

# Er investeringer i helse økonomisk lønnsomt?

Alle med sunn skepsis til helsevesenets betydning for folkehelsen har lært seg at reduksjonen i sykkelighet og dødelighet i Europa og USA som startet i siste halvdel av det 17. århundre, i større grad kan tilskrives utviklingen av industrisamfunnet enn de store fremskritt innen medisinen eller økte ressurser til helsevesenet. Diskusjonen har i større grad dreid seg om hvilke forhold ved industrisamfunnet som førte til redusert mortalitet (1).

McKeown for eksempel, hevder at bedringen i folkehelsen var et resultat av den økonomiske veksten som gav redusert fattigdom og bedret ernæring (2), mens Szreter forfekter at de offentlige reguleringer og lover førte til bedre hygiene, mindre barnarbeid og mer utdanning og derigjennom endring av helseindikatorer (3). De fleste medisinhistorikere er likevel enige om at bedring av helsetilstanden var et produkt av industriutviklingen og ikke omvendt.

Kommisjonen for makroøkonomi og helse (4) som nylig la frem sin rapport for generaldirektøren i Verdens helseorganisasjon, Gro Harlem Brundtland, ser på sett og vis bort fra de historiske kjensgjerninger. Med stor frimodighet og entusiasme postulerer rapporten at en bedre helsetjeneste gir friskere mennesker som igjen gir økt produktivitet og derved økonomisk vekst og redusert fattigdom i utviklingslandene. Suksesskriteriet er å nå Millennium-utviklingsmålene som ble vedtatt av verdens ledere i 2000 (5).

## Kommentarer til rapporten

Kommisjonens store fortjeneste er at den gir håp om bedre forhold for verdens fattige, og at den kvantifiserer i økonomiske termer hva som skal til for at forhåpningen skal bli virkelighet. Spørsmålet er om vi tør tro på kommisjonens antakelser, analyser og konklusjoner. Vil vi noen gang oppnå at givelandene er villige til å yte 0,1% av BNI til utviklingshjelpemerkede helsetjenester for de fattigste? Og hvilke fattige land har, allerede om 5–10 år, kapasitet til å fordoble helsebudsjettet og levere helsetjenester etter mal fra kommisjonen?

Å skaffe tilstrekkelig med kvalifisert personell er allerede i dag en betydelig utfordring for de fleste utviklingsland i kjølvannet av HIV/AIDS-epidemien og den betydelige «hjerne eksport» som går fra sør til nord. Med kommisjonens foreslåtte ekspansjon av helsetjenesten vil gapet mellom behovet for og tilgjengeligheten til arbeidskraft øke dramatisk. Kommisjonen diskuterer dette problemet i liten grad, men innser at det trengs sterke incentiver for å bygge opp nødvendig kapasitet i fattige land.

Det neste spørsmålet blir om vi kan stole på forutsetningene som ligger til grunn i rapporten. Vil en storstilt oppbygging av essensielle helsepakker virkelig gi en reduksjon i sykkelighet og dødelighet? Det er nok av eksempler på at det ikke er noen klar sammenheng mellom ressurser i helsetjenesten og helseindikatorer, og sågar eksempler på omvendt proporsjonale forhold (6). Selv om enkelte studier viser en sammenheng mellom lav spedbarnsdødelighet (Infant Mortality Rate; IMR) og økonomisk vekst (4) er det vanskelig å finne belegg for at denne sammenhengen er universell for alle fattige land.

For det er økonomisk vekst rapporten lover. Med en IMR på 50–100 per 1000 levende fødte vil den økonomiske veksten være på 3,7%, mens den for land med en IMR på over 150 er på bare 0,1%. Tilsvarende vil en 10% bedring i gjennomsnittlig levealder gi en årlig økonomisk vekst på 0,3–0,4%. Beregningene i begge analysene tar utgangspunkt i et lands helseindikatorer ved starttidspunktet og sammenlikner økonomisk vekst i en tiårsperiode. Spørsmålet blir om

det er andre forhold enn helseindikatorer som virker inn på veksten, som disse studiene ikke har kontrollert for.

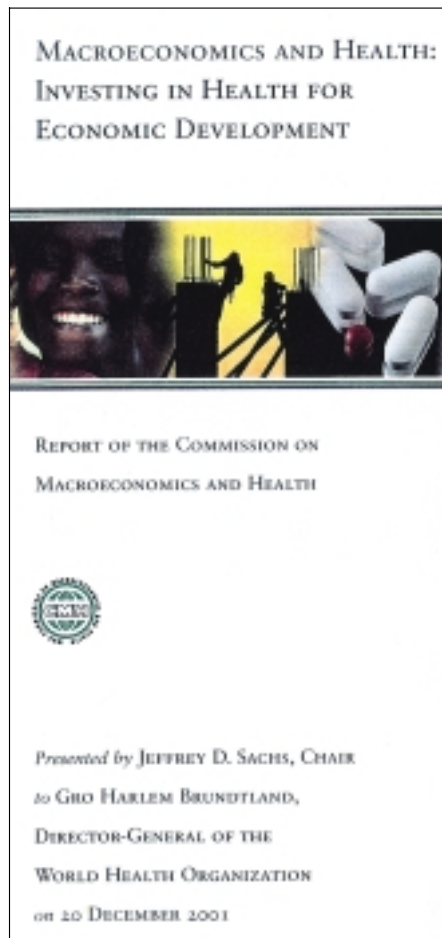
*World Development Report* fra 1993 (1) har mye felles tankegodt med rapporten om makroøkonomi og helse, men utgangspunktet er at økonomisk vekst er det sikreste middel for å bedre helsetilstanden i befolkningen. Tall fra *World Development Report* på aggregert regionnivå viser ingen sammenheng mellom inntektsvekst per capita fra 1975 til 1990 og barnedødelighet med utgangspunkt i tall fra 1975. Alle land i Asia med barnedødelighet langt over den vestlige og østlige del av verden har alle en høyere vekstrate (1).

Rapporten er bestilt av WHO og omhandler derfor helse. Verdensbanken har nylig utgitt en rapport som viser at det å arbeide med likestilling er økonomisk lønnsomt (7). I mange år er det blitt hevdet at utdanning er det som skal til for å få fart på økonomien og skape velstand i utviklingsland (1). Viktige elementer i velferdsoppbyggingen som tilstrekkelig og riktig sammensatt ernæring, vann- og sanitærressurser, fravær av krig/katastrofer, klimaendringer og tilgang til markeder er ikke-temaer i rapporten. Flere av disse temaene er derimot aktuelle for konferansen Rio+10 i september.

Kommisjonen foreslår at mindre lokalsamfunn går sammen om å drive inn en form for lokal «skatt/forsikringsordning» på \$1 per person som så blir toppet av staten. Målet er å gi grunnleggende kurative helsetjenester utover det som er foreslått i den essensielle helsepakken. Selv om dette er en god idé, er det ingen land så langt som har hatt suksess med en slik modell. Thailand er et av de land som har gjort et grundig forsøk (8). Modellene fra Bamako-møtet i 1987 hvor flere land forsøkte å bygge opp medikamentlagre som ble distribuert lokalt, ble heller ikke særlig vellykkede (9).

En av rapportens svakheter er den ensidige fokuseringen på «the magic bullet» som kan løse alle problemene: Om det bare er legemidler eller en vaksine tilgjengelig og et system for distribusjon, vil markedskreftene ordne resten. Det private og offentlige partnerskap med stort rom for private initiativ og tilpasning til det globale samfunnet går som en rød tråd igjennom rapporten. Et utsagn som illustrerer dette poenget finnes på side 29 hvor det står: ...«a scaled up war against disease is vital for the legitimacy of globalization» (4). Behovet for å legitimere ressurser til helsetjenester utover det å skulle helbrede, lindre og trøste syke mennesker, kan på sikt endre vårt syn på menneskeverdet.

Det legges altså opp til en betydelig privatisering av bistanden, særlig i form av of-



## Konklusjoner fra WHO's rapport om makroøkonomi og helse

- Fokuset er på forebygging, utredning og behandling av: HIV/AIDS, malaria, tuberkulose, svangerskapsrelaterede sykdommer, de vanligste barnesykdommer og tobakksrelatert sykdom, samt helsetjenestens infrastruktur, utdanningen av helsepersonell og ledelse/organisering. Vann, sanitære forhold, ernæring og generell utdanning er ikke en del av den foreslåtte satsing.
- Økt satsing på helse i den fattige verden gir betydelige gevinster også for rike land; redusert fare for medikamentell resistens (AIDS/tuberkulose), mulighet for å utrydde sykdommer som poliomyelitt og meslinger, eller sterkt redusere omfanget av malaria og tuberkulose gjennom en «masseeffekt» samt bidra til redusert sosial oro.
- For å oppnå full dekning av essensielle helsetjenester må lavinntektslandene øke forbruket av helsetjenester fra dagens \$21 per person til \$34 per person per år innen 2007 og til \$38 i år 2015. (De minst utviklede landene bruker i dag \$13 per person, men de rike landene er oppe i \$2000 per person per år). Ressursøkningen bør skje i offentlig sektor fordi mange av tiltakene er offentlige goder (vaksinering, etc.), og for å sikre tilgang for de fattigste.
- Kommisjonen har laget et «nytt» begrep som den kaller «close-to-client» (CTC)-systemet.

Det skal bestå av et enkelt sykehus med minst en lege og plass til ca. 100 pasienter, flere helsesentre og mindre helseposter i tillegg til ambulerende helsetjenester. Disse CTC-enhetene skal gi essensielle helsetjenester basert på den lokale epidemiologiske situasjonen med staten som leverandør og eventuelt kontraktør for frivillige organisasjoner (NGO).

- Kommisjonen vil sette av \$3 milliarder per år til forskning relevant for verdens fattigste hvorav \$1,5 bør gå til utvikling av nye vaksiner og medikamenter. I tillegg ønsker de å opprette et \$1,5 milliarders globalt helsetjenesteforskningsfond (GHRF) for forskning på epidemiologi og helsetjenesteforskning. Videre foreslår den at 5% av all prosjektstøtte settes av til forskning og utvikling.
- Den totale giverlandsstøtten som er nødvendig for at alle mennesker i verden skal få tilgang til essensielle helsetjenester er på \$27 milliarder innen 2007 og \$38 milliarder per år innen 2015 som tilsvarer en offisiell utviklingsstøtte (ODA) på 0,1% av BNI til helseformål. I dag er den totale ODA-støtten på 0,2% av BNI og til helse går det 0,01%. Om alle land økte sin ODA-støtte til 0,7% ville den totale støtten bli på \$200 milliarder i år 2007.

- Kommisjonen vil at alle land skal etablere en Nasjonal Kommisjon for Makroøkonomi og Helse (NCMH) ledet av helse- og finansministrene knyttet opp mot Poverty Reduction Strategy Plan (PRSP)-prosessene. En av WHO's oppgaver blir å skaffe epidemiologiske basisdata for NCMHs arbeid.
- Kommisjonen har beregnet at de foreslåtte tiltakene reduserer dødelighet av infeksjonssykdommer og fødselsrelaterede sykdommer med 8 mill. per år i 2015, noe som tilsvarer en reduksjon i DALY på 330 millioner. Om hver DALY er verdt en gjennomsnittlig årslønn, som i 2015 tilsvarer \$563, fører helsegevinsten til en økonomisk besparelse på \$186 milliarder per år i 2015. Vanligvis er en DALY verdt tre ganger inntekten som gir en direkte gevinst på over \$500 milliarder per år. Selv med det mest konservative estimatet er gevinsten ved helsetiltakene tre ganger så stor som utgiftene (\$66 milliarder).
- De virkelige gevinstene kan likevel bli langt høyere om den bedrede helsetilstanden sporer til økonomisk vekst gjennom å øke den demografiske transisjonen, øke investeringene i menneskelig kapital, øke sparingen, øke utenlandske investeringer og gi større sosial og makroøkonomisk stabilitet.

fentlige og private partnerskap. Den tradisjonelle bilaterale land-til-land-bistanden erstattes gradvis av multilaterale globale fond. Kommisjonen har ingen motforestillinger til denne utviklingen. Buse & Walt hevder i en oversiktsartikkel om globalt privat og offentlig samarbeid at kostnadene kan bli høye for mottakerlandene, at representativiteten til fattige land er svak og at ansvarsforholdene er uklare (10).

Mottakerorientering og fattigdomsbekjempelse er bærende prinsipper i norsk bistand. Kommisjonen er klar i sin prioritering av de fattigste og peker på at hvert enkelt land må ta utgangspunkt i egne utfordringer og tilgjengelige ressurser. Men kommisjonen stiller klare betingelser til mottakerlandene; fortsatte gaver fra giverne er avhengig av synbare resultater. Det er derfor ventelig at Matteus-profetiene oppfylles; «den som har, han skal få, og det i overflod. Men den som ikke har, skal bli fratatt selv det han har» (11).

### Konklusjon

Kommisjonen for makroøkonomi og helse klarer på en enkel, men samtidig tydelig måte å sette helse på den bistandspolitiske og bistandsfaglige agenda. Den gir viktige bidrag til forståelsen av sammenhenger mellom helseressurser, helsetilstand og økonomisk vekst. Samtidig er kommisjonens styrke også dets svakhet. Ved å sette søkelyset

ensidig på en sektor og igjen selv på en begrenset del av helsesektoren, mister kommisjonen synet av helheten og alle viktige synergi som ligger i skjæringspunktet mellom ulike sektorer og innenfor helsesektoren.

Helse er en av de viktigste forutsetninger for et meningsfullt liv, uavhengig av om det i tillegg gir økonomisk vekst. Derfor er det viktig å få fattige land til å tro på at det nytter å investere i helse. Kommisjonen har beregnet kostnadene, men utviklingslandene selv må utvikle systemer og kapasitet som gjør det mulig å levere helsetjenester nå og i fremtiden. De rike landene må kunne møte utfordringene med økt bistand og målet om 0,1% av bistanden øremerket til helse, må innebære at også den totale bistanden øker.

Til tross for den optimismen som preger rapporten om makroøkonomi og helse er det viktig å stille spørsmål ved de grunnleggende forutsetningene. Er det slik at de viktigste forutsetningene for god helse ligger i helsesektoren og er helsetilstanden i en befolkning en premiss for økonomisk vekst og velstand? Rapporten bør spore til debatt også i norske epidemiologiske og helsetjenesteforskningsorienterte miljøer.

Lars Lien

NORAD  
Postboks 8034 Dep  
0030 Oslo

### Litteratur

1. World development report 1993. Washington, D.C.: World Bank, 1993.
2. McKeown T. The role of medicine. Oxford: Blackwell, 1979.
3. Szreter S. The importance of social interventions in Britain's mortality decline c. 1850–1914: a re-interpretation of the role of public health. *Soc Hist Med* 1988; 5: 1–37.
4. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Genève: WHO, 2001.
5. United Nations' General Assembly. Millennium development goals. New York: FN, 2000.
6. Illich I. Limits to medicine: medical nemesis. London: Marion Boyars, 1995.
7. King E, Manson M, Andrew D. Engendering development through gender equality in rights, resources, and voice. Washington, D.C., World Bank, 2001.
8. Abel-Smith B. Introduction to health policy, planning and financing. London: Longmans, 1994.
9. McPake B, red. Experience to date of implementing the Bamako Initiative: a review and five country case studies. London: School of Hygiene and Tropical Medicine, 1992.
10. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: part II – what are the health issues for global governance? *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78: 699–709.
11. Bibelen. Matt 25, 29. ○