



# Innst. 300 S

(2011–2012)

## Innstilling til Stortinget fra utenriks- og forsvarskomiteen

Meld. St. 11 (2011–2012)

### Innstilling fra utenriks- og forsvarskomiteen om global helse i utenriks- og utviklingspolitikken

Til Stortinget

#### Sammendrag

I stortingsmeldingen trekker regjeringen opp utfordringer og gir klare prioriteringer for en samlet norsk global helsepolitikk frem mot 2020 gjennom tre satsingsområder:

- Mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse
- Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging
- Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

Norsk politikk bygger på og har som målsetting å fremme og overholde grunnleggende menneskerettigheter. Lik tilgang til helsetjenester for alle – basert på bredt anlagte, robuste helsesystemer, er retningsgivende.

Helse er et globalt fellesgode. Norge skal gjennom politisk lederskap, diplomati og økonomisk støtte være en aktiv pådriver for å mobilisere en sterk og bred global konsensus for samarbeid om å ivareta nasjonale helsebehov. Samtidig skal vi bidra til å ansvarliggjøre nasjonale myndigheter for å etablere og sikre allmenn tilgang til helsetjenester.

En av målsettingene for norsk global helsepolitikk er å bedre integrere helsemålsettinger i utenriks- og utviklingspolitikken. Møteplasser for statsledere og FN-systemet, inkludert WHO, er viktige arenaer. Politiske nettverk på tvers av tradisjonelle fora og samarbeidsallianser er et annet viktig virkemiddel. Et

eksempel på dette er utenriksministernetverket fra syv land, hvor Norge er ett av medlemmene og hvor fellesnevneren er helse og utenrikspolitikk.

Å mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse er regjeringens fremste prioritering. FNs tusenårsmaal – spesifikt nr. 3, 4, 5 og 6 – inneholder ambisiøse målsettinger for dette. Prioriteringen gjenspeiler med andre ord helse som én av forutsetningene for utvikling og fattigdomsreduksjon. Den globale strategien Every Woman Every Child som ble lansert av FNs generalsekretær i 2010, forankrer innsatsen. Prioriteringen legger primært føringer for utviklingspolitikken, men den har også betydning for det normative arbeidet i WHO og for helsekomponenten i EØS-finansieringsordningene. Flere folkerettslige instrumenter etablerer sterke forpliktelser for kvinners og barns rett til helse. Arbeidet for kvinners og barns rettigheter og helse er sentralt i det politiske mobiliseringsarbeidet, både internasjonalt og i dialogen med nasjonale myndigheter.

Reduksjon av sykdomsbyrden med vekt på forebygging retter seg inn mot sykdommer som står for en stor andel av tapte leveår i de fattigste landene og mot styrking av helsesystemer med lik tilgang til helsetjenester for alle. Vaksinasjon – med GAVI og rutinevaksinasjon som flaggskipet – er og vil fortsatt være en nøkkelstrategi. Det er også oppnådd store fremskritt innen behandling og forebygging av de største livstruende smittsomme sykdommene – hiv og aids, malaria og tuberkulose. Norge vil fortsatt være i front på dette området. Svakt utbygde og sårbare helsesystemer, samt den globale helsepersonellkrisen, utgjør de største utfordringene for å redusere sykdomsbyrde, særlig i lavinntektsland. Regjeringen vil bidra til helsesystemer hvor nasjonale myndigheter tar et klart helhetsansvar for befolkningens helsestilbud og hvor tjenester innrettes slik at sårbare og utsatte grupper dekkes. En helhetlig tilnærming til

helsepersonell inngår i dette arbeidet. Myndigheters helhetsansvar er et særskilt viktig tema i dialogen med myndigheter i lavinntektsland som tar steget over i gruppen av mellominntektsland.

Ikke-smittsomme sykdommer, herunder livsstils-sykdommer, står for en økende andel av den globale sykdomsbyrden. Utfordringene er her til dels av en annen art enn for smittsomme sykdommer da det ligger betydelige økonomiske interesser bak markedsføring av helseskadelige produkter som tobakk, alkohol og usunn mat. Innsatsen for å forebygge og redusere ikke-smittsomme sykdommer krever derfor ikke bare en helhetlig folkehelsepolitikk nasjonalt, men også regionale avtaler som viktige bidrag til globale løsninger. WHO har en viktig rolle i dette arbeidet.

Fremme av menneskelig sikkerhet gjennom helse konkretiserer hvordan helsemålsettinger bedre integreres i utenriks- og utviklingspolitikken generelt. Klimaendringer, pandemier, manglende tilgang på legemidler og seksualisert vold er alle trusler mot god helse. Klimaendringenes følger for helse er potensielt store. Innsatsen for å bidra til forebygging av helsemessige konsekvenser av klimaendringer, med vekt på matsikkerhet, vannforsyning og sanitære forhold, vil bli styrket. Smittevern og pandemier er et annet viktig område der trygghet og sikkerhet ivaretas ved at helse er tema på den utenrikspolitiske dagsordenen. Norge vil styrke og støtte WHO's arbeid med pandemiberedskap. Videre vil regjeringen videreføre innsatsen for styrket tilgang på legemidler for fattige land ved å sikre at dette aspektet ivaretas i blant annet vår handelspolitikk og ved å bidra til innovative ordninger for utviklingslands tilgang til effektive legemidler innenfor rammene av patentsystemet. Seksualisert vold i konflikt er en sammensatt utfordring som må møtes både med forebyggende og behandlende helsetiltak og med folkerettslige virkemidler og politisk mobilisering internasjonalt.

Norsk global helsepolitikk skal være kunnskapsbasert. Et solid kunnskapsgrunnlag og gode analyser er en forutsetning for å kunne treffe gode valg rundt nytenkning og risikovillighet, og for å formulere de rette målsettingene og kriteriene for resultater. Norge skal i det globale helsesamarbeidet være en pådriver for kontinuerlig vurdering av effektive måter å organisere samarbeidet på og for utvikling av nye virkemidler – også der hvor det krever risikovillighet å gå nye veier. Bred politisk og økonomisk mobilisering for global helse er en målsetting. Drivkraften er resultater. Norge skal være en forutsigbar og troverdig partner som gjennom ledelse og dialog tar ansvar.

Regjeringens arbeid har som mål å bidra til helsefremmende politikk for alle. Flere føringer ligger til grunn for innsatsen. Forebygging, herunder tilgang til rent drikkevann, trygg mat, riktig ernæring, gode sanitærforhold, vaksiner og kunnskap om

hvordan fremme god helse og unngå sykdom, er en slik føring. Utjevning av sosiale helseforskjeller gjennom økonomisk og sosial utjevning generelt, både mellom land og innad i land, og universell tilgang til grunnleggende helsetjenester gjennom utbygging av gode offentlige helsesystemer er sentralt. Nasjonalt eierskap og styring må ivaretas for å sikre at samarbeid innen helse bygger på myndighetenes prioriteringer og systemer som bidrar til reell helsefremme. Åpenhet, godt styresett og nulltoleranse for korrupsjon er viktig.

Regjeringen har en rettighetsbasert tilnærming til global helse. Staten har i hvert enkelt land hovedansvaret for å oppfylle menneskerettighetene. Internasjonalt samarbeid skal støtte opp under staters evne og vilje til dette, med vekt på å sikre robuste helsesystemer og lik tilgang til helsetjenester for alle. Norge skal ha en tydelig stemme internasjonalt, særlig til støtte for undertrykte og marginaliserte grupper menneskerettigheter.

Regjeringen har i Soria Moria-erklæringen løftet helse i utenriks- og utviklingspolitikken til et prioritert område. Norge har opparbeidet en betydelig posisjon på feltet internasjonalt gjennom aktivt politisk, diplomatisk og faglig engasjement i en årrekke. Vi har en viktig rolle å spille i internasjonale politiske prosesser. Engasjementet strekker seg tilbake til etableringen av WHO, UNICEF og UNAIDS samt i nyere tid GAVI, Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria (heretter Det globale fondet) og UNITAID frem til lanseringen av Global strategi for kvinners og barns helse under FNs generalforsamling 2010. Norge er i dag svært synlig innen global helse, både når det gjelder økonomiske bidrag i prosent av BNI, helsediplomater og politisk mobilisering. Norsk innsats innen helse i utenriks- og utviklingspolitikken er særlig rettet mot barne- og mødrehelse og forebygging og behandling av smittsomme sykdommer som hiv og aids, malaria og tuberkulose. Helsesystemstyrking, håndtering av pandemier og av helsepersonellkrisen, beskyttelse og fremme av seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, støtte til global helseforskning og kunnskapsutvikling og arbeid mot omskjæring og kjønnslemlestelse er også viktige innsatsområder.

Satsing på og engasjement innen global helse er en strategi både i norsk politikk for fattigdomsbekjempelse og i fremme av nasjonal folkehelse. Politisk lederskap og mobilisering gjennom globalt helsediplomati har vist seg å være effektivt for å øke oppmerksomheten om global helse. Nye tilnærming, innovative finansieringsmekanismer og medvirkning til å etablere nye resultatfokuserende metoder har vært strategisk viktige bidrag fra Norges side og blant annet bidratt til å mobilisere både flere givere og mer ressurser. Dette er politisk nybrottsarbeid som

åpner for nye muligheter også på andre områder ved å etablere nye former for samarbeid og resultatorientering.

Betydelige resultater er oppnådd innen helse de siste ti årene. Over 300 millioner barn i lavinntektsland er vaksinert med vaksiner de tidligere ikke hadde tilgang til. Dødsfall som følge av meslinger er redusert med over 90 prosent i Afrika sør for Sahara. Globalt er det etablert en tobakkskonvensjon, et internasjonalt regelverk for å oppdage, rapportere og håndtere utbrudd av smittsomme sykdommer av betydning for internasjonal folkehelse samt et rammeverk for å forebygge og håndtere pandemier. Dette viser betydningen av en resultatorientert politikk. Norge har medvirket både gjennom økonomiske bidrag og som politisk pådriver. Regjeringen vil bygge videre på dette gjennom en målrettet politikk for global helse, med søkelys på de områder hvor Norge kan være en effektiv bidragsyter til oppnåelsen av de prioriteringer vi har satt oss både for nasjonal og internasjonal helse.

Regjeringens prioriteringer er:

1. Mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse
2. Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging
3. Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

Samtidig skal vi bevare et våkent blikk for de endringer det neste tiåret vil bringe. De globale helseutfordringene utvikler seg raskt, noe økningen i ikke-smittsomme sykdommer er et eksempel på. Dette krever fortsatt vilje og evne til å justere kursen når situasjonen gjør det berettiget.

Global helse gjøres med denne meldingen for første gang til gjenstand for en samlet behandling i Stortinget. Den klart største andelen av de midlene Norge bruker på global helse er fra bistandsbudsjettet. Dette inkluderer FNs tusenårsmål av 2000, innsats for helse i de fattigste landene og fortsatt politisk mobilisering internasjonalt for disse målsettingene. Men global helse er ikke reduserbart til utviklings-samarbeid. Den globale helseagendaen rommer også regionale og bilaterale arenaer, og omfatter langt fra bare de fattigste landene. Regjeringens tilnærming til global helse anerkjenner at kompleksiteten i de globale helseutfordringene fordrer fleksibilitet og evne til å se ulike politikkområder i sammenheng.

Behovet for meldingen reflekterer regjeringens høye prioritering av globale helsespørsmål, den styrkede politiske oppmerksomheten internasjonalt på helsespørsmål de siste årene, og også det faktum at arbeidet med global helse faller inn under flere deler av statsforvaltningen. Helse er et globalt fellesgode, en viktig del av utenriks- og utviklingspolitikken og inkluderer både politisk innsats og betydelige midler

over bistandsbudsjettet som forvaltes av Utenriksdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet driver også et omfattende internasjonalt helsefaglig og helsepolitisk samarbeid. Til sammen utgjør dette arbeidet et mangfoldig helsediplomati. Det institusjonelle mangfoldet og bredden i innsatsen fører med seg betydelige utfordringer med tanke på fordringen om samstemt politikk, og et behov for å se alle sider av det globale helsearbeidet i sammenheng.

Virkefeltet for regjeringens globale helsepolitikk slik det er forstått i denne meldingen, defineres først og fremst av de helserelaterte tusenårsmålene. Det gir et hovedfokus på multilaterale kanaler og internasjonale samarbeidsgrupperinger, og på de tematiske områder som er knyttet til disse målene. Samtidig skuer meldingen lenger enn 2015 slik flere av de innsatser Norge har forpliktet seg til gjør, for eksempel innsatsen for vaksiner og helsesystemer. Formålet er å plassere dette engasjementet innenfor en bredere utenrikspolitisk og helsefaglig ramme som også rommer et bredere sett av målsettinger.

For en mer inngående gjennomgang av grunnlaget for regjeringens globale helsepolitikk, av regjeringens prioriteringer i det globale helsearbeidet, og av de tilnærminger regjeringen legger til grunn for norsk global helseinnsats, vises det til henholdsvis kapitlene 3, 4, og 5 i meldingen.

Helsespørsmål står i sentrum for regjeringens oppfølging av FNs tusenårsmål, en oppfølging som rommer så vel utviklingssamarbeid som politisk mobilisering internasjonalt. Globale helsespørsmål berører og er en del av ivaretagelsen av norsk folkehelse. Dette gjelder eksempelvis den internasjonale beredskapen mot pandemier og bekjempelse av smittsomme sykdommer. Engasjementspolitikken er også en del av det globale helsearbeidet i form av arbeidet for å sikre helserelaterte menneskerettigheter og universell tilgang til helsetjenester.

Globale helsemålsettinger følges opp i FN-fora, samarbeidet med EU, gjennom EØS-finansieringsordningene, i nordområdesamarbeidet og i en rekke andre internasjonale fora. Helsedimensjonen virker inn på mange mer allmenne utenrikspolitiske målsettinger som for eksempel arbeidet for å styrke kvinners rettigheter og likestilling, mens utenrikspolitiske prosesser som ikke først og fremst er helserelaterte, ofte har betydelige helsemessige konsekvenser, for eksempel landminekonvensjonen og konvensjonen mot klaseammunisjon.

Denne stortingsmeldingen sikter mot å gi dette mangfoldet av innsatser, samarbeidspartnere, arenaer, prosesser og sammenhenger et helhetlig uttrykk, og å definere regjeringens globale helsepolitikk – dens grunnlag, prioriteringer, tilnærminger og utfordringer. Dette bør igjen gi grunnlag for videre

oppfølging med henblikk på å videreutvikle samstemthet og resultatorientering.

Den nære sammenhengen mellom globale helseutfordringer og samfunnsutviklingen mer allment gjør at global helse allerede er berørt i flere tidligere stortingsmeldinger. Denne meldingen tar ikke sikte på å gjenta avklaringer som allerede er gjort gjennom disse meldingene.

Utgifter knyttet til tiltakene som drøftes i denne meldingen, vil bli dekket innenfor berørte departementers gjeldende budsjetttrammer.

### Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Eva Kristin Hansen, Svein Roald Hansen, Nina Mjøberg, Sverre Myrli, Tore Nordtun og Helga Pedersen, fra Fremskrittspartiet, Jan Arild Ellingsen, Morten Høglund, Siv Jensen, Peter N. Myhre og Karin S. Woldseth, fra Høyre, Peter Skovholt Gitmark, Ivar Kristiansen og lederen Ine M. Eriksen Søreide, fra Sosialistisk Venstreparti, Snorre Serigstad Valen, fra Senterpartiet, Olov Grøtting, og fra Kristelig Folkeparti, Dagfinn Høybråten, ser på behandlingen av meldingen som en verdifull anledning til en samlet drøfting av et mangeårig engasjement fra norsk side for globale helsespørsmål i regi av så vel myndigheter og fagmiljøer som aktører i det sivile samfunn. Samtidig gir det Stortinget anledning til å behandle de fremtidige prioriteringene på et meget sentralt område i norsk utviklings- og utenrikspolitikk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, tar til etterretning at regjeringens formål med denne meldingen ikke er å gi endrede retningslinjer for politikken som Norge fører for å fremme global helse. Flertallet har merket seg at meldingen i det store og hele bekrefter etablert politikk på området.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at meldingen trekker opp utfordringer og gir klare prioriteringer for en samlet norsk global helsepolitikk frem mot 2020.

Det nye og verdifulle i meldingen er, etter komiteens syn, at den søker å gi en helhetlig beskrivelse av sammenhengene mellom helse som innenrikspolitikk og utenrikspolitikk, og hvordan utveksling av erfaringer mellom bredden av aktører som er engasjert på feltet, kan søkes brukt mer syste-

matisk for å utvikle en mer kunnskapsbasert politikk for global helse i tiden framover. Meldingen gir også et viktig signal om at Norge vil prioritere helsespørsmål på bred basis i sin utenriks- og utviklingspolitikk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, vil derfor i sin innstilling legge mest vekt på å kommentere det normative grunnlaget som skisseres i meldingen, analysen av utfordringene og trendene innen global helse og de strategier og prioriteringer meldingen beskriver som ledd i etableringen av en plattform for en mer samstemt og framtidsrettet politikk for global helse.

Flertallet er kjent med at utenriksministeren på et møte med det sivile samfunn 18. oktober 2010 ga følgende avgrensning for meldingen:

«Omtalen av det internasjonale fokuset i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag for 2011 gir en avgrensning til de områder og den innsats som det vil være naturlig å behandle i denne stortingsmeldingen.»

Flertallet går ut fra at dette er bakgrunnen for at arbeidet med meldingen er konsentrert rundt Utenriksdepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder. I lys av den store vekt som meldingen legger på kunnskapsbasert politikkutvikling og forskning, har flertallet forståelse for at det under komiteens høring om saken ble påpekt at det helhetlige perspektiv ville blitt bedre om også Kunnskapsdepartementets fagfelt og forskningssektoren hadde blitt sterkere inkludert i arbeidet med meldingen. Flertallet vil se det som naturlig at regjeringen følger opp meldingen med å forsterke den organisatoriske og politiske koordinering av Norges innsats for global helse.

Komiteen har merket seg at det i meldingen erkjennes at det ikke foreligger noen omforent definisjon av begrepet «global helse». Det kan etter komiteens syn likevel være nyttig for noen formål, bl.a. for å illustrere gjensidig avhengighet i internasjonalt helsearbeid og behovet for en mer samstemt politikk. Komiteen mener likevel det er grunn til å være seg bevisst når begrepet brukes. Dersom dette blir et motebegrep med diffust innhold, vil det ikke gagne den faglige og politiske helsedebatten.

Selv om begrepet global helse ikke uten videre er entydig, vil komiteen påpeke at det også dreier seg om enkeltmenneskers helse og at helse er i den forstand et individuelt gode. Samtidig har flere av helse-truslene vi står overfor preg av kollektive trusler. Komiteen vil også vise til det velkjente faktum at dersom noen smittsomme sykdommer blir uttryddet,

så vil det være av global verdi og gi en gevinst for alle land – ikke minst i en tid som i økende grad preges av reiser og transport over landegrensene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, ser det derfor slik at helse i utgangspunktet er et individuelt gode, samtidig som oppnåelsen av enkelte mål i internasjonalt helsearbeid vil kunne etablere globale fellesgoder.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ser det slik at helse er både et individuelt gode og samtidig et globalt fellesgode, på en og samme tid.

Komiteen vil påpeke at situasjonen globalt er slik at helse og helsetjenester er tilgjengelig for mange innen klodens rike mindretall, men ikke for alle fattige og undertrykte. Helse oppfyller heller ikke meldingens definisjon av rene fellesgoder som ikke-ekskluderende, det vil si at når godet gjøres tilgjengelig for én person, så er det tilgjengelig for alle.

Om helse de facto ikke kan beskrives som et globalt gode, mener komiteen at menneskerettighetene gir et normativt grunnlag for å forsøke å gjøre grunnleggende helsetjenester tilgjengelig for alle og samarbeide om forebyggende og behandlende tiltak som gir en bedre helsesituasjon for verdens befolkning. Det kan oppnås kollektive gevinster når man lykkes i å utrydde flere farlige smittsomme sykdommer og styrke internasjonal beredskap mot pandemier som kan slå inn over landegrensene. Komiteen konstaterer at oppnåelsen av en slik beredskap fordrer politisk innsats i form av både nasjonale virkemidler og internasjonalt samarbeid om tiltak med global rekkevidde for å få full effekt.

### **Menneskerettighetene som normativt grunnlag**

Komiteen deler meldingens påpekning av at de grunnleggende menneskerettigheter gir et normativt grunnlag for å arbeide for å styrke global helse. FNs erklæring om menneskerettighetene innledes med et menneskesyn som anerkjenner alle menneskers iboende menneskeverd, og i artikkel 3 trekkes den grunnleggende konsekvens at «Enhver har rett til liv, frihet og personlig sikkerhet».

Komiteen viser videre til at retten til helse er nedfelt i flere konvensjoner om menneskerettighetene. Sentralt står konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (artikkel 12), konvensjonen om å avskaffe alle former for diskriminering mot kvinner (artikkel 12), konvensjonen om barnets rettigheter (artikkel 24) og konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne

(artikkel 25). Komiteen vil presisere at konvensjonene tar høyde for at både verdens land og enkeltmennesker har ulike forutsetninger og at bestemmelsene følgelig legger vekt på retten til den høyest oppnåelige helse for den enkelte.

Komiteen viser spesielt til den sentrale artikkel 12 i FNs konvensjon om sosiale, økonomiske og kulturelle rettigheter, der rettighetene om helse uttrykkes slik:

- «1. Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsetandard både i fysisk og psykisk henseende.
2. For å oppnå full virkeliggjørelse av denne rettighet, skal konvensjonspartene sette i verk tiltak som er nødvendige for å:
  - a) Minske foster- og spedbarnsdødeligheten og fremme barnets sunne utvikling.
  - b) Forbedre alle sider ved den samfunnsmessige og industrielle hygiene;
  - c) Forebygge, behandle og kontrollere epidemiske, endemiske, yrkesmessige og andre sykdommer;
  - d) Skape vilkår som trygger alle legebehandling og pleie under sykdom.»

Komiteen vil påpeke at bestemmelsene om helse i disse konvensjonene er mer formålspregede og relative enn de sentrale bestemmelsene om sivile og politiske rettigheter. Og myndighetenes forpliktelser går mer på å iverksette tiltak som forbedrer situasjonen så langt det kan forventes ut fra landenes økonomiske forutsetninger. Konvensjonene gir etter komiteens syn like fullt et verdifullt normativt grunnlag for formålene i arbeidet for global helse, selv om utformingen av virkemidlene og utmålingen av hva som ut fra bestemmelsene kan kreves av forebyggende politikk og offentlig finansierte helsetjenester får et betydelig større innslag av skjønn. Komiteen mener at den mer overordnede og formålspregede rettighetstilnærmingen står seg godt både fordi helsetruslene har varierende karakter rundt i verden og fordi betydningen av lokalt tilpasset politikk for å sikre folkehelsen er økende.

Komiteen viser til at de folkerettslige konvensjoner om menneskerettighetene slår fast at primæransvaret for å oppfylle slike rettigheter tilligger staten i hvert enkelt land. Det vil si at nasjonale myndigheter er forpliktet til å sørge for en høyest mulig helsetandard tatt i betraktning tilgjengelige nasjonale ressurser og muligheter og enkeltindividenes forutsetninger. Helsetjenester for alle må ivaretas gjennom nasjonal politikk med nødvendig finansiering og reguleringer hvor prinsippene om verdighet og ikke-diskriminering ligger i bunn.

Komiteen konstaterer at de grunnleggende konvensjoner om menneskerettighetene ikke gir tilsvarende klare bestemmelser om statenes forpliktel-

ser til å bistå andre land med en dårligere eller mer utsatt helsesituasjon.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, har merket seg at dette forholdet ikke er nevnt i meldingens drøfting av det normative grunnlaget for politikken for global helse.

Komiteen vil understreke betydningen av at utenriks- og utviklingspolitikken også må avspeile etiske og politiske hensyn som går ut over det som følger av statenes forpliktelser i konvensjonene om menneskerettighetene.

Komiteen har merket seg at regjeringen i meldingen slår fast at FNs tusenårsmål for utvikling og bekjempelse av fattigdom er hovedfundamentet for Norges utviklingspolitiske innsats. Komiteen er enig i dette og viser til at av 8 tusenårsmål omhandler 3 spesifikt helse. De inkluderer mål om redusert barnedødelighet, bedret mødrehelse og reduksjon av smittsomme sykdommer, spesielt hiv og aids, tuberkulose og malaria.

Arbeidet for global helse er etter komiteens syn viktig for oppfyllelsen av tusenårsmålene om helse og ivaretagelsen av individets rettigheter globalt, så vel som norsk folkehelse. Reduksjon av risikoen for å bli rammet av pandemier og smittefarlige sykdomsbølger på tvers av landegrensene er blant de åpenbare egeninteresser komiteen ser at Norge har av et sterkt engasjement for global helse.

Komiteen viser til at helsebistand er blant de bistandsområder som har best dokumentert effekt. Virkningen består ikke bare i å redde liv og helse for millioner av mennesker, men også i reduksjon av antall sykedager og styrket helsetilstand for befolkningen mer generelt.

Dette har etter komiteens syn stor betydning også for det enkelte individ og familienes funksjonsevne, for produktiviteten og dermed også den økonomiske utvikling i samfunnet.

Etter komiteens oppfatning bør Norge bidra til at kunnskapsgrunnlaget om sammenhengen mellom makroøkonomisk utvikling og helse blir utvidet og at det inngår som en viktig del av samarbeidet om å løfte helsetilstanden til verdens befolkning.

Komiteen deler det syn at Norge må følge opp arbeidet for helse i et vidt spekter av internasjonale arenaer, både for å påvirke og for å få del i den kunnskap og erfaringsutveksling som der finner sted. Det er viktig at spørsmål knyttet til global helse og tilgangen til grunnleggende helsetjenester blir tema også blant politiske beslutningstakere som ikke har et primæransvar på helseområdet, for eksempel når statsledere, stats-, utenriks- eller finansministre møtes. Komiteen ser det som positivt at regjeringen føl-

ger opp dette, blant annet gjennom 7-landsinitiativet for utenrikspolitikk og helse, og mener det er viktig å videreutvikle dette sporet i arbeidet for å løfte helse-spørsmål på agendaen internasjonalt.

Komiteen vil peke på at evnen og muligheten til å levere helsetjenester og andre forutsetninger for god folkehelse varierer sterkt mellom rike og fattige land. Etter hvert som økonomiene i mange fattige land nå vokser sterkt, vil en se økende forskjeller i livsvilkår mellom befolkningsgrupper i disse landene. Komiteen har med bekymring merket seg opplysningene i meldingen om at den økonomiske veksten i mange av de nevnte landene ikke følges av en tilsvarende økning i nasjonale helsebudsjetter.

Komiteen vil understreke det ansvar myndighetene i hvert land har for sin egen befolknings livsvilkår, sosial sikkerhet og et fungerende helsesystem, men vil samtidig framheve den betydning internasjonalt samarbeid og bistand fra den rike del av verden kan ha for å sikre bedre helse og fordeling også for de som vokser opp i vanskeligstilte land. Utvikling av sosiale sikkerhetssystemer for fordeling og finansiering av helsetjenester henger nøye sammen med landenes evne til å etablere og sikre sitt skattegrunnlag gjennom en effektiv skatteadministrasjon. Dette vil etter komiteens mening få økt betydning i utviklingssamarbeidet framover.

Prinsippet om lik tilgang til helsetjenester for alle, må etter komiteens syn være retningsgivende for Norges helseengasjement i alle fora. Dette er langt fra noen selvfølge, for virkeligheten er en helt annen. Borgernes gode tilgang på avanserte helsetjenester i Norge og andre av verdens rikeste land står i skarp kontrast til de sparsommelige og mangelfulle helsetjenester som brede, fattige befolkningslag har i lavinntektslandene.

På grunn av at nasjoner, familier og enkeltmennesker har sterkt forskjellig tilgang til ressurser generelt, konstaterer komiteen at gjennomføring av prinsippet om lik tilgang til helsetjenester vil forbli en formidabel utfordring i overskuelig framtid.

Etter komiteens syn er tilgang til helsetjenester for kvinner og barn, samt for sårbare grupper som mennesker med funksjonsnedsettelse, fattige, flyktninger og minoriteter, sentralt. Økende migrasjon og reising over landegrensene påvirker både spredning av smittsomme sykdommer, mattrygghet og pandemitrusselen. Internasjonale forpliktelser og regelverk kommer til anvendelse også i Norge. Komiteen viser til at livsstilsrelaterte helsefaktorer som alkohol og andre rusmidler, tobakk, fysisk aktivitet og ernæring også har grenseoverskridende aspekter. Alt dette må møtes med en samordnet internasjonal respons. I sum illustrerer dette etter komiteens syn stadig klarere at globalt helsearbeid er viktig også for å ta vare på norsk folkehelse.

### **Langsiktige sektorprogrammer og innovative punktinnsatser**

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, viser til at regjeringen i meldingen uttaler at:

«Norsk innsats skal være målrettet, resultatorientert og inkludere innovasjon og risikovilje. Samtidig skal også langsiktighet og forutsigbarhet ivaretas.»

Flertallet er i utgangspunktet enig i det, men vil også påpeke at disse to setningene kan være uttrykk for to ulike strategier, som ikke uten videre er sammenfallende.

Tradisjonelt har Norges helsebistand vært preget av langsiktige og forutsigbare programmer, bilateralt i helsesektorprogrammer og multilateralt i langsiktige programmer for investeringer i og utvikling av helsesektoren i fattige land.

Uten at det går tydelig fram av denne meldingen, har komiteen merket seg at det i det siste tiår er skjedd en dreining i norsk bistand på helsesektoren. Malawi er nå det eneste landet hvor Norge har helse som en av hovedsektorene for bistandssamarbeidet, som grunnlag for helhetlig og samordnet helsesektorbistand til gjennomføring av nasjonale helseplaner.

Komiteen har videre merket seg at Norges bilaterale innsats på helsesektoren ellers delvis er dreid over mot spesialinnsatser og initiativ som pådriver for målrettede tiltak for mødre- og nyfødthelse der siktemålet er å redusere mødredødeligheten, blant annet gjennom innovative tiltak slik som i India, Pakistan, Tanzania og Nigeria.

Komiteen er åpen for å drøfte hvordan balansen bør være mellom de nevnte innretninger av helserettet bistand.

Samtidig ser komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, behov for at strategisk viktige dreininger av bistandsinnretningen blir gjort tydelige og begrunnet i informasjonen overfor Stortinget, slik at prinsipielt viktige beslutninger blir godt forankret.

Endringer i programporteføljen i det bilaterale samarbeidet er etter flertallets syn også av betydning fordi de har konsekvenser for hvor mange norske medarbeidere med helsefaglig kompetanse som arbeider ved utenriksstasjonene og i langsiktige programmer på helsesektoren. Slike forhold påvirker omfanget av norsk kunnskaps- og erfaringsinnhenting og kompetanse på dette området.

Flertallet forutsetter at et solid kunnskapsgrunnlag alltid må ligge i bunn for utformingen av norsk politikk. Det er i den sammenheng viktig å unngå det kompetansetap man risikerer dersom man

ikke opprettholder helsefaglig kompetanse knyttet til både bilaterale og multilaterale programmer.

### **Norges globale helseinnsats**

Komiteen ser arbeidet med globale helse-spørsmål som en sentral del av Norges bidrag til å oppfylle FNs tusenårsmål. Å redde liv og bedre folks livskvalitet er viktig i kampen mot fattigdom og for rettferdig fordeling. Norge har gjennom mange generasjoner spilt en viktig rolle i globalt helsearbeid gjennom humanitært arbeid og diakoni i regi av frivillige organisasjoner, forskning og faglig utveksling, stat-til-stat-bistand, etablering av og støtte til multilaterale organisasjoner og internasjonalt helsesamarbeid. I de senere år er også norsk helsediplomati blitt en viktig del av den samlede globale helseinnsatsen fra norsk side. Komiteen vil understreke betydningen av å ha alle disse aktørene og arenaene for globalt helsearbeid for øye når politikken på området utformes.

Komiteen tar til etterretning den oversikt som gis i meldingen om aktuelle arenaer for norsk helsediplomati, herunder betydningen av aktiv deltakelse i Verdens helseorganisasjon (WHO) som er FNs normative organ på helse. De gode erfaringer med den første internasjonale helsekonvensjonen i regi av Verdens helseorganisasjon, rammekonvensjonen om tobakkskontroll, tilsier etter komiteens syn at en også på andre områder vurderer å bruke liknende verktøy som en forpliktende ramme om det globale helsesamarbeidet. Samarbeidet om retningslinjer for å hindre uønsket flukt av helsepersonell fra fattige land, er et annet eksempel i denne sammenheng.

Komiteen vil understreke at summen av ulike internasjonale initiativ, partnerskap, nettverk, kampanjer og organisasjoner på helseområdet har skapt en fragmentert og uoversiktlig struktur innenfor global helsestyring. Bakgrunnen for flere av disse initiativene er et ønske om større organisasjonsmessig effektivitet og resultater i flere av de etablerte FN-organisasjonene. Norge er en viktig bidragsyter i disse organisasjonene og må som sådan stille klare reform- og resultatkrav. Det gjelder ikke minst Verdens helseorganisasjon, som har en svært viktig funksjon når det gjelder rammer og retningslinjer for den globale helseinnsatsen. Komiteen mener at WHOs struktur med regionale organisasjonsledd som opererer svært selvstendig i forhold til organisasjonens sentrale ledd, bør reformeres.

Komiteen har merket seg det brede internasjonale samarbeidet innen helse mellom ulike akademiske institusjoner og helsefaglige miljøer. Forskningssamarbeidet på de ulike fagområdene innen helse er her av største betydning og bør kunne utnyttes bedre i Norges samlede globale helseinnsats. Universitetet i Oslo har nylig påtatt seg en ledende rolle

i The Oslo Commission on Global Governance for Health sammen med blant andre Harvard-universitetet og det medisinske tidsskriftet The Lancet. Slike initiativ kan bringe økt kunnskap og bevissthet om hva som styrer og påvirker helseutviklingen internasjonalt.

Komiteen har videre merket seg at meldingen legger vekt på at retten til grunnleggende helsetjenester skal tas opp i bilateral dialog med myndigheter i samarbeidsland og i planlegging av bistandsprosjekter. Komiteen mener det er viktig at man i slike dialoger også tar opp skadelige tradisjonsbetingede praksiser, mangel på likestilling og andre brudd på menneskerettighetene som hindrer arbeidet for å ivareta befolkningens helse. Komiteen mener det i sensitive spørsmål er viktig å holde statene ansvarlig overfor menneskerettighetskonvensjonene de selv har forpliktet seg til å følge, og at det kan være særlig nyttig å benytte seg av avsluttende merknader fra FNs kvinne-diskrimineringskomité og FNs barnekomité.

### **Norges bevilgningsmessige prioriteringer innen global helse**

Komiteen vil vise til at den totalt dominerende andel av Norges samlede satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid skjer som naturlig er i Norge, hvor staten har et primæransvar for sine innbyggere. I en melding hvor hovedhensikten er å gi en samlet oversikt over globalt helsearbeid, mener komiteen at det ville gitt et bedre grunnlag for å drøfte prioriteringene dersom meldingen hadde gitt statistikk om hvordan de viktigste komponentene i Norges innsats for global helse har utviklet seg over tid. Etter de opplysninger komiteen har innhentet, er det likevel mulig å se noen trender for viktige komponenter som ODA-bistand, EØS-støtte og prosjektsamarbeid med Russland.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti har merket seg at helsebistandens andel av norsk bistand har vært meget stabil det siste tiåret, med unntak av de siste årene. Helsebistanden utgjorde 17 pst. av bilateral bistand i 2002, 16 pst. i 2005 og 9 pst. i 2011. Regner en også med helseandelen i Norges multilaterale bistand, opplyser NORAD at helsebistandens andel av total norsk bistand var 16 pst. i 2002, 16 pst. i 2005 og 12 pst. i 2011. Disse medlemmer mener at den synkende andel ikke helt harmonerer med den høye og gode profilering Norge internasjonalt har innen helsebistand, og disse medlemmer forventer at regjeringen i årene framover snur trenden og sørger for at helsebistandens andel stabiliseres eller tilnærmer seg det nivå den hadde før.

Disse medlemmer vil for øvrig peke på at Norges samlede helsebistand gjennom tiårsperioden

hadde en årlig realvekst fram til og med 2009, før helsebistanden falt med ca. 300 mill. kroner i 2010. I statistikken for den multilaterale biten av helsebistanden har NORAD tatt med kjernebidrag til GAVI, AMC, IFFIM, GFATM UNAIDS; UNITAID og WHO. I tillegg til dette kommer helseandelen av støtte til organisasjoner som UNICEF, UNFPA og utviklingsbankene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at i tallene for den multilaterale bistanden inngår de multilaterale organisasjonene GAVI, AMC, IFFIM, GFATM, UNAIDS, UNITAID og WHO. Men i tillegg kommer også helseandelen av støtte til organisasjoner som UNICEF og UNFPA. Norsk støtte til helsebistand gjennom de nevnte multilaterale organisasjonene er mer enn doblet siden 2002. Disse medlemmer vil for øvrig vise til at regjeringen har styrket innsatsen på mange politiske områder som også gir viktige globale helseeffekter, som for eksempel satsingen på landbruk, matsikkerhet, skog og klima, likestilling og energi.

Disse medlemmer vil vise til at innen Norges støtteordninger for land innen EØS-området, planlegges det for perioden 2009–2015 brukt i overkant av 210 mill. euro på helse- og barneomsorg. Disse medlemmer vil også vise til Meld. St. 20 (2011–2012) EØS-midlene. Solidaritet og samarbeid i Europa som er til behandling i Stortinget.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, viser til at innen Norges støtteordninger for land i EØS-området er folkehelseinitiativer og tiltak for barn 2 av i alt 32 programområder. Flertallet har notert seg at Norge, ifølge meldingen, i programperioden 2005–2009 årlig brukte ca. 27 mill. euro, om lag 215 mill. kroner, til helseprosjekter under EØS-finansieringsmekanismene. Det spesifiseres imidlertid ikke nærmere hva slags prosjekter tallene omfatter og i hvilken grad disse prosjektene samsvarer med prioriteringene i meldingen. Statusrapporten for 2011, som er utgitt av EFTA, viser at programmer for folkehelse og tiltak for barn (inkludert oppgradering av skoler og sportsanlegg) til sammen utgjør om lag 14 prosent av samlet EØS-støtte på ca. 1,2 mrd. euro i denne seksårsperioden.

Det blir i meldingen opplyst at interessen for helserelatert støtte er økende fra mottakerlandene i EØS, men flertallet finner ingen policyutsagn som avklarer om andelen vil holde seg i neste programperiode fra 2009 til 2014. Det er betydelig risiko for at finanskrisen i euroområdet vil svekke bevilgningene til folkehelseformål i flere av de mest gjeldstyngede



landene i årene framover. Flertallet forventer at helsekomponenten i Norges EØS-støtte prioriteres minst like høyt som tidligere.

Komiteen viser til at det innen prosjektsamarbeidet med vårt store naboland i øst, Russland, årlig går ca. 20 mill. kroner til helserelaterte prosjekter ifølge stortingsmeldingen. I statsbudsjettet for 2012 er helse en av 8 prioriterte sektorer i prosjektsamarbeidet med Russland, som til sammen bevilges med 135 mill. kroner i tillegg til de vel 83 mill. kroner som går til atomsikkerhetssamarbeid. Komiteen viser videre til at det i statsbudsjettet for 2012 går fram at helse- og sosialprosjektene i Nordvest-Russland har bidratt til forebygging og bekjempelse av smittsomme sykdommer, livsstilsrelaterte problemer, fremme av sunn livsstil samt utvikling og integrasjon av primærhelsetjeneste og sosiale tjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, er innforstått med at Russland i økende grad er i stand til å finansiere egne programmer i Nordvest-Russland, og flertallet mener det vil være naturlig at gjensidig kunnskapsutveksling og helsefaglig samarbeid gradvis erstatter den offentlige gavebistand til en ressursrik stormakt som Russland. Flertallet vil i denne sammenheng fremheve erfaringene fra flere tiår med helsesamarbeid i Barentsregionen, samt det helserelaterte samarbeidet som nå pågår innen rammen av partnerskap etablert i EUs nordlige dimensjon der EU, Russland, Norge og Island deltar på like fot.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til St.prp. nr. 1 (2011–2012) hvor «Prosjektsamarbeid med Russland» omtales. Hovedformålet er å utvikle et bredt samarbeid med Russland der blant annet erfaringsutveksling og kompetanseoverføring fremmes. Disse medlemmer vil peke på at samarbeid er en forutsetning i alle prosjekter som støttes gjennom denne bevilgningen og at alle prosjekter må ha en norsk og en russisk partner. Disse medlemmer vil videre peke på at det i økende grad stilles krav til russisk medfinansiering, og særlig i prosjekter der russiske myndighetsinstitusjoner er samarbeidspartnere, forventes det at russisk side dekker egne kostnader.

### **Sivilt samfunnsengasjement**

Komiteen viser til at frivillige organisasjoners erfaring, nettverk, uavhengighet og fleksibilitet gjør at de kan spille en annen rolle i det internasjonale helsearbeidet enn det som er mulig for norske myndig-

heter og mellomstatlige organisasjoner. I en rettighetsbasert tilnærming til helse er det etter komiteens mening særlig viktig å støtte det sivile samfunns evne til å holde myndighetene ansvarlige for at hele befolkningen får ivaretatt sin rett til helsehjelp og bekjempe diskriminering av marginaliserte grupper. Mange frivillige organisasjoner kombinerer pådriver- og påvirkningsarbeid med innsats for å bygge opp myndighetenes kapasitet til selv å ivareta ansvaret for å sikre befolkningens rettigheter på helsefeltet, og komiteen mener det er viktig at Norge støtter opp om dette arbeidet. I mange av landene med særlig høy barne- og mødredødelighet er sivilsamfunnet svært svakt, og komiteen vil særlig understreke viktigheten av å styrke frivillige organisasjoner i disse landene, slik at de i større grad kan holde myndighetene sine ansvarlige for å øke innsatsen for mødre- og barnehelse. Sivilsamfunnets organisasjoner er i mange tilfeller avgjørende for å sikre tilgangen til helsetjenester i områder med svakt utviklede helsesystemer, marginaliserte befolkningsgrupper eller generelt dårlig infrastruktur.

### **Prioriteringer**

Komiteen vil understreke at prioriteringene i det globale helsearbeidet må styres av hvordan sykdomsbyrden er fordelt og ut fra kunnskap om effekt, alvorlighet, likhet og kost-nytte. Det må også vurderes hvor Norge kan utgjøre en forskjell i det globale helsearbeidet. Økt kunnskap om den faktiske fordeling av helseressursene er også nødvendig for å foreta gode prioriteringer.

Større likhet i tilgjengelighet av helsetjenester er de senere årene løftet opp som en selvstendig prioritering. Dette fordrer etter komiteens syn en koordinert innsats for å bygge helsesystemer som er i stand til å levere grunnleggende helsetjenester også i de områder av verden hvor befolkningen er vanskelig å nå. Komiteen mener at styrket satsing på kompetent helsepersonell og motvirkning av aktiv rekruttering til rike land av helsepersonell fra land som selv har mangel på dette, er viktige oppgaver hvor Norge kan gi verdifulle bidrag.

Komiteen konstaterer at det er bred enighet om hovedprioriteringene for en samlet norsk global helsepolitikk, og mener de tre satsingsområdene som regjeringen formulerer, oppsummerer tre sentrale politiske siktemål for Norges globale helsearbeid fremover:

1. Mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse
2. Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging
3. Fremme av menneskelig sikkerhet gjennom helse

Etter komiteens syn er det nødvendig at alt helsesamarbeid drives med utgangspunkt i det ansvar nasjonale regjeringer har for sin egen befolkning og at det blir koordinert med landene. Grunnlaget for dette må være de internasjonale menneskerettskonvensjonene som landene selv er forpliktet på. Norges bidrag bør dessuten vektlegge områder der vi sitter med særlig kompetanse og ressurser.

På dette grunnlag slutter komiteen seg til de hovedprioriteringer for Norges globale helseinnsats som regjeringen legger til grunn i meldingen. Reduksjon av sykdomsbyrden gjennom målrettet forebygging av sykdom og tidlig død er her sentralt. Det krever et fokus på smittsomme sykdommer.

Under komiteens høring om meldingen 23. mars 2012 var det bred enighet om regjeringens tre satsingsområder for norsk global helsepolitikk. Fra enkelte høringsinstanser ble det stilt krav om en sterkere prioritering av Norges innsats inn mot ikke-smittsomme sykdommer. Den andre hovedinnvendingen som mange framhevet var den manglende omtale av psykisk helse i meldingen.

Med den økende sykdomsbyrde som skyldes ikke-smittsomme sykdommer, vil komiteen minne om at denne del av den globale helseinnsatsen blir stadig viktigere. Komiteen mener at Norge har mye å bidra med ut fra egne erfaringer når det gjelder områder som psykisk helse samt alkohol- og tobakksrelaterte skader og sykdommer.

## **Mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse**

### ***Kvinnens og barns helse***

Innsatsen for kvinners og barns helse er en viktig del av oppfyllelsen av tusenårsmålene og har vært prioritert av Norge gjennom en årrekke. For å oppfylle intensjonene i stortingsmeldingen er det påkrevd at lik tilgang til helsetjenester for alle kvinner og barn blir vektlagt både gjennom politisk dialog og bistand.

Komiteen vil vise til at Norsk Forum for Global helseforskning under høringen påpekte at sykdommer som rammer barn, utgjør 30 pst. av sykdomsbyrden i lav- og mellominntektsland. Disse sykdommene er således en meget sentral del av fattigdomskampen. Sykdommer knyttet til mødre- og fødsels- og barnhelse utgjør 3 pst. av sykdomsbyrden.

I Norges bilaterale bistand anbefaler komiteen en prioritering av investeringer i nasjonale planer som gjør at flere kan sikres tilgang til helsearbeidere og en helsetjeneste for alle. Norge bør også bidra til å styrke sivilsamfunnet i land med høy barne- og mødre- og barnhelse. Styrking av sivilsamfunn er ofte viktig for å sikre at behovene til fattige og marginaliserte kvinner og barn blir prioritert. Slik kan sivil-

samfunnet bidra til å innfri menneskerettskonvensjonene, tusenårsmålene og FN-strategien for barne- og mødre- og barnhelse, «Every Woman Every Child».

Komiteen viser til at arbeidet med å redusere den globale mødre- og barnedødeligheten henger nøye sammen med behovet for å styrke kvinners og jenters økonomiske og sosiale stilling og deltakelse i samfunnet, deres rett til utdanning og seksuelle og reproduktive rettigheter. Komiteen viser i denne forbindelse til Innst. S. nr. 233 (2007–2008) fra mai 2008, jf. St.meld. nr. 11 (2007–2008) På like vilkår: Kvinners rettigheter og likestilling i utviklingspolitikken, hvor komiteen utførlig behandlet disse spørsmål. Komiteen er videre enig med regjeringen i at det er viktig å inkludere menn og gutter fra ung alder i holdningsarbeid for å sikre likestilling og bekjempe vold mot jenter og kvinner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil peke på betydningen av likestilling for å nå tusenårsmålene for helse, og at det er viktig å bruke lovgivning for reproduktiv helse for å sikre kvinner tilgang til prevensjon, beskyttelse mot tidlig ekteskap, vold og kjønnslemlestelse. Flertallet vil videre understreke at tilgang til helsetjenester generelt sammen med familieplanlegging og kvalifisert fødselshjelp er avgjørende for å bedre kvinne- og mødre- og barnhelse, og at familieplanlegging handler om jenters og kvinners rett til kontroll over egne valg knyttet til seksualitet og fertilitet. Flertallet viser til at over 273 000 kvinner dør hvert år som følge av komplikasjoner knyttet til graviditet, og støtter regjeringens syn om at reproduktiv helse også omfatter retten til trygg abort og tilgang til behandling om det oppstår komplikasjoner, uavhengig av om aborten er ulovlig.

### ***Barns og ungdoms helse – en investering for fremtiden***

Komiteen er kjent med at mens barnedødeligheten generelt har gått ned, har andelen barn som dør første levemåned trolig gått litt opp de siste 20 årene. Dette er etter komiteens syn en indikasjon på at vaksinesatsingen virker. Men det kan samtidig være en indikasjon på at satsingen på nyfødthelse og oppfølging av kvinner og barn gjennom familieplanlegging, graviditet, fødsel og barsel lenge har vært underprioritert. Økt satsing her er kritisk for å få ned nyfødte- og barnedødeligheten, og også for å redusere mødre- og barnedødeligheten og antall dødfødsler. Komiteen mener dette viser nødvendigheten av en sterkere satsing på oppbygging av helsetjenester for gravide, fødende og nyfødte. Komiteen vil dessuten peke på at høye fødselsrater og mangel på tilbud

innen familieplanlegging i enkeltland gir ekstra helseutfordringer og har innvirkning på økonomisk utvikling.

Komiteen viser til at selv om det er oppnådd en nedgang i barnedødeligheten i senere år, dør rundt 7,6 millioner barn under fem år årlig ifølge FN. De fleste av disse dødsfallene kunne vært forhindret med enkle midler. 40 pst. av disse dødsfallene skjer blant nyfødte. Disse dødsfallene skyldes i stor grad problemer knyttet til for tidlig fødsel, oksygenmangel ved fødselen eller infeksjoner. Nyfødte er særlig utsatt for slike komplikasjoner dersom fosteret har hatt dårlige vekstforhold fordi mor er dårlig ernært. Måltrettet innsats mot disse problemene er etter komiteens syn noe av det mest effektive som kan gjøres for å sikre en varig reduksjon av barnedødeligheten.

Komiteen viser til at meldingen påpeker behovet for å satse mer på ernæring i arbeidet med å bekjempe småbarnsdødelighet og legge grunnlaget for at barn kan nå sitt fulle utviklingspotensial, noe som blant annet ble påpekt fra Redd Barna under komitéhøringen. Komiteen understreker viktigheten av økte investeringer i direkte ernæringstiltak rettet mot mor og barn med dokumentert effekt mot barnedødelighet.

Komiteen er kjent med de positive konsekvensene det har for både mors og barns helse om førsteangraviditet kan utsettes til mor er helt voksen, og vil peke på den direkte effekt utdanning for jenter har på tidspunktet for første graviditet. Skolegang og utdanning for unge jenter er et av de viktigste forebyggende tiltak man kan sette inn. Skolegang for jenter utsetter giftermål og dermed første barnefødsel. Unge gravide jenter har fem ganger høyere risiko for å dø i forbindelse med fødsel enn mer modne kvinner. Flere instanser, bl.a. Den norske legeforening, påpekte under komiteens høring de positive helseeffektene av jenters rett til utdanning. Komiteen mener utdanning for jenter må prioriteres høyt i strategier for global helse i fattige land og konfliktfylte områder med mangelfull skoledekning.

Komiteen støtter videre regjeringens prioritering av forebygging av barneekteskap. Komiteen mener spørsmålet om barneekteskap og tvungne ekteskap må tas opp i bilaterale samtaler med partnerland.

Komiteen mener det bør vurderes om Norge som del av samarbeidet med enkelte land bør kunne tilby faglig hjelp i arbeidet med å få på plass effektive lovverk som hindrer slike overgrep overfor barn.

## **II: Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging**

### ***Vaksinasjon***

Komiteen viser til regjeringens satsing på vaksiner som en av de mest kostnadseffektive investerin-

ger det er mulig å gjøre i global helse og gir sin tilslutning til dette. I evalueringer som nylig er gjort av blant andre britiske, australske og svenske myndigheter, kommer den globale vaksinealliansen GAVI meget godt ut både når det gjelder resultater og kostnadseffektivitet. Fram til 2015 vil GAVIs programmer for vaksiner og støtte til helsesystemer redde fire millioner barns liv. Komiteen støtter regjeringens opptrapping av støtten til GAVI for å finansiere dette programmet. Det er viktig at den norske innsatsen også bidrar til å drive kostnader ved vaksiner ytterligere ned, hensyn tatt til leveringssikkerhet og kvalitet. Vaksinesatsingen må også bidra til gode og integrerte helsetjenester for mor/barn som sikrer bedre oppfølging gjennom graviditet, fødsel og barsel. Norge bør i tillegg bidra til utviklingen av nye vaksiner slik det gjøres når det gjelder en hiv/aids-vaksine, og mulige vaksiner mot malaria og tuberkulose.

### ***Smittsomme sykdommer – aids, tuberkulose og malaria***

Komiteen støtter meldingens prioritering av arbeid mot smittsomme sykdommer. Både aids, tuberkulose og malaria er blant de ti ledende dødsårsakene i lavinntektslandene. I disse landene er aids og tuberkulose blant de aller viktigste dødsårsakene for kvinner i fruktbar alder, og komiteen mener bekjempelsen av slike sykdommer er viktig for å redusere sykdomsbyrden.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke viser i sitt høringsnotat til at koordinert innsats mot tuberkulose, primært gjennom Stop TB-partnerskapet, har gitt resultater. Mål om å halvere prevalens og dødelighet fra 1990 til 2015 vil trolig nås i alle regioner unntatt Afrika. Komiteen anser framgangen som positiv og mener behovet for økt innsats nå er særlig stort i Afrika. Dette kontinentet har den største sykdomsbyrden av tuberkulose i forhold til folketallet, og komiteen har merket seg at WHO uttrykker bekymring for at for få personer får stilt diagnose og blir behandlet og at resistensen øker.

Komiteen ser en risiko for at givertørke i kjølvannet av finanskrisen kan redusere Det globale fondets mulighet for å sikre medisiner til alle land som har akutt behov for medisinstøtte for å bekjempe både tuberkulose- og hiv-epidemiene. Faktakunnskap og medisinsk behandling av hiv-positive er viktig, men ikke nok. Smittespredning er fortsatt et stort problem, og komiteen har merket seg at WHO i sin «AIDS Epidemic. Update 2011» regner med 2,7 millioner nye hiv-smittede hvert år og at om lag 2 millioner årlig dør av aids-epidemien. Smittespredning er ikke bare et problem i utviklingsland. Nye rapporter både fra Folkehelseinstituttet i Norge og den store europeiske undersøkelsen EMIS viser

bekymringsfulle trekk ved smittespredningen også i industriland med høyt kunnskapsnivå om sykdommen. Skal man få bukt med hiv/aids-epidemien globalt, mener komiteen at sterkere tiltak mot smittespredning av sykdommen er hovedutfordringen. Komiteen forutsetter at Norge følger aktivt opp sitt arbeid med andre partnere for å sikre at disse viktige formål blir ivaretatt på en god nok måte framover.

Komiteen er kjent med det internasjonale initiativet for utryddelse av et titalls «glemte» tropiske sykdommer (NTDs) som ble lansert i London i slutten av januar i år i regi av blant andre Storbritannia og Bill & Melinda Gates Foundation. Initiativet kommer fordi det nå er tilgjengelig medisiner til å utrydde sykdommer som rammer mer enn 1,4 milliarder mennesker årlig og som er en svært viktig del av sykdomsbyrden i de fattigste landene. Komiteen ber regjeringen vurdere norsk støtte til dette nærmere.

### ***Helsesystem og helsepersonell***

Komiteen ser det som kritisk viktig for å lykkes med målene for en lik tilgang til helsetjenester at det skjer en styrking av helsesystemer, særlig i lavinntektslandene. Det må være en prioritert oppgave for Norge å bidra til å øke landenes kapasitet til å utdanne, rekruttere, fordele og forvalte og beholde nødvendig helsepersonell. Bygd på landenes egne forutsetninger og planer bør internasjonale aktører koordinere sin innsats på dette feltet i større grad enn tilfellet har vært til nå. En felles plattform for helsesystemstyrking fra Verdensbanken, Det globale fondet og GAVI er ennå ikke på plass, men kan bli et første viktig skritt i en slik retning. Norge bør etter komiteens mening legge sterkere press på internasjonale aktører for å bygge videre ut en slik koordinert innsats.

Komiteen vil også understreke betydningen av at den industrialiserte del av verden ikke driver aktiv rekruttering av helsepersonell i fattige land med stor underskudd på eget personell. WHO's retningslinjer på dette feltet, som ble vedtatt i 2010, kan om mulig gjøres enda mer forpliktende i så måte. Komiteen mener Norge må gi høy prioritet til investeringer i nasjonale planer som kan sikre tilgang til helsearbeidere og et helsevesen for alle. Komiteen viser i denne sammenheng til de resultater og erfaringer Norge har oppnådd i det langsiktige samarbeidet med Malawi på dette området.

For å nå de gode intensjonene i stortingsmeldingen mener komiteen at det er spesielt viktig å sikre tilgang til helsetjenester og ernæring for gravide, fødende, mødre, nyfødte og barn opp til to år.

Komiteen mener det er nødvendig med økt politisk vektlegging av helsepersonellkrisen kombinert med bistand som kan sikre utdanning, rekrutte-

ring og bedre arbeids- og levevilkår for helsepersonell. Mer helsepersonell og rettferdig distribusjon av disse er etter komiteens syn nødvendig for effektivt å bekjempe barne- og mødredødeligheten og sikre tilgang til grunnleggende helsetjenester. I en rekke lavinntektsland er det mange som dør fordi det finnes altfor få helsearbeidere og fordi helsearbeiderne ikke er der de trengs mest. Som det understrekes i stortingsmeldingen, mangler verden minst 4,3 millioner helsearbeidere. I tillegg mangler millioner av helsearbeidere tilstrekkelig opplæring og ressurser.

### ***Dobbel sykdomsbyrde – ikke-smittsomme sykdommer***

I lavinntektslandene står smittsomme sykdommer, komplikasjoner i forbindelse med fødsel og underernæring for størsteparten av tapte leveår. I mer velstående land domineres sykdomsbyrden derimot av ikke-smittsomme sykdommer (NCD), som hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske luftveissykdommer, diabetes og psykiske lidelser. Komiteen ser veksten av ikke-smittsomme sykdommer i lavinntektsland som en ekstra utfordring for land med svakt utviklede helsesystemer, som dermed kan sies å stå overfor en «dobbel sykdomsbyrde» i årene framover.

Komiteen verdsetter at Nasjonalforeningen for folkehelsen, Kreftforeningen, Diabetesforbundet og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) i Norge har gått sammen om en allianse for å løfte fokuset på de ikke-smittsomme sykdommene. NCD-alliansen vil prioriterere disse sykdommene sterkere enn hittil i global helsepolitikk fordi de både står for flest dødsfall og mye av uførheten i verden.

Komiteen har videre notert seg at Nasjonalforeningen for folkehelsen i sitt høringsnotat går inn for at ikke-smittsomme sykdommer må tas inn i videreutviklingen av tusenårsmålene og at det må settes av tilstrekkelige ressurser til formålet. Særlig framheves den sterke økningen globalt i antallet personer med demens, som ifølge Nasjonalforeningen kan ramme opptil 110 millioner mennesker i 2050. Komiteen ber departementet vurdere dette i den videre utvikling av helsestrategiene og i arbeidet med revisjon og oppfølging av tusenårsmålene.

Komiteen har merket seg at det er påvist sammenhenger mellom røyking og tuberkulose. Dette er et eksempel på at det ikke alltid går klare skillelinjer mellom smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer.

### ***Psykisk helse***

Ifølge Verdens helseorganisasjon utgjør psykiske helseproblemer 13 prosent av den globale sykdomsbyrden. Sannsynligvis er det store mørketall.

Komiteen viser til at personer med psykiske helseproblemer i mange land utsettes for fordommer som hindrer at de får adekvat hjelp og mener Norge kan gjøre en forskjell i arbeidet for økt kunnskap, endrede holdninger og fremme av deres rettigheter.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, mener derfor at innsats for at psykisk helse burde vært drøftet og tatt med blant de naturlige oppgaver i en melding om Norges innsats for global helse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener det er viktig for psykisk helse er en integrert del av norsk helseinnsats. Norge må fortsette å løfte dette viktige arbeidet, bl.a i WHO.

Komiteen viser til at en rekke høringsinstanser, deriblant Rådet for psykisk helse, Nasjonalforeningen for folkehelsen og HimalPartner også har påpekt dette. FNs resolusjon 65/95 anerkjenner at mentale helseproblemer er svært viktig i alle samfunn, de bidrar sterkt til lavere livskvalitet og har store økonomiske og sosiale kostnader. Verdens helseorganisasjon anslår at 150 millioner mennesker på verdensbasis lider av depresjon.

Komiteen har notert seg at Verdens helseorganisasjons styre, der Norge er representert, har lagt fram en uttalelse for helseforsamlingen i 2012 hvor regjeringer og aktører på utviklingsområdet oppfordres til å ta utfordringen når det gjelder menneskers psykiske helse mer på alvor. Det trengs både strategier og programmer for å inkludere mennesker med mentale utfordringer i utdanning, arbeid, helse, sosial beskyttelse og fattigdomsbekjempelse. I resolusjonen «Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level» ber Verdens helseorganisasjons styre om at medlemslandene samarbeider om å utvikle en handlingsplan for mental helse. Komiteen forutsetter at regjeringen følger opp dette arbeidet og ber om en tilbakemelding om hvordan dette skjer.

### **Tobakk**

Komiteen viser til at tobakksbruk er den viktigste enkeltårsaken til sykdom og tidlig død som kan forebygges. En mer målbevisst politikk har resultert i nedgang i tobakksforbruket i mange industrialiserte land. I mange lav- og mellominntektsland er derimot forbruket i sterk vekst. Det er derfor grunn til å forvente en epidemisk utvikling av tobakksrelaterte sykdommer og dødsfall i disse landene som følge av det økte forbruket.

Komiteen er tilfreds med at anti-tobakksarbeidet i meldingen framheves som et nytt og viktig innsatsområde i kampen mot smittsomme sykdommer. Norge må aktivt følge opp forpliktelsene og mulighetene som ligger i den internasjonale rammekonvensjonen om tobakkskontroll (FTCT), bruke sin kunnskapsbaserte erfaring på området og bistå, der det ligger til rette for det, i omstilling av landbruk i utviklingsland fra tobakksproduksjon til matproduksjon.

### **Alkohol og rusmidler**

Komiteen understreker at alkohol og narkotikabruk er risikofaktorer for og årsak til en rekke tilstander og sykdommer som er med på å hemme økonomisk og sosial utvikling.

Alkoholforbruket øker kraftig mange steder i Afrika, Asia og Latin-Amerika nettopp som følge av økonomisk vekst. Komiteen minner om at Norge og de øvrige nordiske land sto bak initiativet som førte til at WHO i 2010 vedtok en global alkoholstrategi. Norge bør være en pådriver for gjennomføring av denne strategien.

Komiteen har for øvrig merket seg at FORUT i sitt høringsnotat til komitéhøringen viser til at nyere forskning har påvist en negativ effekt av alkohol med hensyn til å forebygge og bekjempe tuberkulose og aids og ber departementet vektlegge dette.

Komiteen viser videre til at i flere utviklingsland, både i Latin-Amerika, Asia og Afrika, er produksjon og bruk av ulike narkotiske stoffer kilder til organisert kriminalitet, vold og drap samt svekket folkehelse. Narkotikabransjen er en kynisk milliardindustri, og i noen land, som for eksempel Colombia og Mexico, årsak til blodige, væpnede konflikter. Gjennom smugling kommer narkotika inn også i Norge. Komiteen anser kamp mot narkotika som en nødvendig del av globalt helsearbeid.

### **III: Fremme av menneskelig sikkerhet gjennom helse**

Komiteen har merket seg at regjeringen som et tredje satsingsområde angir «Fremme av menneskelig sikkerhet gjennom helse», en overskrift som har som formål å samle konkretiseringer av hvordan helsemålsettinger bedre integreres i utenriks- og utviklingspolitikken generelt. Komiteen viser til at regjeringen i denne sammenheng framhever at «Klimaendringer, pandemier, manglende tilgang på legemidler og seksualisert vold er alle trusler mot god helse».

### **Helseutfordringer som følge av klimaendringer**

Komiteen viser til at de helsemessige konsekvensene av klimaendringer kan bli betydelige. Komiteen viser videre til at vannforsyning og

sanitære forhold var framhevet blant de tematiske prioriteringer i Regjeringens handlingsplan for miljørettet utviklingssamarbeid fra 2006. Komiteen anser det viktig at disse oppgavene sammen med bedre matsikkerhet følges opp slik som forutsatt i utviklingssamarbeidet.

Komiteen viser til at det fra Stortingets side har vært uttrykt ønsker om å styrke slik innsats i utviklingsland og at signaler i denne retning også er gitt fra regjeringen i statsbudsjettssammenheng.

Komiteen er tilfreds med at dette bekreftees i meldingen ved så forpliktende løfter om styrket innsats.

### **Smittevern og pandemiberedskap**

Komiteen peker på at smittevern og beredskap mot pandemier er viktig for folkehelsen. Komiteen deler det syn at Norge skal styrke og støtte Verdens helseorganisasjons arbeid med pandemiberedskap. Styrket internasjonal beredskap mot pandemier er et globalt gode som mennesker i alle land vil dra nytte av.

Samtidig mener komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, at det er en illustrasjon av et felt hvor de globale tiltakene etter flertallets syn ikke bør dekkes over bistandsbudsjettene, til forskjell fra de spesifikke tiltak som gjennomføres i utviklingsland for å styrke deres beredskap.

### **Tilgang til legemidler**

Komiteen vil vise til den store skjevhet som fortsatt eksisterer når det gjelder tilgang til legemidler og vaksiner til overkommelige priser i verden. Dette gjelder både i utviklingen av legemidler som primært er relevante for lavinntektsland og i tilgangen til eksisterende legemidler. Det er en rekke eksempler på at medisiner og vaksiner ikke har blitt utviklet for sykdommer der sykdomsbyrden primært har hvilt på lavinntektsland. Det er viktig at Norge støtter en slik utvikling, for eksempel med hensyn til hiv/aids, malaria og tuberkulose. Men det forekommer også ofte at legemidler er tilgjengelige, men til en pris som lavinntektslandene ikke har kjøpekraft til å skaffe, selv om de representerer store markeder. Eksempelvis ligger over 80 pst. av sykdomsbyrden for livmorhalskreft på den fattige del av verden, mens mesteparten av HPV-vaksinene til nå har gått til den industrialiserte del av verden. Dette skyldes ikke minst prisnivået. Mekanismer som UNITAID, GAVI og UNICEFs innkjøpssystem er uttrykk for grep som det internasjonale samfunn har tatt for å rette på disse forholdene ved innovative mekanismer som korrigerer markedet og/eller samordner innkjøp på vegne av fattige land for å oppnå lavere priser. Det er også vik-

tig å presse på for løsninger på handelspolitiske forhold som hindrer konkurranse og lavere pris, gitt krav til levering og kvalitet. Komiteen mener det er avgjørende at Norge deltar aktivt på ulike arenaer for å sikre at prinsippet om lik tilgang til helsetjenester også følges av en lik rett til legemidler, og samtidig til en bærekraftig pris.

### **Vold som helsetrussel – herunder seksualisert vold**

Komiteen deler det syn at voldsbruk i mange land framstår som en betydelig trussel mot folks helse- og at seksualisert vold under konflikt og etter konflikt er et stort problem som Norge aktivt må ta opp både bilateralt og multilateralt. Komiteen mener det er viktig å bidra til sterkere politiske forpliktelser til forebygging, behandling og rehabilitering.

Internasjonal lov har allerede forbud mot bruk av seksualisert vold i konflikt, og slik vold kan både anses som en krigsforbrytelse, en forbrytelse mot menneskeheten og som et ledd i et folkemord. Så vel statlige som ikke-statlige aktører er folkerettslig forpliktet til å etterleve disse reglene, men komiteen må konstatere at de grove overgrep som stadig skjer viser at kampen mot dette må videreføres med styrke.

Komiteen anser det viktig at Norge viderefører sitt sterke engasjement for fredelig konfliktløsning, mot spredning av håndvåpen og mot hele spekteret av vold – enten den skjer i regi av narkotikabander i Latin-Amerika, trakassering og drap av konvertitter i Asia og deler av Afrika, kjønnslemlestelse av jenter eller kidnapping og misbruk av barn som barnesoldater. Komiteen vil understreke at norsk utenrikspolitikk fortsatt må ha som mål å bekjempe slike volds-trusler mot helse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti, er av den oppfatning at bekjempelse av vold mot og undertrykking av kvinner og jenter er grundig beskrevet i meldingen, mens de ansatser som gis i innledningskapitlet, ikke følges opp med handlingsrettet drøfting av annen vold som helsetrussel, også mot menn og gutter.

### **Helse – utenrikspolitikk og internasjonalt samarbeid**

Komiteen viser til landminekonvensjonen av 1999 og klasevåpenkonvensjonen av 2008 som eksempler på folkerettslige reformer hvor Norge har spilt en avgjørende rolle. Komiteen mener Norge bør fortsette sin rolle som pådriver for å bygge ut humanitærretten og ta også andre initiativer for å styrke sivilbefolkningens situasjon under og etter væpnede konflikter. Dette og internasjonal humani-

tær bistand for å beskytte folks liv og helse i forbindelse med konflikter ble grundig drøftet da Stortinget behandlet Innst. S. nr. 307 (2008–2009), jf. St.meld. nr. 40 (2008–2009) om Norsk humanitær politikk. Komiteen viser til sin enstemmige innstilling om saken.

Komiteen vil spesielt løfte fram det raskt voksende problemet med antibiotikaresistens som en alvorlig trussel mot global helse. Om relativt kort tid kan det være etablert så mye resistens mot antibiotika at dagens medisiner slutter å virke og pasienter dør av lungebetennelse og andre sykdommer som i dag enkelt kan behandles med antibiotika. Problemstillingen er kort omtalt med henvisning til at temaet står på dagsordenen i Nordisk ministerråd og i EU, og meldingen angir i et handlingspunkt behovet for en felles europeisk antibiotikapolitikk. Komiteen mener imidlertid at faren for at en kan få en situasjon uten effektive antibiotika er meget alvorlig og global i sin karakter. I mange ikke-vestlige land er det utstrakt salg av antibiotika uten resept. Legene gir ut antibiotika helt unødvendig, noe som blant annet skyldes manglende kompetanse hos helsepersonell. Problemet er i tillegg knyttet til fattigdomsfellen, å satse direkte på antibiotika blir lett et alternativ for fattige mennesker som ikke har råd til mange legebesøk eller til behandling i sykehus som uansett er meget dårlig. Som så mange andre helseutfordringer kan antibiotikaresistens etter komiteens oppfatning ikke løses uten en styrking både av utdanning, helsesystemer og allmenn fattigdomsbekjempelse.

Etter komiteens syn må Norge i samarbeid med andre land aktivt framskynde forpliktende tiltak også gjennom WHO og andre globale organer. Komiteen ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en vurdering av hvordan dette best kan gjøres.

### **Kunnskapsbasert politikk og forskning**

Komiteen mener en politikktutforming basert på forskning og systematisk kunnskapsutvikling vil bli stadig viktigere for å sikre at innsatsen for global helse gir best mulige resultater. En står også overfor stadig tydeligere vekselvirkninger mellom nasjonale og internasjonale helseutfordringer.

Komiteen viser til høringsnotatet av 20. mars 2012 fra Norges forskningsråd, som understreker dette. Komiteen sier seg enig i behovet for at innovative satsinger i helsetjenesten i utviklingsland må gjøres til gjenstand for følgeforskning «hvor vurderinger av effekt/nytte, eventuelle bivirkninger og kostnader er avgjørende for utformingen av hensiktsmessige tiltak». Forskningsrådets program «Global helse og vaksinasjonsforskning» (GLOBVAC) har et bredt fokus på arbeidet for å bedre kvinners og barns helse samt bekjempe smittsomme sykdommer.

Komiteen har notert seg at GLOBVAC-programmet vil satse sterkere på helsesystem- og implementeringsforskning samt innovasjon i programperioden 2012–2020.

Komiteen har videre merket seg at Norsk Helsenettverk for Utvikling i et notat til komiteens høring om meldingen kom med flere utfyllende forslag for det videre arbeid med global helse. Nettverket påpeker at norske helseforetak og utdanningsinstitusjoner har et stort uforløst potensial som bidragsyter til å nå målene i meldingen. Komiteen registrerte at Norsk Helsenettverk for Utvikling blant annet påpekte: 1. At de savnet en tydeliggjøring av norske utdanningsinstitusjoners mulige bidrag til å virkeliggjøre målsettingene i meldingen. 2. At de også savnet en tydeliggjøring av behovet for å bygge ressursmiljøer i lav- og mellominntektsland og det bidrag som norske helseforetak og utdanningsinstitusjoner kan ha i dette arbeidet. 3. At de mener at internasjonalt arbeid rettet mot bidrag til global helse bør tydeliggjøres i helseforetakenes oppdragsdokument. Komiteen forutsetter at regjeringen tar disse innspillene med i vurderingen av det videre arbeid for å styrke Norges helhetlige innsats for global helse.

### **Nytenkning, resultatorientering og forutsigbarhet**

Komiteen har positivt merket seg at global helse er ett av de områder som har vært mest preget av innovasjon det siste tiåret. Involvering og ansvarliggjøring av ikke-statlige aktører har kommet langt, og komiteen konstaterer at ressursmobilisering ut over statlige bistandsbevilgninger er utbredt innenfor dette utviklingsområdet.

Nytenkning og risikovilje kombinert med høye krav til kvalitetssikring har gjort at det gjennom utradisjonelt brede partnerskap er utviklet nye og innovative finansieringsmekanismer og organisasjonsmodeller. Norge har bidratt aktivt i dette nybrottsarbeidet. Komiteen konstaterer at det har resultert i nye, resultatbaserte ordninger som GAVI, med partnere fra et bredere spekter enn stater og multilaterale organisasjoner.

Komiteen ser det som ønskelig at Norge fortsetter å bidra til utviklingen av innovative finansieringsmekanismer som kan mobilisere nye ressurser til utvikling bl.a. innen global helse, slik man eksempelvis har gjort gjennom finansieringsmekanismen for immunisering, The International Finance Facility for Immunisation (IFFIm). Samarbeidet med likesinnede land om slike løsninger er en viktig oppgave for politiske myndigheter. Like viktig er det å sikre langsiktighet og bærekraft i den satsing man setter i gang, for eksempel gjennom økende krav til medfinansiering fra landene selv etter hvert som deres økonomi vokser.

Et annet eksempel som komiteen vil framheve, er etableringen av legemiddelinnkjøpsordningen UNITAID. Den innhenter på nyskapende vis midler både fra nasjonale avgifter og ordinær bistand.

Et tredje eksempel som komiteen vil vise til, er den økte viljen til private investeringer i medisiner mot sykdommer som særlig rammer de fattigste land, og hvor det derfor i utgangspunktet ikke har foreligget kjøpekraft nok til å utløse investeringer i kapital-krevende vaksineutvikling.

Komiteen anser det positivt at Gates-stiftelsen sammen med legemiddelindustrien og vaksineprodusenter har fått fram nye samarbeidsmodeller innen forskning, utvikling og innkjøp av medisiner og vaksiner, noe som har ført til økt konkurranse og press på prisene ved at legemiddelindustrien i sør nå er i framvekt.

Komiteen viser til at Norge og Storbritannia også støtter et eget fond i regi av Verdensbanken for å teste ut modeller for resultatbasert finansiering, blant annet i samarbeid med Det globale fondet for tuberkulose, hiv/aids og malaria.

Komiteen erkjenner at slike innovative finansieringsmodeller kan være lettere å mobilisere ressurser til om målsettingene er sektorspesifikke og resultatene lett målbare. Langsiktig arbeid med normative og mer allmenne målsettinger er ikke like enkle å angi resultatmål for og dermed mobilisere penger til. Komiteen vil for eksempel understreke at utviklingen av landsdekkende helsesystemer med kvalifisert personell og nødvendig utstyr til stede i alle deler av hvert land er en nødvendig betingelse for å lykkes. Uten det kan det ikke skapes en vedvarende evne til å nå fram med nødvendig helsehjelp til hele befolkningen og livreddende vaksiner til alle barn i hvert nytt årskull.

Her er man ennå langt fra full dekning, og komiteen ser det som positivt at den brede enighet om hovedlinjene i norsk innsats for global helse, herunder styrking av helsesystemer, videreføres i meldingen.

Komiteen vil også understreke behovet for at Norge allerede nå forbereder seg på en framtid der økende problemer med livsstilsrelaterte og andre ikke-smittsomme sykdommer vil stå mer sentralt. Konsekvenser av klimaendringer og urbanisering er blant de andre utfordringer i arbeidet for global helse som komiteen forutser vil stille økende krav om norsk innsats. Internasjonalt så vel som nasjonalt mener komiteen at evne til å håndtere endringer vil forbli sentralt for å lykkes i arbeidet for å sikre best oppnåelig helse for alle.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at det er bred enighet blant

partiene på Stortinget om at arbeidet med globale helse- og vaksineinitiativ skal prioriteres i utviklingspolitikken. Disse medlemmer vil imidlertid slå fast at enkeltmennesket har et selvstendig ansvar for egen helse og velferd uansett hvor man bor i verden og at det ikke er noen løsning å frita noen fra dette ansvaret. Enkeltmennesket har krav på en personlig frihet til å leve sitt liv slik man selv ønsker, selv om ens livsførsel ikke alltid er helt og fullt i samsvar med de oppleste og vedtatte helsepolitiske sannheter, og at denne livsførselen kan bidra til svekket helse. Disse medlemmer mener samtidig at det er den enkelte stats plikt innenfor mandatet fra velgerne å sørge for grunnleggende helsetjenester for egen befolkning, og at denne plikten verken kan eller må overføres til internasjonale organisasjoner og bistandsgivere. Et grunnleggende element i enhver samfunnskontrakt mellom et lands innbyggere og landets myndigheter er, slik disse medlemmer ser det, at sistnevnte er ansvarlige overfor førstnevnte og ikke overfor det internasjonale giversamfunnet.

Disse medlemmer er av den oppfatning at godt statsstyre og økonomisk vekst er forutsetninger for at helsepolitikken skal virke. Befolkningen i land med demokrati, respekt for menneskerettighetene, kapitalisme, markedsøkonomi og frihandel har med få unntak en god helsesituasjon og høy levealder. Det er viktig at de fattige landene blir integrert i den globale økonomien. På denne måten kan de utvikle en robust økonomi, et eksportrettet næringsliv, vekst, velstand og bedre helse for alle. For å oppnå dette er det blant annet nødvendig, slik disse medlemmer ser det, med fortgang i utbyggingen av kraftproduksjonen, og utbygging av infrastruktur, spesielt veier, havner, og distribusjonsnett for vann og energi.

Disse medlemmer viser til meldingens påstand under sammendraget om at «svakt utbygde og sårbare helsesystemer, samt den globale helsepersonellkrisen, utgjør de største utfordringene for å redusere sykdomsbyrde, særlig i utviklingsland». Det er disse medlemmers mening at regjeringen med dette avpolitiserer problemformuleringen og aktivt bidrar til å underkommunisere utfordringer knyttet til dårlig styresett, korrupsjon, byråkrati, svinn knyttet til medisiner og høye tariff, avgifter og tollsatser knyttet til befolkningens tilgang til disse i u-landene. Disse medlemmer viser blant annet til Africa Development Indicators 2010 hvor det slås fast at den «stille korrupsjonen» hvor offentlige tjenestemenn unnlater å yte tjenester som myndighetene, ofte i samarbeid med internasjonale donorer, har betalt for, er omfattende og systematisk i Afrika og bidrar til å hindre utvikling.

Disse medlemmer registrerer regjeringens påpeking i sammendraget om at norsk global helsepolitikk skal være kunnskapsbasert. Det er etter



disse medlemmers mening åpenbart og en forutsetning at alle deler av norsk utviklingspolitikk må være kunnskapsbasert.

Disse medlemmer registrerer at regjeringen i meldingen har en rettighetsbasert tilnærming til global helse og at dette anses å være et globalt fellesgode, noe som har følgende implikasjoner:

«Dermed vil en markedsstyrt tilførsel av fellesgoder ikke møte samfunnets behov. En kollektiv satsing er nødvendig. På nasjonalt nivå vil dette ofte være et myndighetsansvar, og sikres gjennom virkemidler som skatt, regulering og offentlig forbruk.»

Gitt en definisjon av helse som et globalt fellesgode vil dette, slik disse medlemmer ser det, ha omfattende og alvorlige implikasjoner for nasjonal suverenitet, pluralisme og mangfold i tjenestetilbyding samt ivaretagelse av de grunnleggende menneskerettighetene slik disse er formulert i den universelle menneskerettighetserklæringen av 1948.

Disse medlemmer viser til rapporten «The determinants of health expenditure – A country-level panel data analysis» utarbeidet av forskerne Xu, Sak-sena og Holly tilknyttet Verdens Helseorganisasjon (WHO, desember 2011) som slår fast at mens bevilgningene til helse varierer mellom mindre enn 5 til 15 pst. av BNP i verdens land, så er det ingen forskjell i helsebevilgninger mellom skattebaserte og forsikringsbaserte finansieringsmekanismer. Det er dermed, slik disse medlemmer ser det, ingen forskjeller i bevilgninger og satsing på helse mellom markedsstyrte, private helsesystemer og systemer som finansieres gjennom det offentlige. Disse medlemmer registrerer samtidig studiens konklusjoner om at ombyttbarhet, hvor bistand reduserer nasjonale myndigheters bevilgninger til helse, er et betydelig problem.

Disse medlemmer mener at skiftet fra å fokusere på grunnleggende «negative rettigheter» som ytringsfrihet, trosfrihet og forsamlingsfrihet til å fokusere på retten til helse, mat, vann og en rekke andre områder, har en rekke implikasjoner. Førstnevnte, de sivile og politiske rettighetene slik disse i utgangspunktet fremkommer i den universelle menneskerettighetserklæringen, ble ansett for å være nettopp universelle, mens økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter ble ansett for å være av en annen karakter, samt vanskelig, om ikke urealistisk å håndheve på det individuelle plan. Disse medlemmer viser til at retten til helse slik denne er formulert i ECOSOCs opprinnelige dokument (UN Doc. E/CN.4/544, 18. april 1951) av WHOs tidligere direktør skal variere mellom hvert land «with due allowance for their resources, their traditions and for local conditions. Some Governments with immense financial resources can concentrate on highly specia-

lized problems and provide measures which only benefit a very small number of people, while others have still to create a medical profession and health services before they can contemplate action of any kind».

Disse medlemmer viser til at FNs menneskerettighetsråd har utnevnt en rekke spesialrapportører som blant annet rapporterer om rettighetene til mat, vann og sanitær og helse, hvis sistnevnte har som tittel «Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health».

Slik disse medlemmer ser det, er det umulig slik det forutsettes i debatten rundt global helse som en menneskerettighet å skulle sikre at alle har «highest attainable standard» samtidig. Ei heller bidrar retten til helse til å løse problemstillinger knyttet til prioriteringer mellom ulike rettigheter, slik disse medlemmer ser det. Ingen stater kan bruke «maximum of available resources» på flere områder samtidig.

I Brasil, hvor retten til helse er definert i grunnloven, har dette medført et utall søksmål fra enkeltborgere som mener at denne rettigheten ikke er oppfylt. Dette har igjen medført enorme kostnader og press på det nasjonale rettssystemet, noe som igjen har bidratt til økt ulikhet. Gjerne er det også de med de største intellektuelle og økonomiske ressurser som benytter rettssystemet, noe som etter disse medlemmers mening fører til større og ikke mindre ulikhet i befolkningen.

Det er, slik disse medlemmer ser det, ikke uten grunn at de landene som ofte er de sterkeste tilhengerne av å utvide de grunnleggende menneskerettighetene til å omfatte stadig flere samfunnsområder, også er de landene hvor disse grunnleggende rettighetene står svakest.

Da FNs generalforsamling 28. juli 2010 stemte over forslaget om å anerkjenne tilgang til rent vann og sanitærtjenester som en menneskerettighet, så avsto 41 medlemsland fra å stemme, deriblant Danmark, Sverige, Island, Storbritannia og USA. Norge stemte for forslaget. Disse medlemmer viser til at om lag 1,1 mrd. mennesker globalt mangler grunnleggende tilgang til rent vann og sanitærtjenester, og samtidig at over 95 pst. av tjenestetilbyding knyttet til dette området er ivarettatt av offentlige myndigheter i utviklingslandene. Ved å definere helse, og dermed i dette tilfellet også vann, som et globalt fellesgode og en menneskerettighet, legges ansvaret for oppfyllelse av denne rettigheten til offentlige myndigheter, som til syvende og sist også er ansvarlig for at nettopp den samme tjenesten ikke er levert. En rettighetsbasert tilnærming til helse, som regjeringen legger til grunn, vil derfor ikke muliggjøre markedsstyrte tilførsler eller markedsbaserte løsninger på

problemet. Dette vil ha alvorlige og omfattende konsekvenser for de land og samfunn hvor vann og sanitærtjenester tilbys av private virksomheter, som igjen vil, slik disse medlemmer ser det, bidra til å undergrave velstandsutvikling og fattigdomsreduksjon i disse u-landene.

Disse medlemmer viser til følgende formulering i meldingen under kapittel 5.2 Konsensutbygging og mobilisering:

«Ressursmobilisering er ytterligere en grunn til å vektlegge det politiske arbeidet globalt. En oppnåelse av målet om 0,7 prosent av BNI i bistand fra de rike landene, og allokering av 15 prosent av nasjonalbudsjettet til helse i fattige land er anslått å ville føre til en dobling av innsatsen til helse globalt per innbygger, fra USD 25 til USD 50.»

Samtidig viser disse medlemmer til følgende formulering under meldingens kapittel 5.3 Nytenkning og resultatorientering:

«Verdens helseorganisasjon anslår at så mye som 20-40 prosent av verdens helseforbruk forspilles som følge av ineffektiv ressursbruk.»

Disse medlemmer har vanskelig for å se for seg hvordan økt bistand og allokering av 15 pst. av statsbudsjettene i u-land til helse skal bidra til bedre velstand og levekår i disse landene når regjeringen selv viser til at nesten halvparten av dagens bevilgninger går bort i ineffektivitet.

Disse medlemmer viser til at Globale fond for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria (GFATM) ble etablert i januar 2002, og var således 10 år i januar 2012. Disse medlemmer er kjent med at det i løpet av de siste årene er avdekket omfattende og systematisk korrupsjon og mislighold av fondets midler i en rekke land, og at fondet som sådan har hatt mangelfulle eller utilstrekkelige rutiner for avdekking av mislighold, noe som blant annet medførte at en rekke donorer valgte å fryse midlene til fondet. I november 2011 vedtok fondets styre en såkalt Consolidated Transformation Plan med den hensikt blant annet å utvikle bedre rutiner for å avdekke mislighold, og Gabriel Jaramillo ble utnevnt til ny leder. Disse medlemmer stiller seg positive til den nye lederens arbeid med å strømlinjeforme og effektivisere arbeidet i fondet, og ser således frem til resultatene av dette arbeidet.

Disse medlemmer viser til studien «Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis» publisert av forskerne Lu m.fl. (2010) i det anerkjente medisinske tidsskriftet the Lancet, som påviser at mens andelen av nasjonale myndigheters budsjett som gikk til helse økte i mange land i perioden 1995 til 2006, så falt denne andelen i mange land sør for Sahara. Studien konkluderer med at helsebistand til nasjonale myndigheter

hadde en negativ påvirkning på disse myndighetenes bevilgninger til egne helsetiltak, slik at for hver USD i bistand ble bevilgningene til helse fra landenes egne budsjetter redusert fra mellom 0,43 til 1,14 USD. Disse medlemmer er kjent med at den aktuelle studien publisert i the Lancet er kritisert fra en rekke hold blant annet på bakgrunn av metodebruk og generalitet, men samtidig påviser flere nyere studier også at fungibilitet eller ombyttbarhet er en betydelig utfordring i bistanden generelt og i helsebistanden spesielt. På denne bakgrunn mener disse medlemmer at regjeringen bør legge frem en oversikt over tilfeller hvor denne problemstillingen berører norsk bistand.

Disse medlemmer viser til at vaksinealliansen GAVI i januar 2012 avdekket misbruk av pengebaserte programmer, såkalte cash grants til Niger og Kamerun tilsvarende om lag 6,7 mill. USD. Disse medlemmer er kjent med at GAVI har krevd pengene tilbakebetalt av mottakerlandene og at dette er oppnådd. Samtidig er disse medlemmer også kjent med at GAVI i senere tid har avdekket misbruk av midler til helsesystemfinansiering i Mali og Uganda og at disse sakene behandles etter samme prinsipper. Alliansen undersøker også mulig misbruk av midler i Elfenbenskysten.

Disse medlemmer registrerer at evalueringsresultatene er uklare med hensyn til effekt av de pengebaserte programmene under GAVI, at dette skyldes programmene, er vanskeligere å evaluere enn GAVIs innkjøp av vaksiner og at utfordringene er knyttet til metode, svake statistikk- og målesystemer på landnivå og vanskeligheter med å skille effekten av vaksinealliansens bidrag fra andre tiltak. Disse medlemmer viser til at Norge er en betydelig bidragsyter til GAVI, og forutsetter at regjeringen i samråd med andre donorer bruker sin representasjon i styrende organer til å fremme tiltak som aktivt retter opp de nevnte forhold og bidra til å utvikle gode tiltak for å unngå misbruk og mislighold av alliansens midler.

Disse medlemmer viser for øvrig til Fremskrittspartiets merknader i Innst. 7 S (2011–2012) Statsbudsjettet for 2012, jf. merknader under kap. 169 Globale helse- og vaksineinitiativ.

## Uttalelse fra helse- og omsorgskomiteen

Helse- og omsorgskomiteen viser til utenriks- og forsvarskomiteens utkast til innstilling datert 9. mai 2012.

Helse- og omsorgskomiteens medlemmer slutter seg til utenriks- og forsvarskomiteens utkast til innstilling til Meld. St. 11 (2011–2012) Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken, og har ingen ytterligere merknader.

### **Komiteens tilråding**

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til meldingen og rå Stortinget til å gjøre slikt

v e d t a k :

Meld. St. 11 (2011–2012) – Om global helse i utenriks- og utviklingspolitikken – vedlegges protokollen.

Oslo, i utenriks- og forsvarskomiteen, den 16. mai 2012

**Ine M. Eriksen Søreide**

leder

**Dagfinn Høybråten**

ordfører

