

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Kristine Binzer [mailto:kristinebinzer@yahoo.dk]

Sendt: 14. april 2010 19:40

Til: HUC

Cc: bestyrelsen@globalelaeger.dk

Emne: Høring om ny udviklingspolitik ( også vedhæftet som pdf)

Sundhed er en forudsætning for frihed og fattigdomsbekæmpelse

Udkastet til den nye strategi for dansk udviklingspolitik definerer fem prioritetsområder for dansk bistand i fremtiden – ambitiøse prioriteter der kun kan realiseres via konkrete handlingsplaner, hvori sundhed indgår som både et mål og et middel.

Det er derfor positivt at strategien eksplicit definerer sundhed som en af forudsætningerne for, at en person eller befolkning kan udnytte sin frihed, og at muligheden for at investere i sundhed anses for afgørende i forhold til at sikre fattigdomsbekæmpelse. Desværre slår strategien ikke fast, at tiltag på sundhedsområdet fortsat er en prioritet i dansk udviklingsbistand, baseret på den store erfaring og kapacitet vi har på området.

Globale Læger mener, at sundhed er en forudsætning for, at de andre mål i strategien bliver opfyldt, og at en klar prioritering af sundhed er essentiel for, at Danmark kan bevare sin anerkendelse som yder af effektiv udviklingsbistand i fremtiden. Udviklingsministeren og øvrige politikere opfordres derfor til mere udførligt at inkludere sundhed som en prioriteret sektor i strategien på følgende måde.

1) At indskrive sundhed som en prioritet i dansk udviklingsbistand idet sundhed er en forudsætning for udvikling. Og med udgangspunkt i nedenstående argumenter at nævne sundhed specifikt i alle fem prioritetsområder i strategien.

Adgang til basale sundhedsydelser er ligesom uddannelse en basal menneskeret. Og ifølge den nobelprisvindende velfærdsøkonom Amartya Sen er sundhed og uddannelse en forudsætning for, at vi kan udnytte vores potentiale som frie mennesker. Økonomisk vækst kan anskues som et værktøj til at opnå frihed med, men det kan og må ikke stå alene.

Kort sagt kan økonomisk vækst ikke sikres uden en grundlæggende indsats for at forbedre folkesundheden. Dette blev for alvor understreget med WHO's "Commission on Macroeconomics and Health" fra 2001, som påpegede, at en høj sygdomsbyrde (defineret ved måleværktøjet "burden of disease") er en direkte barriere for et lands økonomiske vækst. Et eksempel herpå er Malaria – en sygdom som i høj grad bidrager til sygdomsbyrden i mange afrikanske lande, og som kan forebygges og helbredes med relativt få ressourcer. Malaria anslås af Verdensbanken til samlet set at koste Afrika ca. 12 milliarder dollars om året, eller det der svarer til en hæmmet vækst i GDP på 1,3% per år på grund af blandt andet sygefravær, nedsat effektivitet og nedsat lyst til at investere i landene. En række andre sygdomme har lignende konsekvenser.

Kvinder og børn i udviklingslande bærer en stor del af sygdomsbyrden, hvilket hæmmer deltagelse i uddannelse og for kvindernes vedkommende på arbejdsmarkedet (herunder aktiv deltagelse i mikrofinansieringsprojekter). Uden en indsats for at sikre disse gruppers adgang til sundhedsydelser vil varige resultater indenfor ligestilling, og herigennem opbygning af stærke demokratier, ikke blive opnået.

Som traditionelt er der i strategien fokus på seksuel og reproduktiv sundhed, hvilket er vigtigt i forhold til at hindre størstedelen af de årlige cirka 400.000 unødvendige dødsfald blandt

gravide og fødende kvinder og for at bremse befolkningstilvæksten. Børnedødelighed er dog en anden medvirkende faktor til høj fødselsrate, hvorfor børnesundhed også bør indgå som en del af indsatsen. Dødeligheden blandt børn er direkte forbundet med effektiviteten af såvel forebyggende som behandlende sundhedstiltag. Ifølge WHO er bare seks sygdomme årsag til mere end halvdelen af alle dødsfald blandt børn under fem år. Alle sygdommene, lungebetændelse, diare, mæslinger, malaria og HIV/AIDS, kan forebygges eller behandles med få midler. Ligeledes kan fejlernæring. Men det kræver adgang til et basalt sundhedssystem af en vis kvalitet.

Hvis ligestilling og kvinders sundhed er en prioritet, som vi rent faktisk ønsker at gøre noget ved, bør den danske indsats videretænkes end bare at omhandle snævre programmer om seksuel- og reproduktiv sundhed. Som det fremgår af WHO's seneste rapport om Kvinder og Sundhed fra 2009, er der behov for at tilbyde sammenhængende sundhedsydelser, der adresserer kvinders behov gennem hele livet og ikke blot i forbindelse med reproduktion. Levering af sammenhængende ydelser kræver et sundhedssystem, hvor der investeres mere langsigtet i personale, uddannelse, samt udvikling af medicin og behandlinger. Kvinder skal i større grad deltage i beslutningsprocesser relateret til sundhedssystemer. De er brugere men også i høj grad ydere af sundhedsydelser, det vil sige, hvis de uddannes til at varetage lederposter indenfor sundhedssektoren, kan de fungere som forandringsagenter i bestræbelserne på at reformere og styrke sundhedssystemer. Dette vil medvirke til, at styrkelse af sundhedsvæsenet også bliver en metode til demokratiudvikling.

Lande med fungerende sociale sektorer, herunder en sundhedssektor der tilbyder lige adgang til ydelser uanset indkomst (som også er kernen i det danske system), har formodentlig mindre risiko for ustabilitet og konflikt. Det er således essentielt at tidligt indtænke opbygning af kapacitet i sundhedssystemer i form af såvel fysiske faciliteter, adgang for brugerne, samt menneskelige ressourcer, der kan varetage den langsigtede indsats når nødhjælpsfasen og den initiale genopbygningsfase er overstået.

Sidst men ikke mindst kan de humanitære konsekvenser af miljøkatastrofer og klimaforandringer i høj grad afbødes hvis befolkningen – både kvinder, børn og mænd - har adgang til relevante sundhedsydelser, samt at overvågningsprogrammer på folkesundhedsområdet eksisterer lokalt.

2) At bevare sundhed som et af dansk bistands kerneområder i forbindelse med udmøntningen af den internationale arbejdsdeling.

Dansk udviklingsbistand på sundhedsområdet har opnået stærke resultater og nyder anerkendelse internationalt – ikke mindst blandt modtagerlandene. Vores langsigtede programmer indenfor sundhedssektoren opnår resultater via styrkelse af modtagerlandenes eksisterende systemer frem for opbygning af nye parallelle systemer. Dette adskiller sig fra de ofte meget ressourcemæssigt stærke sygdomsspecifikke programmer adopteret af såvel multilaterale som bilaterale donorer. Med den nylige opfølgning på "Task Force on Child Health and Maternal Health" rapporten fra 2005 er det internationalt konkluderet at sådanne sygdomsspecifikke programmer f.eks. indenfor HIV og malaria kun kan lykkes, hvis der eksisterer et sammenhængende sundhedssystem at bygge på – noget som Danmark har særlig erfaring med, har kompetencer indenfor, og som vi er gode til at levere.

3) At lade nytænkning tage udgangspunkt i høstede erfaringer og dermed involvere den store danske ressourcebase på sundhedsområdet i udviklingen af de konkrete handlingsplaner for de enkelte prioriteringsområder i strategien.

Nytænkning som udgangspunkt for at forbedre udviklingsbistanden er velkommen, og især hvis den bygger på høstede erfaringer og konkrete evalueringer. Det er positivt med store ambitioner om at forbedre og effektivisere dansk bistand, men kun så længe vi er bevidste om,

at der er langt fra den politiske dagsorden i Danmark til den virkelighed som barnet uden adgang til malariabehandling eller den fødende kvinde i f.eks. Tanzania oplever. De konkrete handlingsplaner for hvert af de fem prioritetsområder er således afgørende for, om strategiens ambitiøse målsætninger får reel indvirkning på udviklingen.

Den danske ressourcebase indenfor sundhedssektoren og de andre sociale sektorer er stærk, og bør derfor involveres i udformningen af disse handlingsplaner så snart strategien er vedtaget. På den måde sikrer vi, at udmøntningen af strategien baseres på, hvad der virker i den lokale kontekst og ikke bare i teorien. I forbindelse med en åben proces omkring handlingsplanerne, bør også den fremtidige fordeling af ressourcer diskuteres. En diskussion der bør baseres på eksisterende viden om hvad der bringer resultater.

Globale Læger tror, at en fortsat klar prioritering af sundhed, samt en stærk involvering af ressourcebasen i formulering af handlingsplanerne, er det der endeligt flytter dansk udviklingsbistand ind i generation 2.0.

Med Venlig Hilsen  
Globale Læger

Cæcilie Buhmann  
Formand