

# Udviklingsbistand på sundhedsområdet – et globalt perspektiv

Seniorrådgiver Jørn Heldrup

Beskrivelser af sundhedstilstanden i udviklingslandene er ofte ganske nedslående. Men faktisk er der i løbet af de seneste årtier sket en klar forbedring af sundhedstilstanden i mange udviklingslande. Nogle af verdens fattigste udviklingslande som f.eks. Mozambique og Tanzania har de seneste 5-10 år opnået en betydelig reduktion i børnedødeligheden for børn under fem år. En veldokumenteret udvikling, der bygger på internationalt anerkendte studier gennemført med jævne mellemrum (3-5 år) i de enkelte udviklingslande gennem de seneste 20 år (*Demographic and Health Surveys*).

## Sundhedstilstanden og sygdomsbyrden i udviklingslandene

I perioden 1960-1995 steg middellevetiden i de fattigste udviklingslande med 22 år, hvorimod middellevetiden i de industrialiserede lande i samme periode kun steg med otte år [1]. Men trods forbedringen er der stadig betydelige og stigende uligheder, både hvad angår sygdomsbyrden mellem de industrialiserede lande og udviklingslandene og i det enkelte udviklingsland. 99% af verdens børne- og møredødelighed forekommer i udviklingslandene og er tæt korreleret til fattigdom [1]. Ifølge Danidas årsberetning for 2004 lever mere end 1 mia. mennesker for mindre end 1 US \$ om dagen, heraf ca. 300 mio. i Afrika syd for Sahara. Det svarer til hen ved halvdelen af befolkningen [2].

Over de seneste ti år er den positive tendens fortsat i de fleste lavindkomstlande, mens det er gået stik modsat i landene i Afrika syd for Sahara, hvor der er en høj hiv/aids-sygdomsbyrde. I udviklingslandene med lav hiv/aids-sygdomsbyrde steg middellevetiden i perioden 1990-1999 med 3,3 år, hvorimod den faldt med 3,6 år over den samme periode i landene med høj hiv/aids-sygdomsbyrde [1]. I 2003 var der ifølge FN's samfinansierede aids-program, UNAIDS, 35 lande i verden med en hiv-forekomst på mere end 2% af den voksne befolkning i alderen 15-49 år, heraf var de 29 lande i Afrika syd for Sahara.

Den høje børnedødelighed i udviklingslandene skyldes hovedsageligt de samme tre sygdomme i dag som for tyve år siden, nemlig diare, lungebetændelse og malaria [3]. Det er sygdomme, som alle kan helbredes med gængse og billige sundhedsydelse, der ligger inden for rammerne af de fattige udviklingslandes sundhedsbudgetter, og det antages, at hen ved to tredjedele af de godt 10 mio. børn, der hvert år dør, inden de bliver fem år, kunne have været reddet, hvis gængse og billige sundhedsydelse var til rådighed [3].

## Hvad gør udviklingslandene for at vende udviklingen?

I de seneste årtier har udviklingslandene været præget af en række reformbølger, der har haft til formål at sikre hele befolkningen adgang til basale forebyggende og behandlende sundhedsydelse. Den første reformbølge var inspireret af WHO's og Unicefs primære sundhedsplejestrategi (*primary health care*), der blev lanceret i 1978 i *Alma Ater* og byggede på erfaringer fra bl.a. Cuba, Kina, Sri Lanka og Tanzania [4]. Reformen påvirkede udviklingen af sundhedssektoren i langt de fleste udviklingslande i løbet af 1980'erne og 1990'erne, men med meget blandede resultater.

Den primære sundhedsplejestrategi fokuserede på basale sundhedsydelse for især de fattige leveret af paramedicinsk personale. Sundhedsreformerne i udviklingslandene i det seneste årti har derimod fokuseret mere på at levere en række effektive sundhedsydelse, der reducerer sygdomsbyrden, til hele befolkningen med inddragelse af alle niveauer af sundhedssystemet (det primære såvel som det sekundære og det tertiære sundhedssystem) [4]. Med de aktuelle reformer anerkendes det desuden, at nok er det den offentlige sektors ansvar at sikre befolkningen adgang til sundhedsydelse, men at det ikke nødvendigvis er den offentlige sektor, der skal levere alle ydelserne [4]. Problemerne med finansieringen af sundhedssektoren har stået i centrum for reformbestræbelserne i det seneste årti, og der er kommet en stigende erkendelse af, at brugerbetaling for primære sundhedsydelse forringer den fattige befolkningens adgang til og forbrug af sundhedsydelse. Derfor arbejdes der i flere udviklingslande på at indføre forskellige former for nationale sygesikringsystemer. Målet er, at de, der har råd, betaler for ydelserne, hvorimod den fattige del af befolkningen skal sikres adgang til sundhedsydelse uden brugerbetaling [4].

## Gode resultater i Tanzania

Tanzanias eksempel viser, at der ved en målrettet og velkoordineret indsats kan opnås markante forbedringer i sundhedstilstanden selv med begrænsede ekstraudgifter. Sundhedssektoren er som i andre fattige udviklingslande i Afrika syd for Sahara præget af dårligt fungerende sundhedssystemer, der lider under akut mangel på såvel finansielle som personale-mæssige resurser. Sygdomsbyrden er præget af høje forekomster af malaria, hiv/aids, tuberkulose, underernæring og anæmi, og den fattige del af befolkningen er fanget i en ond cirkel: Fattigdom gør dem udsatte for sygdomme, og de er ofte ude af stand til at betale for den rigtige behandling. Dermed forringer sygdommen deres muligheder for at øge indtægterne til bl.a. at dække familiens fremtidige udgifter til fore-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

byggelse, behandling og lægemidler. Den onde cirkel er sluttet [5].

Den nuværende sundhedsreform i Tanzania blev igangsat i midten af 1990'erne med fokus på at styrke kommunernes kompetence og funktioner på sundhedsområdet. Desuden blev der lagt vægt på at få bedre overensstemmelse mellem resurseanvendelsen og den aktuelle sygdomsbyrde. Det skete bl.a. ved at styrke kommunernes kapacitet og kompetence til at planlægge og prioritere resurseanvendelsen på sundhedsområdet, ved målrettet efteruddannelse af personalet og ved at udvikle nye planlægningsværktøjer og finansiere effektive behandlingstilbud rettet mod de vigtigste sygdomme.

I 2004 begyndte de første positive resultater af reformen at vise sig i de kommuner, hvor de nye planlægningsværktøjer var udviklet og testet. Resultaterne var imponerende: Børnedødeligheden for børn under fem år var faldet med 40% i de fem år, der var gået efter introduktionen af de nye planlægningssystemer, og dødeligheden i aldersgruppen 15-60 år var faldet med 18% [5]. I 2005 kom de første landsdækkende resultater, og de bekræftede succesen: Spædbørnsdødeligheden for Tanzania som helhed var faldet med 32% og børnedødeligheden med 25%. Desuden var børnedødeligheden for børn under fem år faldet med 28% siden 2000 [6].

### Den globale bistand på sundhedsområdet

Efter mange års stagnation i udviklingsbistanden fra de rige industrialiserede lande til de fattige udviklingslande kunne Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling, OECD, for første gang for 2004 rapportere om en markant stigning [7]. På sundhedsområdet har den officielle udviklingsbistand fra OECD-landene ligget på omkring 3,5 mia. US\$ om året i de seneste år. Men for de kommende år er der givet tilsagn om bistand til sundhedsområdet på henved 7,5 mia. US\$ årligt [7]. Der kan således forventes en markant stigning i udviklingsbistanden til sundhedsområdet i de kommende år - hvis løfterne indfries.

Udviklingsbistanden på sundhedsområdet har i de seneste år været fokuseret på at støtte udviklingslandene med at nå en række internationalt fastlagte udviklingsmål, Millennium Development Goals (MDG)/2015-målene, hvoraf tre er relateret direkte til sundhed: mål 4: at nedbringe børnedødeligheden med to tredjedele, mål 5: at nedbringe dødeligheden blandt gravide og fødende kvinder med tre fjerdedele og mål 6: at stoppe spredningen af hiv/aids og andre smitsomme sygdomme.

### Nye globale sundhedsfonde

Med udgangspunkt i 2015-målene på sundhedsområdet og i erkendelse af, at den globale sygdomsbyrde kan reduceres betydeligt gennem kendte og effektive sundhedsydelser, er der i de seneste år blevet etableret en række globale sundhedsfonde for at styrke indsatsen på disse områder. Den Globale Fond til bekæmpelse af Aids, TB og Malaria (GFATM) blev oprettet i januar 2002 med det formål at yde støtte til ud-

### Faktaboks

Udviklingen på sundhedsområdet går i den rigtige retning i mange udviklingslande.

Sundhedsreformerne i en række af de fattigste udviklingslande giver resultater i form af faldende børnedødelighed.

Målrettet udviklingsbistand på sundhedsområdet kan være med til at forbedre sundhedstilstanden i selv de fattigste udviklingslande.

viklingslandene til offentlige og private projekter, der sigter på at forebygge og behandle hiv/aids, tuberkulose og malaria. Fonden har ved udgangen af 2005 godkendt projekter for henved 4,4 mia. US\$ i 128 lande og har ved udgangen af 2005 været med til at sikre, at henved 7,7 mio. insektmiddelbehandlede malarianer er til rådighed, at henved 1 mio. tuberkulosepatienter har modtaget medikamentel behandling, og at godt 400.000 aids-patienter har modtaget antiretroviralbehandling [8].

Den Globale Vaccine Alliance (GAVI) blev oprettet i 2000 med det formål at sikre alle børn i udviklingslandene adgang til rutinemæssige børnevaccinationer og nye vacciner mod alvorlige børnesygdomme. GAVI har ved udgangen af 2005 godkendt bevillinger på henved 1,6 mia. US\$ til 75 udviklingslande, og de foreløbige beregninger viser, at støtten fra GAVI har været med til at forhindre 1,7 mio. dødsfald blandt børn i de seneste fem år [9].

Både GFATM og GAVI har gennem de seneste år erkendt, at det ikke er nok at finansiere nationale programmer rettet mod specifikke sygdomme for at opnå langsigtede bæredygtige resultater. De to udviklingsfonde har derfor åbnet op for støtte til at styrke modtagerlandenes sundhedssystemer med fokus på den primære sundhedstjeneste, sundhedspersonale og de logistiske systemer, der gør det muligt at levere basale sundhedsydelser selv i ofte uvejsomme områder i udviklingslandene.

### Behov for bedre og mere effektiv udviklingsbistand

Der er gennem de seneste år opnået bred enighed blandt udviklingslandene, donorerne og de internationale organisationer om hovedpunkterne til en strategi for at støtte udviklingslandene i at nå 2015-målene på sundhedsområdet. Strategien forudsætter større sundhedsbudgetter og dermed øget bistand til sundhedsområdet, en bedre udnyttelse af de eksisterende bevillinger og af bistanden til sundhed, mere personale og en bedre mål- og resultatstyring af de enkelte modtagerlandes og donorers indsats [10]. Foruden de ovenstående prioriteringer vil den konkrete tilrettelæggelse af udviklingsbistanden på sundhedsområdet være afgørende for at sikre en fortsat positiv og bæredygtig udvikling af sundhedssektoren og sundhedstil-

standen i de fattigste modtagerlande. I den sammenhæng er det vigtigt, at FN-organisationerne, udviklingsbankerne og donorlandene følger de principper for god udviklingsbistand, der blev fastsat i Paris i 2005 under ledelse af OECD (Paris Declaration), og at der sikres en mere balanceret finansiering af sundhedssektoren med øget vægt på en generel styrkelse af kapaciteten i modtagerlandenes sundhedssystemer.

Korrespondance: *Jørn Heldrup*, Stenløkken 132, DK-3460 Birkerød.  
E-mail: heldrupj@dadlnet.dk

Antaget: 9. april 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

#### Litteratur

1. Sida. Policy for Health and Development. Stockholm: Swedish International Development Cooperation Agency, 2002.
2. Danidas årsberetning 2004. København: Udenrigsministeriet, 2005.
3. Claeson M, Gillespie D, Mshinda H et al. Knowledge into action for child survival. *Lancet* 2003; 362: 323-7.
4. WHO. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
5. De Savigny D, Kasale H, Mbuya C et al. Fixing Health Systems. Ottawa: International Development Research Centre, 2004.
6. Tanzania Demographic and Health Survey 2004-05. Preliminary Report. Calverton: Measure DHS, 2005.
7. DAC. Development Co-operation Report 2005. Paris: OECD, 2005.
8. [www.theglobalfund.org/](http://www.theglobalfund.org/) januar 2006.
9. [www.vaccinealliance.org/](http://www.vaccinealliance.org/) januar 2006.
10. Claeson M, Wagstaff A. The Millennium Development Goals for Health. Rising to the Challenges. Washington: The World Bank, 2004.

## Danmarks globale ansvar – den danske bistandspolitik

Udviklingsminister Ulla Tørnæs

Danmark indtager en fornem førerposition som et af de lande i verden, der yder mest i udviklingsbistand pr. indbygger. Vi lægger i regeringen stor vægt på at fastholde vores position. Derfor skal vi vedblive at bruge mindst 0,8% af bruttonationalindkomsten på udviklingsbistand, dvs. langt mere end den internationale målsætning på 0,7%. Personligt glæder jeg mig meget over, at en række lande har besluttet at følge trop og øge deres udviklingsbistand. Ikke mindst lande inden for EU, hvor vi sidste år vedtog konkrete mål for, hvordan medlemslandene skal nå 0,7%-målsætningen i 2015 med et mellemliggende mål på 0,56% i 2010. Det er beslutninger, der giver et rigtigt godt udgangspunkt for at fastholde EU's medlemslande på en øget udviklingsindsats.

På det overordnede plan – i forhold til at sikre øgede finansielle resurser til udviklingslandene – er vi altså på rette vej. Men det er ikke kun et spørgsmål om flere penge. Vi må også konstant arbejde for at sikre, at midlerne anvendes så effektivt som muligt til gavn for verdens fattige. I den sammenhæng er det helt afgørende at samarbejde tæt med de nationale myndigheder i de lande, vi støtter, ligesom det er vigtigt at koordinere indsatsen med andre donorer. Vi støtter udvikling af systemer, der kan forbedre planlægningen og gennemførelsen af udviklingsprogrammer. Og vi prioriterer og fokuserer vores indsats der, hvor behovet og effektiviteten er størst.

### Globale målsætninger

Mange steder i Afrika dør der fortsat flere end 150 børn pr. 1.000 levendefødte barn under fem år. I vores del af verden dør der under 25. Gennemsnitslevealderen for mænd i f.eks. Zambia er 39 år. I Danmark er den 75 år. I Zambia dør 750 ud

af hver 100.000 kvinder i barselssengen. I Danmark er det under 10. Disse tal er blot få eksempler, der illustrerer, hvor stor en forskel det gør, om man er født i Zambia eller i Danmark. De illustrerer også betydningen af sundhedssektoren.

Udviklingsbistandsindsatsen på sundhedsområdet skal tage udgangspunkt i netop disse udfordringer.

Gennem de seneste år er globale sundhedsspørgsmål kommet mere i fokus. I 2000 illustrerede en rapport fra WHO [1] sammenhængen mellem fattigdom og dårlig sundhedstilstand og dokumenterede, hvordan sygdomsbyrden i de fattigste lande underminerer landenes udviklingsmuligheder. Investeringer i forbedret sundhed ville som følge heraf, konkluderede man i rapporten, ikke blot forbedre leveforholdene for det enkelte menneske, men også virke stimulerende på den økonomiske udvikling og muliggøre en generel forøgelse af levestandarden.

Da verdens ledere i 2000 vedtog de otte 2015-mål, der som overordnet mål har at reducere fattigdom og skabe bæredygtig udvikling, var sundhedsområdet igen i centrum. Tre af de otte mål vedrører sundhed direkte: mål 4 om at nedbringe børnedødelighed, mål 5 om forbedret mødresundhed og mål 6 om bekæmpelse af hiv/aids, malaria og andre smitsomme sygdomme.

### Øget international støtte til sundhedsområdet

Den stigende internationale prioritering af sygdomsbekæmpelse og fremme af sundhedstilstanden i verdens fattigste lande er fulgt op af øget støtte fra det internationale samfund. I de senere år har man kunnet se en markant stigning i udviklingsbistanden på sundhedsområdet. Særligt epidemier af smitsomme sygdomme har fået stor opmærksomhed. De helt overvældende konsekvenser af hiv/aids-epidemien, specielt i en række fattige udviklingslande i det østlige og sydlige