Innenfor det multinasjonale systemet har det vokst fram nye internasjonale institusjoner som skal fremme hensynet til koordinering og harmonisering, spesielt fond spesialisert på bestemte sektorer eller land.

Et sjettede utviklingstrekk som jeg mener er påfallende for det innværende bistandsparadigmet, er en stadig konsolidering mellom Verdensbanken og FN når det gjelder vektleggingen av sosioøkonomiske og fordelingspolitiske forhold i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Den nye linjen i Verdensbanken vitner om en betydelig reorientering sammenlignet med det som var kjernen i det foregående bistandsparadigmet. Overordnede makroøkonomiske programmer kombineres i større grad med såkalte *pro-poor policies*. Slik jeg ser det, kan økt vekt på sosioøkonomiske og fordelingspolitiske hensyn bidra til å forklare hvorfor helse har gått fra å være en nokså avskjermet del av den internasjonale bistandspolitikken, til delvis å dominere målene for den overordnede bistands- og utviklingspolitikken.

Helse er en av flere forhold som marginaliserer fattige menneskers liv og livskvalitet. Dette er også bakgrunnen for at av i alt åtte spesifiserte mål, angår nesten halvparten av de fastsatte Millenniumsmålene forhold som angår helsesituasjonen i dagens utviklingsland. Dette gjelder blant annet målene om å: Redusere barnedødelighet med 2/3 innen 2015 (i forhold til 1990-nivået), redusere spedbarnsdødelighet med 2/3 innen 2015 (i forhold til 1990-nivået), stanse spredningen av HIV/AIDS og malaria (og *andre sykdommer*) innen 2015, og deretter begrense omfanget av epidemiene. I et siste punkt på listen av helserelaterte tiltak kommer det fram at;

“By 2015 all children will have access to good quality, free and compulsory education and to basic health care, free where a country chooses to provide it.”⁸⁴

11.3 Virkemidler i den internasjonale helsepolitikken i dag

Et tiltak for å imøtegå målsetningen om å begrense omfanget av HIV/AIDS og malaria (og andre sykdommer) er etableringen av *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (fondet heretter). Den uttalte hensikten med fondet er å:

“Operate as a financial instrument, not an implementing entity. The Global Fund’s purpose is to attract, manage and disburse resources to fight AIDS, TB and malaria. We do not implement programs directly, relying instead on the knowledge of local experts.”⁸⁵

Som et finansieringsinstrument er fondets virksomhet tett knyttet til andre multilaterale og bilaterale organisasjoner som er involvert i helserelatert og generelle bistandsspørsmål. Dette skal bidra til økt koordinering mellom fondets aktiviteter og eksisterende programmer i de aktuelle mottakerlandene.

I mange tilfeller vil de samme aktørene delta i lokale nasjonale koordineringsmekanismer, for på denne måten å utnytte teknisk assistanse i forbindelse med utviklingen og

⁸⁴Et ytterligere mål som angår satsning på helse er mål 17, som er etablering av et samarbeid med farmasiindustrien for å øke tilgangen til grunnleggende medisiner i fattige land.

⁸⁵ Sitatet er hentet fra Fondets hjemmeside, www.theglobalfund.org

implementeringen av de gjeldende programmene. Såfremt det foreligger eksisterende finansielle styrings- og rapporteringssystemer har fondet forpliktet seg til å benytte seg av disse. Ideelt skal fondet kun bidra med finansiering i tilfeller hvor bistanden ikke erstatter og reduserer andre kilder til programfinansiering. Dette gjelder både for programmer som tar sikte på å redusere omfanget av AIDS, tuberkulose og malaria, samt mer generelle programmer knyttet til grunnleggende helsetjenester og helsesektorutbygging. Om hensikten med fondets aktiviteter, heter det at:

"The Global Fund actively seeks to complement the finance of other donors and to use its own grants to catalyze additional investments by donors and by recipients themselves. In several countries, governments or other organizations have already increased their support to programs that fight these three diseases, validating the Global Fund's ambition to increase overall investment in health."

Siden 2001 har fondet tilegnet seg hele 4,7 milliarder dollar til programfinansiering (ut 2008). De to første rundene ga omlag 1,5 milliarder dollar, hvilket har bidratt til finansieringen av til sammen 154 programmer i 93 land.

Hensikten med fondet er å bidra til å fremme effektive sykdomsspesifikke kampanjer, og samtidig bedre vilkårene for utbygging av grunnleggende helsesektorutvikling i mottakerlandene. Fondet har også ambisjoner om å bidra til å styrke nasjonalt eierskap, og støtte såkalte *pro-poor policies*. Idealet om nasjonalt eierskap søkes oppnådd ved å støtte programmer som fremmer aktiv deltakelse blant lokale aktører samt representanter fra sivile sfære og privat sektor. Dette skal igjen bidra til å styrke lokalt eierskap og forankring til pågående kampanjer. I tråd med dette oppfordrer fondet til nye og alternative allianser mellom giverne.

Allerede i 1965 hevdet Constanza at et vedvarende dilemma forbundet med vertikale sykdomsspesifikke programmer er programmenes mangel på varig brekraft (Mills, 2005). I tillegg ble det også hevdet at kategoriske programmer kan bidra til en fragmentering av grunnleggende helsetjenester i mottakerlandene. Den valgte tilnærmingen i inneværende helsepolitiske paradigme vitner om et ønske om å ta høyde for dette dilemmaet. Fondet skal primært operere som en finansieringskilde og underlegges programmer rettet mot utbyggingen av grunnleggende helsetjenester og helsesektorutvikling, såkalte SWAp.

Sektorbasert budsjettstøtte, eller *Sector Wide Approach* (SWAp), har i løpet av 1990-årene fått et stadig innpass i bistands- og utviklingspolitikken. SWAp fungerer primært som et system for allokering av bistandsoverføringer, men har også som hensikt å fremme en mer helhetlig tilnærming til sektorbaserte problemstillinger i bistands- og utviklingspolitikken. SWAp betegnes som:

"A process in which funding for the sector – whether internal or from donors – supports a single policy and expenditure programme, under government leadership, and adopting common approaches across the sector. It is generally accompanied by efforts to strengthen government procedures for disbursement and accountability. A SWAp should ideally involve broad stakeholder consultation in the design of a coherent sector programme at micro, meso

and macro levels, and strong co-ordination among donors and between donors and government.”⁸⁶

SWAp antas også å fremme en helhetlig planlegging innenfor enkeltsektorer. Budsjettstøtte til sektorprogrammer tar sikte på å få de ulike partene, givere, myndigheter, organisasjoner, til å samarbeide og å støtte opp om myndighetenes prioriteringer, planer og systemer. SWAp innebærer i så måte;

“...an alternative aid mechanism by which both donors and recipient countries coordinate their activities in specific sectors as opposed to there being a plethora of donors supporting a multiplicity of uncoordinated projects with no overarching framework. The SWAp came as a solution for this problem which seemed to be leading to significant waste of resources and sub-optimal achievements. Agriculture, education and health are the sectors most commonly chosen for SWAps.”

Omleggingen av bistanden fra prosjekt til sektor og programtilnærming har vært langsom. I dag blir budsjettstøtte og sektorprogrammer stadig fremhevet som et godt alternativ til tidligere former for allokeringer av bistandsoverføringer.⁸⁷

Det foreligger et rikt tilfang av litteratur og forum for utveksling av erfaring som danner grunnlaget for den økte bruken av SWAp. Vi har sett at perioden i etterkant av gjeldskrisen var preget av en marginalisering av statlig engasjement i utviklings- og bistandsarbeidet. Den gjeldende sektortilnærmingen blir betraktet som et tiltak for å styrke den politisk styringen i offentlig sektor i mottakerlandene. Et annet og nærliggende argument for sektoroverføringer er knyttet til det faktum at sektorspesifikke overføringer, i mindre grad enn det som viser seg å være tilfellet for generelle bistandsoverføringer, begrenser omfanget av vridningseffekter forbundet med bistandsoverføringer. Spesifikke overføringer antas å gjøre bistanden mindre *fungible*, hvilket bidrar til å fremme effektiviteten ved en eventuell overføring (Mishra og Newhouse, 2007).

I likhet med *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* ser vi altså at utformingen av SWAp klare paralleller til den generelle bistandsdebatten. Det er grunnlag for å tro at Verdensbanksrapporten *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why?* (1998), samt Burnside og Dollar (2000) studie og tilhørende artikkelutgivelser har bidratt til å fremme bruken av sektorprogrammer. Utarbeiding av sektortiltak for å styrke den institusjonelle kvaliteten og den politiske viljen i mottakerlandene kan dermed betraktes som den politiske implikasjonen av den Burnside og Dollars studier og tilhørende anbefalinger.⁸⁸ Den overordnede hensikten med sektorprogrammer er å utbedre den institusjonelle kvaliteten innenfor sentrale sektorer i mottakerlandene.

Tilsvarende, er også innføringen av SWAp basert på antakelsen om at bistandseffektiviteten delvis avhenger av graden *eierskap* til initiativet bidraget er ment å betjene. Av dette følger

⁸⁶Definisjonen er hentet fra nettsiden www.odi.org

⁸⁷Innføringen av SWAPs gjenspeiler et ønske om utbedringer av allokeringssystemet for bistandsoverføringer. I kapittel 6 hvor vi så på sammenhengen mellom institusjonell kvalitet og helsebistand, i avsnitt 6.2 refererte jeg til en rekke studier som viste at kvaliteten på bistandsoverføringer påvirkes av kvaliteten på allokeringssystemet. Økt bruk av SWAPs kan betraktes som den politiske implikasjonen av disse funnene.

⁸⁸Se kapittel 5 og 6 for en mer inngående drøfting av Burnside og Dollars studie og tilhørende anbefalinger.

dermed at initiativet er tjent med at mottakerlandene, eller mer presist, det tilhørende departementet innenfor en gitt sektor, leder prosessen forbundet med allokeringen i samråd med givene.

"This means that not only the decisions are taken by the Ministry but also donors agree that planning and implementation procedures should follow the Governmental mechanisms and structures in place" (Costa, 2006).

Det er den overordnede sektorpolitikken som er rammen for en enhver beslutning for sektorspesifikke overføringer. Videre skal også SWAp invitere til økt giverkoordinering. I tråd med dette oppfordrer SWAp til :

"...the adoption of a common code of conduct, spelt out in a memorandum of understanding (or similar document), and regular and effective participation in board-like institutional body for dialogue with the Ministry" (Costa, 2006).

SWAps betraktes også som et virkemiddel for å imøtegå behovet for desentralisering av myndighet, administrasjon og tjenester for å styrke distriktshelsetjenestene.⁸⁹ Dette skal bidra til å fremme en helhetlig tilnærming, bedre vilkårene for nasjonalt eierskap, i tillegg til å fremme harmonisering og koordinering mellom ulike givere. Parallellt til den generelle bistandsdebatten er dermed påfallende på flere områder.

11.4 Virkemidler og organiseringen av den internasjonale helsepolitikken i dag

I et notat fra organisasjonen *Disease Control Priorities Project* blir det hevdet at;

"Efforts to improve health in low- and middle-income countries over the past 50 years can be divided into a number of periods, with pendulum swings between focused, disease-specific support and broader health service or health system support."

En naturlig tolkning av notatet fra organisasjonen DCCP er at utviklingen i den internasjonale helsepolitikken kan betraktes som *dialektiske skift* mellom den vertikale og horisontale tilnærmingen, en vekselvirkning mellom to definerte paradigmer. Den historiske gjennomgangen har vist at det er en kompleks forklaring på de observerte skiftene i valg av tilnærming i den internasjonale helsepolitikken.

Motivasjonen for denne delen av utredningen har vært knyttet til et ønske om å se på sammenhengen mellom organiseringen av den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken og den påviste avstanden mellom målsetninger og resultater i den internasjonale helsepolitikken. Med dette følger også et mål om å avdekke den faktiske årsaken til den påviste vekselvirkningen i valg av virkemidler.

Jeg vil argumentere for at organiseringen av det internasjonale bistands- og utviklingspolitiske samarbeidet har satt premisser for utformingen av mål og virkemidler i den internasjonale helsepolitikken. Den historiske gjennomgangen har vist hvordan den

⁸⁹Om spesifikke prosjektevalueringer knyttet til innføringen av SWAp i helsesektoren, se hjemmesiden til *The Swiss Tropical Institute* på vegne av *The Swiss Agency for Development and Cooperation*.

I artikkelen *Sector Wide Approach (SWAp) and Project Support in Health - A brief comparison* (Costa, 2006) følger en gjennomgang av erfaringer med bruk av SWAPs i Mosambique og Tanzania.

observerte vekselvirkningen i valg av virkemidler har falt sammen med det jeg har valgt å betegne som paradigmeskift i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Hvert paradigmeskift karakteriseres av en endret maktbalanse mellom de internasjonale bistandsorganisasjonene, hvilket gjenspeiles av skift i fastsatte mål og tilhørende virkemidler i den internasjonale helsepolitikken. Dette er en utviklingstrekk som er vanskelig å ta høyde for og integrere i regresjoner som forsøker å avdekke bakgrunnen for manglende resultater i den internasjonale helsepolitikken.

I de foregående kapitlene har vi sett at begrenset forståelse for betydningen av helse og sosioøkonomiske hensyn kan forklare hvorfor den internasjonale helsepolitikken har vært en avskjermet del av den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Alma-Ata Deklarasjonen illustrerte hvordan manglende anerkjennelse for helsepolitiske prioriteringer undergravde økte ambisjoner og ønsket om en tilhørende utvidelse av virksomhetsområdet for den internasjonale helsepolitikken. Det er dermed fristende å hevde at manglende oppslutning omkring de helsepolitiske målsetningene kan bidra til å forklare den påviste avstanden mellom målsetninger og virkelighet i den internasjonale helsepolitikken.

Vi har også sett at målet om sykdomsbekjempelse og de tilhørende vertikale sykdomsspesifikke programmene led under en mangel på vedvarende bærekraft. Det første helsepolitiske bistandsparadigmet illustrerte hvordan de fastsatte målsetningene og tilhørende virkemidler ikke var tilstrekkelig omfattende til å imøtegå underliggende utfordringer i den globale helsesituasjonen.

Fra den historiske analysen står vi dermed igjen med to sammenhenger som kan bidra til økt forståelse for den påviste avstanden mellom fastsatte målsetninger og virkelighet i den internasjonale helsepolitikken. Det kan først og fremst synes som at utformingen og oppfølgingen av helsepolitiske målsetninger er avhengig av:

- En forståelse for betydningen av helse og fordelingspolitiske hensyn blant givere og donorer i den overordnede bistands- og utviklingspolitikken

Jeg har argumentert for at dette har klar sammenheng med kravet om oppslutning og ressursmobilisering blant større givernasjoner og institusjoner som inngår i det overordnede bistands- og utviklingspolitiske samarbeidet (Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet).

Hva angår valg og faktisk utforming av de helsepolitiske virkemidlene, kan det synes som at en bærekraftig helseutvikling i fattige land er avhengig av:

- Tiltak som kombinerer vertikale, sykdomsspesifikke tiltak med utbygging av horisontale generelle helsetjenester (helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak)

Med henvisning til kjennetegn ved innværende bistandsparadigme, kan det dermed være fristende å konkludere med at den historiske drøftingen gir grunnlag for optimisme hva angår vilkårene for den internasjonale helsepolitikken.

I det foregående avsnittet har vi sett at de lanserte virkemidlene i det innværende helsepolitiske paradigmet innebærer tiltak rettet mot generell kapasitetsutbygging i

helsesektoren, i tillegg til tiltak rettet mot å bekjempe omfanget av enkeltsykdommer som malaria og HIV/AIDS. Mer spesifikt ser vi at sektorprogrammer i helsesektoren, *SWAPs (Sector Wide Approach)* kombineres med sykdomsspesifikke fond som *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. Det betyr at vertikale sykdomsspesifikke initiativ blir forsøkt integrert i programmer rettet mot utbedringer av basishelsetjenester gjennom de såkalte horisontale sektorprogrammene. I motsetning til det som synes tilfellet for de foregående perioder, innebærer dette at de gjeldende virkemidler i den internasjonale helsepolitikken er en kombinasjon av den vertikale eller den horisontale tilnærmingen.

Fra gjennomgangen i foregående avsnitt så vi også hvordan valg og utforming av helsepolitiske virkemidler har klare paralleller til den overordende bistandsdebatten. Utformingen av SWAp viser hvordan erfaringer fra tidligere perioder integreres ved valg og tilpasning av de nye virkemidlene i den generelle og sektorspesifikke bistands- og utviklingspolitikken. SWAPs har som mål å fremme en helhetlig tilnærming, samt utbedre vilkårene for nasjonalt eierskap i mottakerlandene. Sektortilnærmingen skal også bidra til å fremme harmonisering og koordinering mellom givere. Like viktig blir det også hevdet at SWAp vil gjøre det lettere å legge press på myndighetene i mottakerlandene, slik at de i større grad fremmer en politikk som kommer de fattigste til gode, såkalte *pro-poor policies*. Med dette som utgangspunkt blir sektorbasert bistand lansert som et suksesskriterium for å nå Millenniumsmålene.

Det er viktig å understreke at sammenhengen mellom virkemidler og resultater er kompleks. Den historiske gjennomgangen understreker viktigheten av å anerkjenne at en rekke forhold er bestemmende for hvorvidt de lanserte virkemidlene vil gi de ønskede resultater. I likhet med foregående perioder er også det inneværende bistandsparadigmet preget av betydelige diskurser omkring effektiviteten forbundet med tidligere og gjeldende virkemidler. Hva som er den best egnede tilnærmingen for å imøtegå de fastsatte Millenniumsmålene er på ingen måte gitt. Målet med bistands- og utviklingspolitikken er stadig knyttet til å begrense inntektsforskjeller, bedre livskvalitet gjennom utbedringer innen helserelaterte forhold i dagens utviklingsland. Valget av virkemidler som skal sikre at vi oppnår dette målet viser seg imidlertid å være langt mer kontroversielt spørsmål.

Til tross for dette vil jeg likevel holde fast på at det er elementer ved det inneværende bistands- og utviklingspolitiske paradigmet som gir grunnlag for optimisme. Jeg har tidligere argumentert for at organiseringen av det internasjonale bistands- og utviklingspolitiske samarbeidet er et av flere forhold som kan bidra til å forklare den påviste avstanden mellom målsetninger og virkelighet i den internasjonale helsepolitikken. Påfallende for den inneværende perioden er en tilsynelatende konsolidering mellom det helse-spesifikke og overordnede bistandsparadigmet hva angår synet på bistands- og utviklingspolitikken grunnleggende hensikt. Det inneværende bistandsparadigmet kjennetegnes av en form for gjensidig forståelse, mellom det overordnede og sektorspesifikke bistandsparadigmet, mellom Verdensbanken og FN (WHO), når det gjelder vektleggingen av sosioøkonomiske og fordelingspolitiske hensyn. Dette kan også forklare hvorfor helse har gått fra å være en avskjermet del til delvis å dominere den agendaen i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Det foreligger en klar oppslutning om betydningen av helsepolitiske prioriteringer i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken.

12 Avsluttende betraktninger

I denne utredningen har jeg forsøkt å kaste lys over følgende problemstilling:

- *Hva er bakgrunnen for avstanden mellom fastsatte målsetninger og resultater i den internasjonale helsepolitikken?*

Påfallende likheter mellom Millenniumsmålene for helse og tidligere lanserte målsetninger for den internasjonale helsepolitikken var bakgrunnen for den valgte problemstillingen.

Det finnes en rekke forslag på hvordan vi best løser de fastsatte Millenniumsmålene for helse. Felles for en rekke av disse bidragene er antakelsen om at begrensede resultater skyldes at tidligere overføringer ikke har vært tilstrekkelig store. Jeg har argumentert for at den noe entydige fokuseringen på volum fører til at man utelater diskusjonen knyttet til valgte virkemidler, hvordan bistandsmidlene faktisk er blitt benyttet. En slik diskusjon er viktig, fordi det vil kunne bidra til å forklare den begrensede sammenhengen mellom fastsatte målsetninger og resultater av den internasjonale helsepolitikken.

I del II av utredningen stilte jeg derfor spørsmålet:

- *Hva er avgjørende betingelser for bistand som et virkemiddel for å fremme helse, økonomisk vekst og utvikling?*

Jeg startet del II med å argumentere for at det er *egenskaper ved bistand* som kan bidra til å vanskeliggjøre vilkårene for bruk av kapitaloverføringer som et virkemiddel for å fremme helse, økonomisk vekst og utvikling.

I kapittel 4 gikk jeg nærmere inn på *giverpolitiske forklaringer* på manglende resultater av bistand. Her så vi blant annet hvordan internasjonal bistand har vært preget av systematiske skjevheter, og motiver som ikke gjenspeiler målsetningen om å fremme økonomisk vekst og utvikling i mottakerlandene. Det er liten tvil om at politisk strategiske og økonomiske motiver har bidratt til å forringe effektiviteten til internasjonale bistandsoverføringer. Videre i kapittel 4 argumenterte jeg også for at *manglende giverkoordinering* bidrar til å undergrave bruken av kondisjonalitetskrav.

I kapittel 5 fulgte en nærmere gjennomgang av *mottakersideforklaringer* på de manglede resultatene i internasjonal bistand. I gjennomgangen tok jeg utgangspunkt i Burnside og Dollars (2000; 2004) påstand om at *institusjonell kvalitet* er avgjørende for effekten av bistandsoverføringer. Jeg illustrerte hvordan en utvidet forståelse av institusjonsbegrepet kan bidra til økt innsikt om den påståtte årsakssammenhengen mellom institusjonell kvalitet og effekten av bistandsoverføringer. *Politisk vilje* til å foreta nødvendige og riktige prioriteringer er et første vilkår i mottakerlandene. Videre viste jeg også hvordan *manglende evne* til å utnytte bistandsoverføringer forblir en betingelse for effekten av generelle og helserelevante overføringer.

Som bistandsform er helseinvesteringer underlagt *kravet om bistandseffektivitet*. Kartlegging av DALYs, *Disability-Adjusted Life Years*, blir betraktet som et gunstig tilnærming for

helsepolitiske evalueringer og anbefalinger. Hensikten med gjennomgangen og den påfølgende drøftingen av DALYs var ønsket om å illustrere etiske og fordelingspolitiske implikasjoner som følger med kravet om bistandseffektivitet. I kapittel 6 viste jeg blant annet hvordan effektivitetskriteriet, flest mulig sparte DALYs per investerte helsekrone, kan føre til at hensynet til de som er verst stilt går på bekostning av prioriteringer hvor forbedringspotensialet er større. I ytterste konsekvens betyr dette at kravet om effektivitet bidrar til å undergrave helsebistandens overordnede målsetning, som er å fremme helsesituasjonen i fattige land og blant fattige.

I del III stilte jeg spørsmål til hvorvidt organiseringen av det internasjonale bistands- og utviklingspolitiske samarbeidet kan bidra til forklare den påviste avstanden mellom målsetninger og virkelighet i den internasjonale helsepolitikken. Jeg holder fast på at det overnevnte spørsmålet er viktig, og i for stor grad utelates i søken etter forklaringer på begrensede resultater i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken. Gjennomgangen i del III var motivert av et ønske om å besvare spørsmålet:

- *Kan organiseringen av bistands- og utviklingspolitikken forklare den påviste avstanden mellom målsetninger og virkelighet i den internasjonale helsepolitikken?*

Fra den historiske analysen står vi igjen med to sammenhenger som kan bidra til å kaste lys over problemstillingen i denne utredningen. En første påstand er at utformingen og oppfølgingen av helsepolitiske målsetninger synes å være avhengig av: *en forståelse for betydningen av helse og fordelingspolitiske hensyn blant givere og donorer i den overordnede bistands- og utviklingspolitikken.* Jeg har argumentert for at dette har sammenheng med kravet om oppslutning og ressursmobilisering blant større givernasjoner og de institusjonene som inngår i det overordnede bistands- og utviklingspolitiske samarbeidet (Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet).

Hva angår valg og faktisk utforming av de helsepolitiske virkemidlene, kan det synes som at en bærekraftig helseutvikling i fattige land er avhengig av: *tiltak som kombinerer vertikale, sykdomsspesifikke tiltak med utbygging av horisontale generelle helsetjenester (helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak).*

Med henvisning til den historiske drøftingen kan det være fristende å påstå at det er grunnlag for optimisme hva angår vilkårene for den internasjonale helsepolitikken i dag. I motsetning til tidligere perioder, synes det å foreligge en generell forståelse for viktigheten av å integrere helse og fordelingspolitiske hensyn i den overordnede bistands- og utviklingspolitikken. En rekke tiltak vitner om en bred politisk og økonomisk oppslutning omkring de fastsatte Millenniumsmålene. På tilsvarende måte ser vi også at gjeldende helsepolitiske virkemidler i større grad tar høyde for det framsatte vilkåret for en bærekraftig helseutvikling i fattige land. I motsetning til tidligere perioder observerer vi en kombinasjon av vertikale og horisontale tiltak. *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* har som hensikt å utfylle *sektorprogrammer* i helsesektoren.

Vi har sett at veien fra målsetninger til virkelighet er lang, og avhenger av hvorvidt gjeldende giverpolitikk tar høyde for betingelser for bistand som et virkemiddel for å fremme helse, økonomisk vekst og utvikling. Resultater i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken forblir avhengig av at vi tar høyde for giverpolitiske forhold samt

egenskaper ved mottakerne. Gjennomgangen i del II kan tyde på en stadig økt bevissthet omkring dette. Vi har sett at utforming og valg av virkemidler i stadig større grad begrunnes med utgangspunkt i erfaringer knyttet til begrensninger ved det som tidligere har vært gjeldende virkemidler i den internasjonale bistands- og utviklingspolitikken.

Det er viktig å understreke at oppfølgingen av fastsatte målsetninger og virkemidler i den internasjonale helsepolitikken også avhenger av samspillet mellom det internasjonale samfunnet av givere og myndighetene i mottakerlandene. Et avgjørende spørsmål for den framtidige utviklingen i den globale helsesituasjonen er dermed knyttet til hvorvidt omleggingen av bistands- og utviklingspolitikken følges opp av tiltak og initiativ i de landene som er gjenstand for politikkendringene. For å få en oversikt over dette, kreves en grundig analyse av samspillet mellom giverpolitiske mål og virkemidler og politikkendringer i mottakerlandene. Dette bringer oss tilbake til mitt opprinnelige utgangspunkt for denne utredningen, som var et ønske om å foreta en analyse av i hvilken grad og hvordan målsetninger og virkemidler i den internasjonale helsepolitikken gjenspeiles av endringer i helsepolitikken i Tanzania. Forhåpentligvis vil denne utredningen kunne være et nyttig bakteppe for en slik analyse.

Et andre forhold som er verdt å bemerke er den valgte tilnærmingen til problemstillingen. Gjennomgående for analysen er ønsket om å avdekke forhold som kan bidra til økt forståelse for de begrensede resultater i den internasjonale helsepolitikken. Den historiske gjennomgangen tyder på at det til tider kan være like god grunn til å stille spørsmål til de fastsatte målsetningene for den internasjonale helsepolitikken. Kanskje er det ikke resultatene som bør angripes, men et overdrevet ambisjonsnivå? William Easterly har gjentatte ganger hevdet at begrensede resultater bør ses i sammenheng med den rådende antakelsen om at bekjempelse av fattigdom er en storstilt, men enkel prosess. Han hevder videre at bistands- og utviklingspolitikken i større grad bør baseres på en *inkrementell tilnærming* til utviklingsspørsmålet. Nokså gjennomgående argumenterer Easterly for at vi er tjent med å gå bort fra storslåtte ambisjoner og heller redefinere bistands- og utviklingspolitikkenes grunnleggende målsetning til; *"..to benefit some poor people some of the time."* (2003; 40).

Til tross for at det foreligger en nokså bred enighet omkring målet om å begrense inntektsforskjeller og bedre helsesituasjonen i dagens utviklingsland, skal det vise seg at valg av virkemidler som skal sikre at vi oppnår dette er et langt mer kontroversielt spørsmål. Til tross for i overkant av femti år *"in search for the holy grail"* (Klasen, 2003 i Tungodden, Stern og Kolstad, 2003) har enda ikke ført til et unisont svar på hvordan man kan oppnå en utvikling som fremmer de fattiges levevilkår.

Avslutningsvis ønsker jeg å takke min veileder ved Norges Handelshøyskole, Bertil Tungodden for gode innspill.

Jeg ønsker samtidig å benytte anledningen til å takke Thorvald Gran for inspirerende samtaler og gode råd. Stig Tenold, Ottar Mestad, og Bjarne Robberstad fortjener også å bli nevnt i forbindelse med denne utredningen.

Jeg er også svært takknemlig overfor Bergen Teknologioverføring AS (BTO) for den finansielle støtten i forbindelse med min deltakelse på *The South African and Nordic Countries Conference* i Cape Town i desember i 2007.

Sist, men ikke minst er jeg også evig takknemlig overfor mamma og pappa, samt gode studievenner og venner for god støtte og oppmuntring.

Declaration of Alma-Ata
International Conference on Primary Health Care,
Alma-Ata, USSR, 6-12 September
1978

The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma-Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy-eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following

Declaration:

I

The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.

II

The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

III

Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace.

IV

The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

V

Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

VI

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of selfreliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

VII

Primary health care:

1. reflects and evolves from the economic conditions and sociocultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;
2. addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly;
3. includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;
4. involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;
5. requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;
6. should be sustained by integrated, functional and mutually supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all, and giving priority to those most in need;
7. relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.

VIII

All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.

IX

All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country. In this context the joint WHO/UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.

X

An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share.

The International Conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a New International Economic Order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, nongovernmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries. The Conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this Declaration.

Millennium Development Goals and Targets

Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger

Target 1: Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people whose income is less than one dollar a day

Target 2: Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people who suffer from hunger

Goal 2: Achieve universal primary education

Target 3: Ensure that, by 2015, children everywhere, boys and girls alike, will be able to complete a full course of primary schooling

Goal 3: Promote gender equality and empower women

Target 4: Eliminate gender disparity in primary and secondary education, preferably by 2005, and in all levels of education no later than 2015

Goal 4: Reduce child mortality

Target 5: Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate

Goal 5: Improve maternal health

Target 6: Reduce by three-quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio

Goal 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases

Target 7: Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS

Target 8: Have halted by 2015 and begun to reverse the incidence of malaria and other major diseases

Goal 7: Ensure environmental sustainability

Target 9: Integrate the principles of sustainable development into country policies and programmes and reverse the loss of environmental resources

Target 10: Halve, by 2015, the proportion of people without sustainable access to safe drinking water and basic sanitation

Target 11: By 2020, to have achieved a significant improvement in the lives of at least 100 million slum dwellers

Goal 8: Develop a global partnership for development

Target 12: Develop further an open, rule-based, predictable, non-discriminatory trading and financial system

Includes a commitment to good governance, development and poverty reduction – both nationally and internationally

Target 13: Address the special needs of the least developed countries. Includes: tariff and quota free access for the least developed countries' exports; enhanced programme of debt relief for heavily indebted poor countries (HIPC) and cancellation of official bilateral debt; and more generous ODA for countries committed to poverty reduction

Target 14: Address the special needs of landlocked developing countries and small island developing States (through the Programme of Action for the Sustainable Development of

Small Island Developing States and the outcome of the twenty-second special session of the General Assembly)

Target 15: Deal comprehensively with the debt problems of developing countries through national and international measures in order to make debt sustainable in the long term

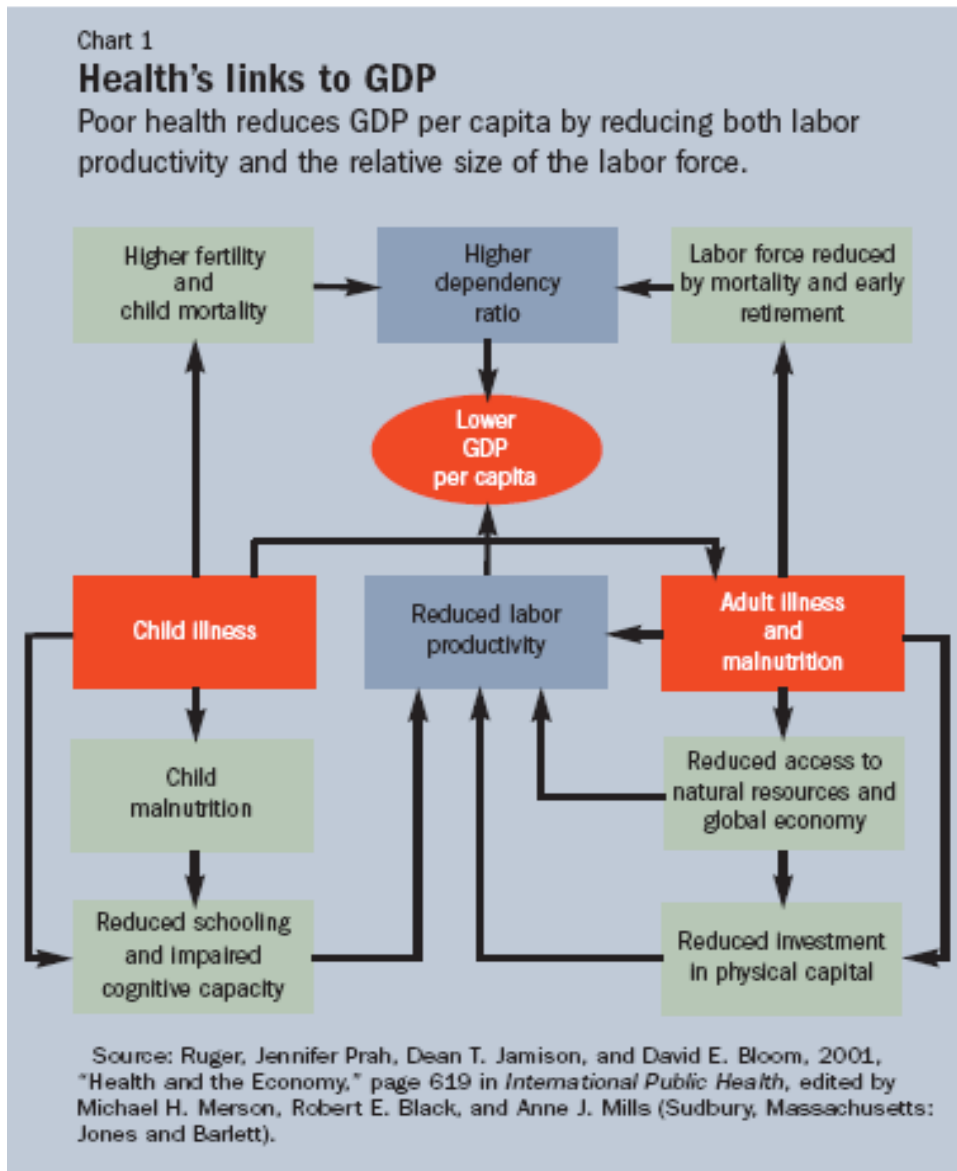
Target 16: In cooperation with developing countries, develop and implement strategies for decent and productive work for youth.

Target 17: In cooperation with pharmaceutical companies, provide access to affordable essential drugs in developing countries.

Target 18: In cooperation with the private sector, make available the benefits of new technologies, especially information and communications.

Appendiks – Tabell III

Ulike kanaler som påvirker sammenheng mellom helseutbedringer og økonomisk vekst.



Figur 11: Hvordan helse påvirker økonomisk vekst

Kilde: Bloom og Jamison (2004)

The Washington Consensus

1. Fiscal Discipline: Budget deficits, properly measured to include those of provincial governments, state enterprises, and the central bank, should be small enough to be financed without recourse to the inflation tax. This typically implies a primary surplus (i.e., before adding debt service to expenditure) of several percent of GDP, and an operational deficit (i.e., disregarding that part of the interest bill that simply compensates for inflation) of no more than about 2 percent of GDP.

2. Public Expenditure Priorities: Policy reform consists in redirecting expenditure from politically sensitive areas, which typically receive more resource than their economic return can justify, such as administration, defence, indiscriminate subsidies, and white elephants, toward neglected fields with high economic returns and the potential to improve income distribution, such as primary health and education, and infrastructure.

3. Tax Reform: Tax reform involves broadening the tax base and cutting marginal tax rates. The aim is to sharpen incentives and improve horizontal equity without lowering realised progressivity. Improved tax administration (including subjecting interest income on assets held abroad - flight capital - to taxation) is an important aspect of broadening the base in the Latin context.

4. Financial Liberalisation: The ultimate objective of financial liberalisation is market-determined interest rates, but experience has shown that, under conditions of a chronic lack of confidence, market-determined rates can be so high as to threaten the financial solvency of productive enterprises and government. Under that circumstance a sensible interim objective is the abolition of preferential interest rates for privileged borrowers and achievement of a moderately positive real interest rate.

5. Exchange Rates: Countries need a unified (at least for trade transactions) exchange rate set at a level sufficiently competitive to induce a rapid growth in non-traditional exports, and managed so as to assure exporters that this competitiveness will be maintained in the future.

6. Trade Liberalisation: Quantitative trade restrictions should be rapidly replaced by tariffs, and these should be progressively reduced until a uniform low tariff in the range of 10 percent (or at most around 20 percent) is achieved. There is, however, some disagreement about the speed with which tariffs should be reduced (with recommendations falling in a band between 3 and 10 years), and about whether it is advisable to slow down the process of liberalisation when macroeconomic conditions are adverse (recession and payments deficit).

7. Foreign Direct Investment: Barriers impeding the entry of foreign firms should be abolished; foreign and domestic firms should be allowed to compete on equal terms.

8. Privatisation: State enterprises should be privatised.

9. Deregulation: Governments should abolish regulations that impede the entry of new firms or restrict competition, and ensure that all regulations are justified by such criteria as safety, environmental protection, or prudential supervision of financial institutions.

10. Property Rights: The legal system should provide secure property rights without excessive costs, and make these available to the informal sector. (Source: Williamson (ed) 1994)

Litteraturliste

- Acharya, A., A.F. de Lima og M. Moore (2004)
Aid proliferation: How responsible are the Donors?
IDS Working Paper 214.
- Alesina, A. og D. Dollar (2000)
Who Gives Foreign Aid to Whom and Why?
Journal of Economic Growth 5, 33-63.
- Besley, T. og Burgess, R. (2003)
"Halving global poverty,"
Journal of Economic Perspectives vol 17 no. 3, Summer 2003: 3-22
- Bhargava, Jamison, Lau og Murray (2000)
Modelling the effects of health on economic growth
- Boone, Peter (1999)
Politics and the effectiveness of foreign aid
London School of Economics and Center for Economic Performance
- Bryce, J., el Arifeen, S., Pariyo, G., Lanata, C. F., Gwatkin, D., Habicht, J.-P (2003)
Reducing child mortality: can public health deliver?
Country Evaluation Group if IMCI Study Group
The Lancet, Volume 362, Issue 9378, July 2003, Pages 159-164
- Bloom, David E. og Canning, David (0000)
PUBLIC HEALTH: The Health and Wealth of Nations;
- Bloom, David E., Canning, David og Jaimson, Dean T (2004)
Health, Wealth and Welfare
Development and Finance
- Claeson, Mariam og Waldman, Ronald J. (2000)
The evolution of child health programmes in developing countries: from targeting diseases to targeting people
Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78: 1234–1245.
- Cooksey, Brian (2004)
Tanzania: Can PRS Succeed Where SAP Failed?
HakiElimu Working papers
- Costa, Dr Joao (2006)
Sector Wide Approach (SWAp) and Project Support in Health - A brief comparison
Swiss Agency for Development and Cooperation, Centre for International Health
Swiss Tropical Institute

- Cueto, Marcos (2004)
Public Health Then and Now
The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care
 American Journals of Public Health
- Dollar, D. og Levin, V. (2004)
 "The increasing selectivity of foreign aid,"
 Arbeidsnotet, Verdensbanken
- Dollar, D. og J. Svensson (1998)
What Explains the Success or Failure of Structural Adjustment Programs?
Economic Journal 110: 894-917.
- Easterly, William (2002)
The Cartel of Good Intentions. The Problem of Bureaucrazy in Foreign Aid
 Centre of Global Development
 Institute for International Economics
- Easterly, William (2003)
 "Can foreign aid buy growth?"
Journal of Economic Perspectives vol 17: 23-48.
- Filmer, D. og Pritchett, L. (1997)
Child Mortality and Public Spending on Health: How Much Does Money Matter?
 The World Bank,
- Hagen, Rune Jansen (2007)
Langsiktig bistand og økonomisk utvikling
Norsk Økonomisk Tidsskrift 121 (2007) s. 1-25
- Hall, John J. og Taylor, Richard. (2003)
Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care
in developing countries
 School of Public Health, Faculty of Medicine, University of Sydney.
- Hayami, Yujiro (2003)
From the Washington Consensus to the Post-Washington Consensus, Retrospect and Prospect
Asian Development Review, vol. 20, no 2, pp, 40-65
- Hayami, Yuijiro (2001)
Development Economics: from the poverty to the wealth of nations
 Oxford University Press

- Kapiriri, Lydia, Norheim, Ole Frithjof og Heggenhougen, Kristian (2001)
Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda
 Department of Public Health and Primary Health Care
 Centre for International Health, University of Bergen
- Kindleberger, C. og R. Z. Aliber (2005).
"Manias, Panics and Crashes. A History of Financial Crises."
 Fifth Edition. Palgrave Macmillan.
- Kuhn, Thomas S. (2002)
Vitenskaplige revolusjoners struktur
 Spartacus
- Kvåle, Gunnar (2004)
Fornytt satsing på helsetjeneste for alle
 Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2004; 124: 674
- Levine, Ruth and The What Works Working Group (2004)
Millions Saved, Proven Successes in Global Health
 Washington Center for Global Development
- Lien, Lars (2002)
Er investeringer i helse økonomisk lønnsomt?
 Den Norske Lægeforening 2002; 122: 834-5 utgave
- Mamdani, Mahmood (1996)
Citizen and Subject, Contemporary Africa and the legacy of late colonialism
 Princeton University Press, Princeton, New Jersey
- Masud, Nadia og Yontcheva, Boriana (2005)
Does Foreign Aid Reduce Poverty?
Empirical Evidence from Nongovernmental and Bilateral Aid
 IMF Working Paper
- Mills, Anne (2005)
Mass campaigns versus general health services: what have we learnt in 40 years about vertical versus horizontal approaches?
 Bull World Health Organ vol.83 no.4 Geneva Apr. 2005
- Mishra, P. og Newhouse, D.
Health Aid and Infant Mortality Rate
 IMF Working Paper WP/07/100
- Mosley, Paul. (1986)
Aid-effectiveness: the micro-macro paradox.
 Ids Bulletin University of Sussex, Institute of Development Studies 17:22-35.

- Murray, C. L. J., Kreuser, J. og Whang W (1994)
Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems
 Harvard Centre for Population and Development Studies, Cambridge MA 02138
- Murray, Christopher J. L. og Acharya, Arnab K. (1996)
Understanding DALYs
 Harvard Center for Population and Development Studies, 9 Bow St. Cambridge
- Murray, C. L. J. og Acharay, A. K. (1997)
Understanding DALYs
 Journal of Health Economics 16
 Harvard Center for Population and Development Studies
- Nord, Erik og Arnesen, Trude (1999)
The value of DALY life: problems with ethics and validity of DALYs
 National Institute of Public Health, Oslo
- Obstfeld, M. (1999)
 Foreign Resource Inflows, Saving, and Growth.
 I: K. Schmidt-Hebbel og L. Servén (red.)
The Economics of Saving and Growth. Theory, Evidence, and Implications for Policy.
 Cambridge University Press.
- Pedersen, K. R. og Hagen, R. J. (1999)
 "Utviklingshjelp," kap 6 i *Fordeling og vekst i fattige land*
- Pritchett, Lant (2006)
 "The Quest Continues"
 Finance and Development
- Rattsø, Jørn et al (2006)
Nye roller for frivillige organisasjoner i utviklingssamarbeidet
 Utredning fra utvalg oppnevnt av Utenriksdepartementet
- Ray, Debraj (1998).
 Chapter 3 in "Development Economics", "Economic Growth"
 Princeton University Press
- Reinikka, R. og Svensson, J. (2004).
 "Local capture: Evidence from a central government transfer programme in Uganda,"
 Quarterly Journal of Economics May: 679-705
- Ronald Labonte, Ted Schrecker, David Sanders, and Wilma Meeus
Fatal Indifference, The G8, Africa, and Global Health
 University of Cape Town Press/IDRC 2004
 ISBN 1-55250-130-2

- Sachs, Jeffrey D. (1997)
The limits of convergence
 Nature, nature and growth
 Economist June 14th 1997
- Sachs, Jeffrey D. (2003)
Institutions Don't Rule: Direct Effects of Geography on Per Capita Income
 NBER Working Paper No 9490, 2003
 Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research).
- Sachs, Jeffrey D. et. al (2004)
Ending Africa's Poverty Trap
 Columbia University og UN Millennium Project
- Sachs, Jeffrey D., (2007)
Helse for fattige
 Dagens Næringsliv, 27. august 2007
- Sen, Amartya K. (1999)
 Kapittel 2: *Development as Freedom i: The ends and the means of development*
 Oxford University Press
- Sen, Amartya K., Anand, Sudhir og Fabienne, Peter (2004)
Public Health, Ethics and Equity
 Oxford University Press
- Simensen, J. m. fl. (2003).
 "Norsk utviklingshjelps historie 1. 1952-1975 Norge møter den tredje verden".
 Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Simensen, J. m. fl. (2003)
 Norsk utviklingshjelps historie 2. 1975-
 Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Singer, Hans W. (1995)
Bretton Woods and the UN system - relationship of the International Monetary Fund and the World Bank to the UN
- Smithson, Paul (2006)
Fair's Fair
Health Inequalities and Equity in Tanzania
 Ifakara Centre for Health Research and Development and Women's Dignity Project
- Stiglitz, Joseph (1998)
More Instruments and Broader Goals: Moving Toward the Post-Washington Consensus
 Senior Vice President and Chief Economist
 The World Bank

- Stiglitz, Joseph (2002)
Globalization and Its Discontents
New York WW Norton
- Svensson, Jakob (1999)
Foreign Aid and Rent Seeking
Development Research Group, World Bank
- Tarp (2003)
New Perspectives on Aid Effectiveness
I: Tungodden, Bertil., Stern, Nicholas og Kolstad, Ivar (2003)
Toward Pro-Poor Policies Aid, institutions and globalization
Oxford University Press, 2003
Annual World Bank Conference on Development Economics, Europe
- Westerling, Ragnar (2001)
Evaluating avoidable mortality in developing countries—an important issue for public health
Department of Public Health and Caring Sciences, Uppsala University, Sweden.
- Williamson, John, og Molly Mahar. (1998)
A Survey of Financial Liberalization.
Princeton Essays in International Finance no. 211.
- Williamson, John (2000)
What should the World Bank think about the Washington Consensus
The World Bank Research Observer, vol 15 no 2
- World Bank (1993)
World Development Indicators
- World Development Report (1993)
Investing in Health
Oxford University Press