

3 En färdplan för att halvera antalet förtida dödsfall till 2050: Lancetkommissionen för investeringar i hälsa 3.0

Gavin Yamey, Sarah Bolongaita, Angela Chang, Ayodamope Fawole, Dean Jamison, Omar Karlsson, Wenhui Mao, Ole Norheim, Osondu Ogbuaji, Marco Schäferhoff, David Watkins, Jesper Sundewall och Armand Zimmerman

- Rapporten ”Global Health 2050: The Road to Halving Premature Death by Mid-Century” publicerades den 15 oktober 2024.
- Rapporten visar att alla länder kan halvera förtida dödlighet i befolkningen – dvs. dödsfall som inträffar före 70 års ålder – till 2050 (”50 till 50”, som det benämns i rapporten) genom att fokusera på 15 sjukdomstillstånd, där 8 berör infektionssjukdomar och mödrahälsa och 7 berör icke smittsamma sjukdomar och skador.
- Global Health 2050 argumenterar för behovet av en uttalad strategi för att stärka hälso- och sjukvårdssystemen och offentlig finansiering av läkemedel, vacciner och diagnostik för att kontrollera de 15 prioriterade sjukdomstillstånden.

- Den viktigaste insatsen för att uppnå ”50 till 50” är höga punktskatter på tobak, med tanke på det stora antalet dödsfall som orsakas av tobak. Politiska beslut om sådana skatter kan göra stor skillnad.
- Kommissionen menar att alla länder behöver grundläggande kapacitet inom folkhälsa och smittskydd, inklusive övervakning och kontaktspårning för att vara bättre förberedda för nästa pandemi.
- Bistånd till hälsa bör, i allt högre grad, fokuseras till de allra fattigaste länderna och på att tillhandahålla globala nyttigheter.

Bakgrund till Lancetkommissionen för investeringar i hälsa

1993 års World Development Report var den första, och hittills enda, årliga utvecklingsrapporten från Världsbanken som uteslutande fokuserade på hälsa. Rapporten med titeln ”Investing in Health” riktade sig till finansministrar och biståndsgivare och argumenterade för att investeringar i de mest kostnadseffektiva hälsoinsatserna för sjukdomar med hög sjukdomsbelastning förbättrar hälsa och välbefinnande samtidigt som ekonomin stimuleras (Berkley et al., 1993). Rapporten togs fram på uppdrag av Lawrence Summers, som vid den tiden var chefekonom på banken, och arbetet leddes av hälsoekonomen Dean Jamison.

För att uppmärksamma tjugoförstaårsjubileet av ”Investing in Health” publicerade Lancet 2013 den första rapporten från en ny tillsatt kommission för investeringar i hälsa (Commission on Investing in Health, CIH). Den första CIH bestod av en internationell grupp på 25 ekonomer och hälsoexperter med Summers som ordförande och Jamison som medordförande (Jamison et al., 2013). I rapporten från 2013, ”Global health 2035: a world converging within a generation” (GH2035), sammanfattades hälsoutvecklingen mellan

1993 och 2013 och ett ambitiöst ramverk lades fram för att uppnå en global hälsotransformation fram till 2035 genom noggrant utvalda hälsoinvesteringar.

När GH2035 gjorde en tillbakablick på perioden 1993–2013 konstaterades imponerande framsteg vad gäller minskad barna- och mödradödlighet – även om minskningstakten var för långsam för att nå de hälsorelaterade millenniemålen (mål 4: minska barnadödligheten och mål 5: minska mödradödligheten). När GH2035 blickade framåt mot 2035 identifierades fyra utmaningar för låginkomstländer (low-income countries, LIC) och medelinkomstländer (middle-income countries, MIC). Den första var den ”oavslutade agendan” vad gäller infektionssjukdomar. Kommissionen noterade att dödligheten till följd av infektioner var fortsatt hög, särskilt för hiv/aids, tuberkulos och malaria samt dödlighet till följd av mödra- och barnhälso-relaterade sjukdomar. Den andra utmaningen var en ökande dödlighet och sjuklighet i icke smittsamma sjukdomar och skador. Den tredje utmaningen handlade om kostnader: den växande bördan av förödande individuella sjukvårdskostnader i kombination med ineffektiva, snabbt stigande kostnader för att tillhandahålla sjukvård (WHO, 2010). Den fjärde var hälsohot – och då framför allt hotet om en pandemi av samma magnitud som 1918 års influensapandemi (spanska sjukan). Hur skulle var och en av dessa fyra utmaningar kunna hanteras inom ett så kort tidsspänn som en generation?

För att ta itu med den oavslutade agendan visade GH2035 att världen med en aggressiv ökning av befintliga verktyg och utveckling av ny hälsoteknik skulle kunna uppnå det som i rapporten kallas en ”grand convergence” inom hälsa. I rapporten definieras ”grand convergence” som en minskning av dödligheten i infektions-sjukdomar och av barna- och mödradödlighet i samtliga länder i världen till samma nivåer som i de bästa presterande medelinkomstländerna. CIH uppskattade att en sådan transformation skulle kräva investeringar på ytterligare 70 miljarder US-dollar per år från 2016 till 2035 (i 2011 års växelkurs), och vilket skulle kunna förhindra cirka 10 miljoner dödsfall per år från 2035 och framåt. Vid tidpunkten för

publiceringen av GH2035 förutspådde Internationella valutafonden (IMF) en stark ekonomisk tillväxt för låginkomstländer, som var på väg att öka sin bruttonationalprodukt med nästan 10 biljoner US-dollar per år fram till 2035. Enligt denna optimistiska prognos skulle de flesta av kostnaderna för ”grand convergence” kunna betalas med inhemska resurser i de minst utvecklade länderna förutsatt att regeringarna i dessa länder avsatte 1–3 procent av sina inkomster till detta, ett belopp som var inom räckhåll givet prognoserna för framtida ekonomisk tillväxt.

CIH föreslog att finanspolitiska åtgärder skulle användas för att ta itu med den ökande bördan av icke smittsamma sjukdomar, särskilt lyftes beskattning av tobak och andra skadliga ämnen samt minskade subventioner av fossila bränslen. En sådan politik skulle kombineras med kostnadseffektiva hälsoinsatser för cancer, hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdomar, psykisk ohälsa samt grundläggande kirurgisk vård och behandling av skador, inklusive kirurgi för barn.

För att bromsa höga och skenande sjukvårdskostnader och för att bidra till hälsa och ekonomiskt skydd vid sjukdom, särskilt för de fattigaste hushållen, rekommenderade GH2035 två ”progressiva universella” alternativ för att uppnå allmän hälso- och sjukvård (universal health coverage, UHC). I det första alternativet skulle en offentligt finansierad sjukförsäkring – som bekostas med skatteintäkter och arbetsgivaravgifter – täcka ett paket med hälso- och sjukvårdstjänster för alla, ett paket som omfattar grundläggande hälso- och sjukvårdstjänster för icke smittsamma sjukdomar och skador. Ett sådant alternativ är progressivt (gynnar fattiga människor mest) eftersom de fattiga drabbas oproportionerligt hårt av dessa problem. En andra typ av progressiv universalism skulle innebära ett mer omfattande paket med hälso- och sjukvårdsinsatser för alla, men som skulle behöva finansieras delvis av patientavgifter. Ett sådant alternativ skulle kräva ytterligare finansieringsmekanismer – inte bara allmänna skatteintäkter och arbetsgivaravgifter utan även obligatoriska försäkringspremier och att patienterna själva betalar en

del av vårdkostnaden. Människor som saknar ekonomiska resurser skulle i ett sådant system vara undantagna från avgifter.

För att hantera globala hot som pandemier och antimikrobiell resistens (AMR) argumenterade GH2035 kraftfullt för att biståndet för hälsa (development assistance for health, DAH) i allt högre grad borde fokusera på de länder som har lägst inkomster, på att tillhandahålla globala kollektiva nyttigheter (global public goods, GPG) och på att hantera negativa gränsöverskridande utmaningar som pandemier. I GH2035 uppmanades biståndsgivare att öka sitt stöd till utveckling av pandemivacciner och till global övervakning av och insatser vid sjukdomsutbrott. Att använda hälsobistånd till andra globala kollektiva nyttigheter, t.ex. utveckling av nya kontrollverktyg för hiv, tuberkulos, malaria samt mödra- och barnhälsovård, skulle vara ytterligare ett viktigt sätt för givare att stödja konvergensagendan.

GH2035 påverkade den globala hälsopolitiska agendan på flera sätt. Resultaten bidrog till diskussionerna kring målen för hållbar utveckling (SDG) (Horton, 2015). Rapporten låg också till grund för globala strategier för kvinnors och barns hälsa inom WHO och Partnerskap för mödra- och barnhälsa (Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, PMNCH). GH2035 samarbetade med WHO och PMNCH i en gemensam studie om ökade insatser för mödra- och barnhälsa (Stenberg et al., 2014). Kommissionens arbete bidrog vidare till att stödja Globala fondens¹ fjärde påfyllningsomgång (Dybul, 2013).

Efter publiceringen av GH2035 bjöd Expertgruppen för biståndsanalys (EBA) in CIH att granska Sveriges hälsobistånd och ge råd om hur lärdomarna från GH2035 kunde tillämpas på Sveriges hälsobiståndsportfölj. Arbetet utmynnade i EBA-rapporten "Sweden's development assistance for health-policy options to support the Global Health 2035 Goals" (Yamey et al., 2014). The Oxford Review

¹ Globala fonden mot hiv, tuberkulos och malaria
<https://www.theglobalfund.org/en/>.

of Economic Policy bjöd sedermera in CIH att publicera analysen av svenskt hälsobistånd i en specialutgåva om ekonomi och global hälsa (Yamey et al., 2016).

Fem år efter publiceringen av GH2035, 2018, innebar 40-årsjubileet av Alma-Ata-deklarationen² ett tillfälle för CIH att utvärdera framstegen mot ”grand convergence” och att reflektera över framtiden för den globala satsningen på allmän hälso- och sjukvård (Watkins et al., 2018). I den andra CIH-rapporten (CIH 2.0), ”Alma Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health”, kunde man konstatera att det var en blandad bild som framträdde av utvecklingen. Betydande framsteg hade gjorts när det gäller hiv/aids och barnadödlighet, men mycket mindre hade skett när det gäller tuberkulos och mödradödlighet. CIH konstaterade att om den globala mortalitetstrenden under 2010–2016 skulle fortsätta skulle konvergensmålen för minskad dödligheten bland barn under 5 år och för dödligheten i aids att uppnås i hela världen omkring 2035. CIH:s mål för mödra- och tuberkulosdödlighet skulle däremot inte uppnås förrän 2067 respektive 2074. I efterhand kan man konstatera att de missade målen delvis beror på att de kan ha varit alltför ambitiöst satta.

I likhet med GH2035 avvek CIH 2.0-rapporten från det gängse tänkandet kring allmän hälso- och sjukvård genom att betona behovet av att prioritera när man inkluderar hälsointerventioner i olika paket med sjukvårdsförmåner (Yamey & Watkins, 2018). I rapporten identifierades en uppsättning med 218 interventioner, det så kallade ”oumbärliga UHC-paketet”, varav 198 interventioner kunde tillhandahållas inom primärvården och övriga 20 interventioner på sjukhus. I rapporten definierades också en undergrupp på 108 interventioner som benämndes ”det högst prioriterade paketet”. I ett optimistiskt scenario för ekonomisk tillväxt konstaterade CIH 2.0 att de flesta medelinkomstländer, utom Indien,

² Alma-Ata-deklarationen (1978) var en viktig milstolpe som identifierade primärvård som centralt för att uppnå god hälsa för alla – [Declaration of Alma-Ata \(who.int\)](#).

skulle ha råd att tillhandahålla det högst prioriterade paketet till en majoritet av befolkningen fram till 2035. Låginkomstländer skulle dock ha svårt att tillhandahålla det paketet om länderna inte mobiliserade betydligt mer resurser till hälso- och sjukvård.

Ökande geopolitiska spänningar, alltmer uppenbara klimatförändringar, ökad nationalistisk populism, minskat engagemang för global hälsa, långsammare framsteg mot UHC och, viktigast av allt, covid-19-pandemin, har definierat de sex år som gått sedan CIH 2.0. På inbjudan av Richard Horton, redaktör för The Lancet, sammankallades CIH 2023 för att på nytt lägga fram argumenten för att investera i hälsa. I den tredje utgåvan av CIH (CIH 3.0) utökades tidshorizonten från 2035 till 2050. Antalet författare ökade också till 50, med en bättre representation av forskare tidigt i karriären och forskare verksamma i låg- och medelinkomstländer.

Den 15 oktober 2024 publicerade Lancet CIH 3.0 rapporten ”Global health 2050: the path to halving premature death by mid-century” (GH2050). Rapporten lanserades vid World Health Summit 2024 i Berlin, Tyskland (Jamison et al., 2024). GH2050-rapporten kom fram till sju viktiga slutsatser, vilka vi sammanfattar i resten av detta kapitel.

Sju slutsatser i CIH 3.0-rapporten 2024

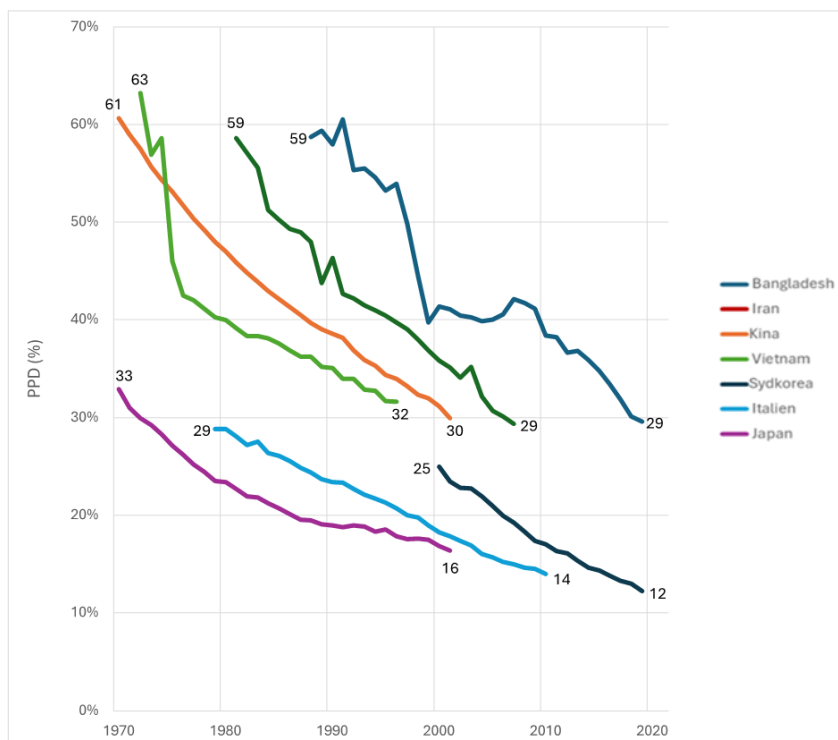
Slutsats 1: En halvering av den förtida dödligheten är möjlig fram till 2050

CIH 3.0-rapporten visar att dramatiska förbättringar av välståndet kan uppnås i alla länder fram till mitten av århundradet om vi gör rätt investeringar i hälsa. Fram till 2050 kan de länder som gör rätt investeringar halvera sannolikheten för förtida död (Probability of Premature Death, PPD) – dvs. sannolikheten att dö före 70 års ålder – utifrån den nivå som rådde före pandemin 2019. CIH kallar detta

”50 by 50” – en 50-procentig minskning av PPD fram till 2050. Som gräns för förtida död valdes 70 år, baserat på en tidigare CIH-studie av Norheim et al., som 2015 konstaterade följande: ”Den förväntade livslängden i världen är nu strax över 70 år, och de flesta dödsfall före den åldern kan undvikas” (Norheim et al., 2015).

Är ”50 till 50” under en tidsram på 31 år (dvs. från 2019 till 2050) verkligen genomförbart? Det första argumentet som talar för att det är möjligt är historiska erfarenheter. Under det senaste halvsekle har 7 av de 30 folkrikaste länderna halverat sin PPD på 31 år eller mindre – Bangladesh, Kina, Iran, Italien, Japan, Sydkorea och Vietnam (Figur 1). Det andra argumentet är att fortsatta vetenskapliga framsteg kommer att påskynda minskningen av den förtida dödligheten. Till exempel minskar barnadödligheten med 2 procent extra per år i länder som tar till sig ny hälsoteknik när den blir tillgänglig, jämfört med länder som inte gör det (Jamison et al., 2016). En nyligen publicerad studie av Ogbuoji et al. (2024) konstaterade att de nya läkemedel och vacciner och den nya diagnostik som är under utveckling idag för att hantera infektionssjukdomar och mödrahälsa sannolikt kommer att ge upphov till många banbrytande hälsotekniker som kan bidra till den här minskningen om den införs.

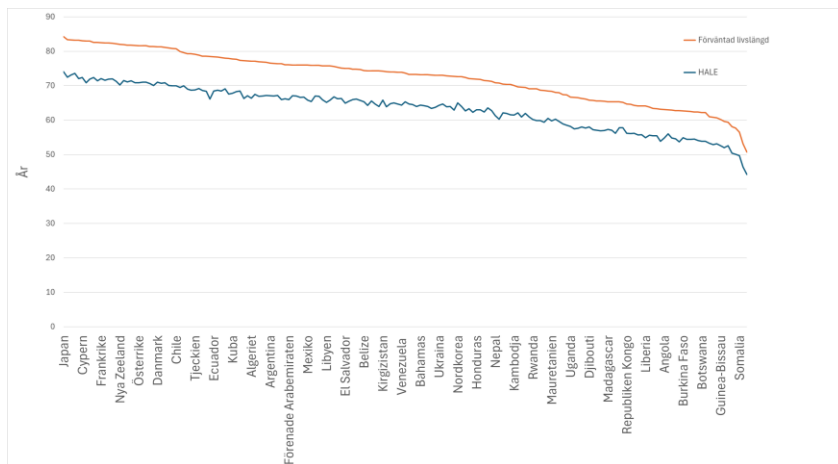
Figur 1. Sju länder med stor befolkning som uppnått en halvering av sannolikheten att dö före 70 års ålder (PPD) på 31 år eller mindre under det senaste halvseket



Källa: FN, 2024.

Med tanke på att dödlighet är starkt korrelerad med sjuklighet – och förväntad livslängd är starkt korrelerad med hälsojusterad förväntad livslängd (se figur 2) – kommer investeringar för att uppnå ”50 till 50” även att bidra till minskad sjuklighet och funktionsnedsättning (Norheim et al., 2024). GH2050 medger dock att korrelationen mellan dödlighet och sjuklighet eller förlust av funktioner inte gäller för alla tillstånd. Till exempel orsakar psykisk ohälsa, åldersdemens och bristande normal tillväxt hos barn och ungdomar stor sjuklighet utan att orsaka stor dödlighet. I kommissionens rekommendationer om att stärka länders hälso- och sjukvårdssystem (health systems strengthening, HSS), som diskuteras i slutsats 3 nedan, betonas vikten av att tillhandahållande tjänster för sådana tillstånd.

Figur 2: Förväntad livslängd jämfört med hälsojusterad förväntad livslängd (HALE), 2019



Källa: WHO 2021.

Slutsats 2: Kraftig minskning av dödligheten kan uppnås parallellt med att man inför UHC

Den andra slutsatsen i GH2050 är att länder inte behöver kunna erbjuda fullständig allmän hälso- och sjukvård (universal health coverage, UHC) för att kunna uppnå en kraftig minskning av dödligheten; minskad dödlighet kan uppnås redan innan länder åstadkommit UHC. Länder kan se snabba, stora dödlighetsminskningar genom att fokusera på en avgränsad uppsättning av blott 15 sjukdomstillstånd, vilket är anmärkningsvärt. Dessa 15 tillstånd står för en stor del av skillnaden i PPD mellan hög- och låginkomstländer. Åtta av dessa utgörs av infektionssjukdomar och tillstånd som har med reproduktiv hälsa att göra (CIH kallar dem ”I-8”): neonatala sjukdomar, nedre luftvägsinfektioner, diarrésjukdomar, hiv/aids, tuberkulos, malaria, klustersjukdomar hos barn samt mödrahälsa. Sju är icke smittsamma sjukdomar och skador (CIH kallar dessa Non-Communicable Diseases-7, ”NCD-7”): hjärt-kärlsjukdomar, stroke, icke smittsamma sjukdomar med stark koppling till

infektioner (t.ex. magcancer, livmoderhalscancer), icke smittsamma sjukdomar med stark koppling till tobaksbruk (t.ex. lungcancer, kronisk obstruktiv lungsjukdom), diabetes, trafikolyckor och självmord.

För länder som har hög dödlighet är det av högsta prioritet att ta itu med I-8 gruppen. Att utöver I-8-gruppen också adressera NCD-7-gruppen kommer att vara avgörande för att uppnå ”50 till 50” i alla länder, även i länder med lägre dödlighetsnivåer i utgångsläget.

Slutsats 3: Ett modulärt tillvägagångssätt för att stärka hälso- och sjukvårdssystemen kan ge fokus och konkretion till hälso- och sjukvårdsagendan

Trots att UHC är ett av de globala hållbarhetsmålen visar den senaste uppföljningsrapporten att världen nästan inte har gjort några framsteg alls när det gäller allmän hälso- och sjukvårdstäckning sedan starten av Agenda 2030 (WHO, 2023). Denna brist på framsteg, i kombination med den ökande förekomsten av s.k. katastrofala hälsoutgifter, visar att tidigare momentum för starkare hälso- och sjukvårdssystem och UHC helt klart har stannat av. Det krävs innovation för att bryta det dödläge som uppstått.

GH2050 introducerar ett nytt sätt att tänka kring att stärka länders hälsosystem genom att föreslå ett modulärt tillvägagångssätt, med ett initialt starkt fokus på I-8 och NCD-7 och därefter en gradvis breddning av insatserna i takt med att dessa sjukdomstillstånd kan hanteras mer fullständigt inom hälso- och sjukvårdssystemen. Offentliga medel skulle användas för att finansiera ett paket med tjänster för att inledningsvis ta itu med de 15 prioriterade sjukdomstillstånden, helt utan kostnad för patienten och tillgängliga för alla. Detta skulle vara en form av det som CIH har kallat progressiv universalism, där människor med låga inkomster får mest nytta tidigt i processen med att införa UHC, eftersom förmånspaketet omfattar hälsoproblem som drabbar socioekonomiskt svaga och utsatta grupper oproportionerligt hårt. I takt med att resursutrymmet växer breddas paketet.

GH2050 identifierar insatser som är mycket kostnadseffektiva och som är möjliga att implementera i låg- och lägre medelinkomstländer och grupperar dem i 19 moduler (se tabell 1). Varje modul representerar ett programområde med en specifik uppsättning riktlinjer och finansieringsarrangemang. De insatser som visas i tabell 1 kan ses som grunden i ett hälso- och sjukvårdssystem (t.ex. behandling av hiv, förebyggande av hjärt-kärlsjukdomar, familjeplanering) eller som en checklista för utveckling av hälso- och sjukvårdssystem. GH2050 noterar att ”lokala omständigheter kommer att diktera detaljerna, och alla moduler eller insatser kommer inte att vara relevanta i alla länder”. Totalt 17 av modulerna kan implementeras inom ”första linjens hälso- och sjukvård” (primärvård, hemsjukvård, uppsökande vård) och 2 av modulerna på sjukhusnivå eller inom specialistvården. Utöver insatser som minskar dödligheten inkluderar tabellen även insatser som tillgodoser andra krav på hälso- och sjukvårdssystemen och förbättrar livskvaliteten, t.ex. rehabilitering, barns och ungdomars utveckling samt palliativ vård.

I rapporten föreslås också att beslutsfattare ska använda en tvåfasmetod som kallas modulär kostnadseffektivitetsanalys (Modular Cost-effectiveness Analysis, mCEA). I den första fasen ska hälso- och sjukvårdsplanerare identifiera en uppsättning moduler som motsvarar olika program och insatser inom hälsosektorn – dessa kan organiseras utifrån sjukdomar (t.ex. malaria, hjärt- kärlsjukdomar), vårdformer (t.ex. uppsökande vård, primärvård), betalningsmekanismer, eller utifrån andra principer. Planerarna uppskattar de befintliga utgifterna för varje modul och budgetutrymmet för att utöka eller minska varje modul baserat på tillgängliga resurser. Tabell 1 ger uppskattningar av den inkrementella kostnaden för att utöka täckningen av GH2050:s rekommenderade kärninterventioner, skraddarsydd för att nå ”50 till 50”, för 19 moduler, till ytterligare 10 procent av befolkningen, vilket är en realistisk ökning inom en given policycykel. Den andra fasen innebär att värdet för pengarna optimeras inom varje modul och att synergier eller ineffektivitet identifieras (i termer av kostnader eller resultat) som kan uppstå när flera relaterade insatser genomförs samtidigt.

Tabell 1: En modulär metod för att stärka länders hälso- och sjukvårdssystem

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
Primärvård				
"1-8" ⁵	1. Vaccinering av barn	Alla eller de flesta vaccin som WHO rekommenderar (n=11).	Dödsfall som kan förhindras. (Längd i förhållande till ålder hos barn.)	0,22
"1-8"	2. Behandling av akuta tillstånd hos barn⁶	Behandling av luftvägsinfektioner, malaria, undernäring och diarréer.	Dödsfall som kan förhindras. (Längd i förhållande till ålder hos barn.)	2,2
"1-8"	3. Vård vid graviditet och förlossning⁷	Mödrahälsovård, förlossningsvård, hantering av förlossningskomplikationer, eftervård, neonatalvård (inkluderar t.ex. kejsarsnitt).	Dödsfall bland kvinnor som kan förhindras. (Förhindrade dödfödselar och neonatala dödsfall.)	2,2

³ En modulär struktur för ett land, eller för en region, beror på den lokala epidemiologin, hälsosystemet och preferenser. CIH-tabellen är endast avsedd att fungera som ett exempel och en möjlig startpunkt för en diskussion.

⁴ Årlig inkrementell kostnad för att öka täckningen för alla högprioriterade insatser i modulen med 10 procent, uttryckt i baspunkter av bruttonationalprodukten (BNP) per år. En baspunkt är 1 procent av 1 procent. Obs: Analysen gjordes endast för låg- och lägre medelinkomstländer (n=82).

⁵ Infektionssjukdomar och tillstånd som har med reproduktiv hälsa att göra.

⁶ I många länder används metoden Integrated Management of Childhood Illness (IMCH).

⁷ Vård på olika nivåer kan behövas.

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
"1-8"	4. Tuberkulos^d	Behandling av smittade personer, inkl. personer med resistent tuberkulos, och förebyggande behandlingar bland högrisk-kontakter.	Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	0,87
"1-8"	5. Hiv/aids^d	Antiviral behandling för personer med hiv, förebyggande behandlingar bland högrisk-kontakter.	Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	4,1
"NCD-7" ⁸	6. Basal vård för hjärt-kärlsjukdomar och respiratoriska sjukdomar	Läkemedels-behandling för personer med hög risk för hjärt-kärlsjukdom ⁹ , kontroll av blodsocker och övervakning av komplikationer hos personer med diabetes, behandling av astma och KOL.	Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	7,1

⁸ Icke smittsamma sjukdomar och skador: hjärt-kärlsjukdomar, stroke, icke smittsamma sjukdomar med koppling till infektioner (t.ex. mag- och cervix-cancer), sjukdomar med stark koppling till tobaksbruk (t.ex. lungcancer, kronisk obstruktiv lungsjukdom [KOL]), diabetes, trafikolyckor och självmord.

⁹ Inkluderar sekundär prevention bland personer med etablerad hjärt-kärlsjukdom.

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
"NCD-7"	7. Psykisk hälsa^d	Läkemedelsbehandling och psykoterapi för svåra depressioner, schizofreni och andra allvarliga och vanligt förekommande psykiatriska tillstånd. ¹⁰	Fall som hanteras på ett adekvat sätt under ett år. (Förhindrade självmord.)	3,6
Hälsosystem	8. Familjeplanering	Preventivmedelstjänster som är anpassade till kontext och patientens önskemål.	Oavsiktliga graviditeter förhindras. (1–2 års skydd.)	0,26
Hälsosystem	9. Utveckling av barn och ungdomar i skolåldern	Elevhälsa – inkl. vaccin (t.ex. HPV), screening för synfel och munhälsa, avmaskning (skolmat ej inkl.).	Barns längd i förhållande till ålder. 15-åringars matematikresultat. (Glasögon-täckning.)	0,67

¹⁰ Till sjukdomarna hör psykotiska störningar, bipolär sjukdom, depressiva störningar, ångestsyndrom, traumatiska störningar och opioidmissbruk.

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
Hälsosystem	10. Omvårdnad och palliativ vård	Delat ansvar mellan hälso- och sjukvårdssystemet och hushåll ¹¹ för att tillhandahålla skydd, mat, säkerhet, värdighet och symtomkontroll för tillstånd som inte kan behandlas (t.ex. demens, ryggmärgsskada, cancer i slutstadiet).	Adekvat hantering av ärenden under ett år.	1,5

¹¹ Många länder kämpar för att finansiera ett generöst paket av långtidsvårdstjänster. Kostnaden för denna omsorg kan dock vara en stor ekonomisk börda för hushållen och drabbar kvinnor och flickor oproportionerligt hårt. Länder med tillräckliga resurser bör överväga att kompensera hushållen för obetald vård och relaterade kostnader.

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
Hälsosystem	11. Folkhälsoinsatser (sjukdomsförebyggande)	Befolkningsbaserade insatser för att förebygga sjukdom, inkl. uppsökande insatser för att hitta fall av tuberkulos och hiv, insatser för malariakontroll, massadministrering av läkemedel för utvalda sällsynta tropiska sjukdomar, tillskott av mikronäringsämnen och åtgärder under epidemier/pandemier.	Dödsfall som kan förhindras bland barn. Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	0,97
Hälsosystem	12. Primärvård	Behandling för vanliga tillstånd och symtom i (inkl. nödvändig diagnostik och vård).	N/A; möjliggörande insatser.	1,7

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
Distriktssjukvård				
"NCD-7"	13. Basal kirurgi	Behandling av vanliga kirurgiska tillstånd med fokus på skador och matsmältningsorganens sjukdomar (t.ex. frakturer, blindtarmsoperationer).	Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	3,7
"NCD-7"	14. Förbättrad kardiovaskulär och respiratorisk vård	Långsiktig behandling av hjärt-kärlsjukdom och hjärtsvikt, behandling av akuta hjärt-kärl- och luftvägs-komplikationer, prevention av reumatisk hjärtsjukdom.	Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	3,2
Hälsosystem	15. Rehabilitering	Grundläggande rehabiliteringstjänster, med fokus på vård efter hjärt-kärlsjukdomar och skador.	Patienter som återintegrerats funktionellt inom ett år.	0,95
Hälsosystem	16. Tandvård	Behandling av infektioner, karies, tandutdragning.	DMF (The Decay-Missing-Filled (DMF) index) – minskad incidens.	0,49

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
Hälsosystem	17. Krisberedskap	Hantering av vanliga akuta situationer i samhället, inom öppenvård och på sjukhus, inkl. behandling av akut sjuka personer under epidemier/pandemier. ¹²	N/A; möjliggörande insatser.	2,2
Specialist-vård				
"NCD-7"	18. Grundläggande cancervård	Behandling av förstadier till cancer och tidiga stadier av livmoderhalscancer, bröstcancer, kolorektal cancer och oral cancer (med botande syfte).	Antal fall med 10-årsöverlevnad. (Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.)	1,2
"NCD-7"	19. Förbättrad cancervård	Organiserade screeningprogram för cancer i första ledet, behandling av utvalda cancerformer med potential för långvarig tillbakagång. ¹³	Antal fall med 10-årsöverlevnad. (Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.)	13

¹² En del av detta kommer att vara långtidsvård snarare än akutvård.

¹³ Cancerformerna i denna lista varierar avsevärt mellan olika länder och i takt med att sjukvården förbättras. Exempel på cancerformer är vanlig leukemi och lymfom hos barn, prostatacancer, livmodercancer, Hodgkins lymfom och vissa icke-Hodgkins lymfom hos vuxna, sköldkörtelcancer och njurcancer.

Slutsats 4: Offentlig finansiering av utvalda sjukvårdsprodukter styr arbetet med att stärka länders hälsosystem mot att leverera högprioriterade insatser i första hand

GH2050 föreslår ett pragmatiskt sätt att styra resurserna mot de 15 prioriterade sjukdomstillstånden och de moduler som stöder implementering av dessa tillstånd. Förslaget utgår från offentlig finansiering av en lista med läkemedel, vacciner och diagnostik som är inriktade på dessa tillstånd. I rapporten kallas detta tillvägagångssätt för Arrowmekanismen, uppkallad efter den framlidne Kenneth Arrow, den nobelprisbelönade ekonom som var en av författarna till GH2035 och som utvecklade Affordable Medicines Facility malaria (AMFm)¹⁴ – en finansieringsmekanism för malariamediciner (Arrow, 2012). Till skillnad från AMFm, som endast gällde malariamediciner, gäller Arrowmekanismen i GH2050 för en rad olika produkter som är inriktade på de 15 prioriterade sjukdomstillstånden.

Den subventionsmekanism som CIH föreslår i GH2050 består av fyra huvudkomponenter. Den första komponenten rör allmänna budgetöverföringar till hälsoministerierna. Enligt den mekanism som föreslås ska överföringar som tidigare varit generella öronmärkas för specifika prioriterade läkemedel. Den andra komponenten är gemensamma inköp, kvalitetssäkring och ett långsiktigt åtagande gentemot tillverkarna för att säkerställa en pålitlig tillgång till prioriterade produkter. Den tredje komponenten är att säkerställa upphandling i tillräcklig volym för att garantera tillgänglighet. Slutligen ska befintliga offentliga *och* privata leveranskedjor användas och stärkas. Arrowmekanismen skulle kraftigt kunna öka tillgången till viktiga produkter och samtidigt minska utgifterna. I många låg- och lägre medelinkomstländer utgör sådana utgifter ett stort hinder

¹⁴ AMFm är en finansieringsmekanism utvecklad för malariamediciner. För mer läsning se t.ex.: <https://onehealthtrust.org/projects/affordable-medicines-facility-malaria/>.

för tillgång till viktiga läkemedel för en rad olika sjukdomar – inte bara infektionssjukdomar (Barter et al., 2012) utan även icke smittsamma sjukdomar och för riskfaktorer för icke smittsamma sjukdomar (Gnugesser et al., 2022).

En viktig aspekt av Arrowmekanismen – och av AMFm som ligger till grund för dess utformning – är att förlita sig på befintliga privata distributionskedjor för läkemedel. Genom att tillhandahålla betydande mängder av ett specifikt läkemedel till subventionerat pris till toppen av de privata distributionskedjorna kan den befintliga distributionskapaciteten inom den privata sektorn gynnas och därmed dra nytta av Arrowmekanismen. Läkemedelsföretagen kan naturligtvis även bidra till sänkta priser och ökad tillgång till läkemedel, vacciner och diagnostik genom mekanismer som beskrivs utförligt på andra håll, t.ex. genom att dela patent i Medicines Patent Pool (Wang, 2022) eller överföra teknik till tillverkare i låg- och medelinkomstländer (Cramer, 2014).

Slutsats 5: Höga punktskatter på tobak är den viktigaste sektorsövergripande politiken för att uppnå ”50 till 50”

Ett stort antal sektorsövergripande åtgärder kan förbättra folkhälsan, t.ex. fastställda och upprätthållna hastighetsbegränsningar för att minska antalet dödsfall i trafiken, reglering av farliga bekämpningsmedel för att minska antalet självmord och förbud mot koleldning inomhus för att minska antalet dödsfall i luftvägs- och hjärtkärlsjukdomar. I den tredje upplagan av Disease Control Priorities ingick ett kapitel där man undersökte vilka av dessa åtgärder som sannolikt skulle ha störst effekt på dödligheten (Watkins et al., 2017). GH2050 menar att tobakskontroll är den absolut viktigaste sektorsövergripande politiken för att bidra till att uppnå ”50 till 50”, med tanke på det stora antalet dödsfall som orsakas av tobak samt länders upparbetade och förbättrade kapacitet att genomföra en striktare tobakspolitik.

GH2050 menar att länder bör införa omfattande åtgärder för att minska tobaksbruket, inklusive förbud mot rökning på offentliga platser och strikt reglering av reklam, marknadsföring, förpackning och tillgänglighet till tobak. Den viktigaste åtgärden är att ta ut höga punktskatter på tobak. ”Höjda tobaksskatter”, säger Bloomberg och Summers (2019), ”kan göra mer för att minska förtida dödlighet än någon annan enskild hälsopolitisk reform”.

Slutsats 6: Alla länder behöver grundläggande folkhälsokapacitet, inklusive övervakning och kontaktspårning

I kölvattnet av ebolaepidemin i Västafrika 2014–2016 förespråkade det internationella hälso- och sjukvårdsamfundets aktörer ökade investeringar i prevention, beredskap och insatser mot pandemier (pandemic prevention, preparedness and response, PPR) och nya styrmekanismer för PPR (Keita et al., 2024). Under det senaste årtiondet har flera reformer av PPR-arkitekturen genomförts, t.ex. lanseringen av WHO:s Health Emergencies Programme (2016), lanseringen av verktyget Joint External Evaluation för att bedöma ländernas centrala PPR-kapacitet (2016) och lanseringen av CEPI, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (2017). De enorma hälsomässiga, ekonomiska och samhällsliga konsekvenserna av covid-19 visade dock att det fortfarande fanns stora svagheter i de regionala, nationella och globala beredskapssystemen.

GH2050 undersökte länders resultat under covid-19, dvs. från det att pandemin förklarades vara ett internationellt hot mot folkhälsan (PHEIC)¹⁵ den 30 januari 2020 till dess att PHEIC upphörde den 5 maj 2023. Prestationerna bedömdes med hjälp av ett mått som

¹⁵ Vid extraordinära händelser kan WHO deklarerar ett ”internationellt hot mot människors hälsa” (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/krisberedskap/internationella-halsoreglementet/internationellt-hot/>.

kallas P-score, som avser antalet dödsfall under perioden i procent av det antal dödsfall som rimligen skulle ha förväntats om pandemin inte hade inträffat. I rapporten dras slutsatsen att den stora variationen mellan länderna i P-score under denna fas av pandemin, särskilt innan vaccinerna utvecklades, pekar på vikten av grundläggande folkhälsokapacitet. Sådan kapacitet omfattar snabb upptäckt, respons, isolering av smittade individer, karantän för dem som exponerats samt socialt och ekonomiskt stöd till dem som isoleras eller sätts i karantän. GH2050 drar slutsatsen att ”under nästa pandemi kommer dessa grundläggande åtgärder att bidra till att undvika dödsfall i väntan på att vaccin utvecklas och tas i bruk”.

Slutsats 7: Utvecklingsbistånd bör finansiera globala kollektiva nyttigheter och stödja länder med minst resurser

De sex slutsatserna i GH2050 som sammanfattas ovan riktar sig främst till nationella regeringar, även om de helt klart också har implikationer för biståndsgivare. Till exempel kan extern finansiering (bistånd) bidra till ett lands Arrowmekanism, och hälsobistånd kan spela en viktig roll när det gäller att finansiera befolknings-, policy- och implementeringsforskning för att generera och sprida kunskap om modulärt hälsosystemstärkande arbete och sektorsövergripande policyer.

Den sjunde slutsatsen riktar sig särskilt till biståndssamfundet. GH2035 argumenterade för att hälsobiståndet, i takt med att låg- och lägre medelinkomstländer går ifrån att ta emot extern finansiering för sjukdomsbekämpning och hälso- och sjukvård, i allt högre grad bör finansiera globala kollektiva nyttigheter för hälsa. GH2050 upprepar denna rekommendation och betonar den ytterligare. I GH2050 framhålls särskilt att hälsobiståndet bör stödja stärkandet av data- och övervakningssystem, minska utvecklingen och spridningen av antimikrobiell resistens, pandemiberedskap (PPR), främja ledarskap och opinionsbildning inom global hälsa, identifiera och sprida bästa

tillgängliga praxis samt utveckla och distribuera nya läkemedel, vacciner och diagnostik (Schäferhoff et al., 2024). Direkt bistånd till länder, dvs. direkt ekonomiskt och tekniskt hälsobistånd till länder, bör riktas till de länder som har minst resurser för att hjälpa till att kontrollera sjukdomar samt utveckla och stärka hälso- och sjukvårdssystemen. I båda fallen – om man riktar hälsobiståndet mot globala nyttigheter respektive om man riktar hälsobiståndet mot länder med minst resurser – skulle en fokusering av insatserna på de 15 prioriterade sjukdomstillstånden bidra mest till ”50 till 50”.

Uppföljning av rekommendationerna från EBA-rapporten 2014

EBA-rapporten ”Sweden’s development assistance for health – policy options to support the global health 2035 goals” från 2014 innehöll en rad rekommendationer och förslag för svenskt bistånd till hälsa. Flera av oss var medförfattare även till den rapporten och i det här avsnittet tar vi upp några av rapportens rekommendationer mot bakgrund av slutsatserna i CIH 3.0.

I rapporten från 2014 presenterades prognoser för framtida ökning av svenskt hälsobistånd baserat på antaganden om ekonomisk tillväxt och ökade investeringar i hälsa. Rapporten framhöll att det finns goda skäl för att öka andelen av det svenska biståndet som går till hälsa med tanke på den enorma avkastningen från hälsoinvesteringar som GH2035-rapportens beräkningar visade (ett kostnads-nyttoförhållande på mellan 9 och 20 gånger). Vi kan nu konstatera att varken tillväxten i det svenska biståndet totalt eller andelen som går till hälsa har utvecklats i linje med dessa förslag. I nominella termer ökade svenskt hälsobistånd från 2013 till 2022 från 3 763 miljoner kronor till 5 910 miljoner kronor, men andelen av det svenska biståndet som går till hälsa minskade från 13 procent 2013 till 11,3 procent 2022. Så varken i absoluta tal eller som andel av det totala biståndet har tillväxten för hälsobistånd motsvarat våra förhoppningar.

En annan rekommendation från 2014 års rapport var att svenskt hälsobistånd i allt större utsträckning borde rikta in sig på högprioriterade kärnfunktioner, ("core functions" enligt GH2035), inklusive tillhandahållande av globala kollektiva nyttigheter samt ledarskap och styrning inom global hälsa. Vi noterar att en ökande andel av svenskt hälsobistånd kanaliseras genom multilateralt samarbete – 65 procent 2022 jämfört med 60 procent 2013, vilket tyder på ett ökat fokus på multilaterala organisationer. Trots det är det inte möjligt att utifrån dessa övergripande siffror dra slutsatser om i vilken utsträckning finansieringen har inriktats på de prioriterade kärnfunktioner som beskrivs i GH2035. Som diskuterades i 2014 års rapport ger många av de multilaterala organisationer som är mottagare av svenskt hälsobistånd, exempelvis Globala fonden, Gavi och UNFPA, främst direkt stöd till länder (vad CIH kallar lokala funktioner), och så ser det ut även 2024.

En kärnfunktion som betonades starkt i rapporten från 2014 var förberedelse inför nästa pandemi och hantering av antimikrobiell resistens (AMR). Sedan 2014 har Sverige förvisso fortsatt att ta en ledande roll för att hålla AMR högt upp på agendan, bl.a. genom att utnämna en ambassadör för AMR. I efterhand kan man dock samtidigt konstatera att covid-19-pandemin var en väckarklocka som visade på otillräckliga investeringar i pandemiberedskap och global ojämlikhet i tillgången till vaccin.

Rapporten från 2014 lyfte också fram behovet av att förbättra ledarskapet och styrningen inom global hälsa, och i det sammanhanget lyftes Sveriges historiskt starka stöd till multilaterala organisationer som WHO och UNAIDS fram som positiva exempel. Tio år senare ifrågasätts UNAIDS roll och Sverige meddelade nyligen att man kommer att avsluta sitt kärnstöd till organisationen från och med 2025. Även om det är rimligt att diskutera om det ska finnas ett eget FN-organ som fokuserar på endast ett specifikt sjukdomsområde, vill vi upprepa det stora behovet av ett starkt globalt ledarskap för hälsa och att någon bär ansvar för att samla in och sammanställa robusta data om internationella hälsoindikatorer. Hälsobiståndet har

en avgörande roll för att finansiera dessa kärnfunktioner i det globala systemet de kommande 25 åren. Sverige har historiskt spelat en viktig roll i detta avseende och det vore olyckligt om beslutet att stoppa kärnstödet till UNAIDS innebär att Sverige tar ett steg tillbaka från sitt traditionellt starka stöd till globala hälsoinstitutioner.

Resultaten från CIH 3.0 har betydande konsekvenser för våra rekommendationer om svenska hälsobistånd framöver. Att investera i hälsa är ett klokt och betydelsefullt beslut. Vi rekommenderar för det första att Sverige vänder trenden med att avsätta en minskande andel av sitt totala officiella utvecklingsbistånd (Official Development Assistance, ODA) för hälsa. Med tanke på den rådande inflationskrisen och den svenska regeringens avsteg från enprocentsmålet för svenskt ODA finns det en reell risk att svenskt hälsobistånd allvarligt undermineras. För det andra bör det direkta bilaterala stödet prioritera de ekonomiskt svagaste och minst utvecklade länderna. Även om begreppet att länder ”tar examen” från bistånd har diskuterats under en tid, blir begreppet mer relevant i takt med att fler länder går från att vara låginkomstländer till att bli medelinkomstländer. Slutligen krävs ett starkt globalt ledarskap för att hantera globala hälso-utmaningar. Sverige har historiskt sett spelat en avgörande roll för att stödja globala hälsoinstitutioner, och det är sannolikt viktigare än någonsin att Sverige fortsätter att upprätthålla denna roll.

Nästa steg för CIH 3:0: att omsätta evidens till handling

Efter lanseringen av CIH 3.0-rapporten vid världshälsotoppmötet i Berlin 2024 inleder Lancetkommissionen ett program med aktiviteter som syftar till att omsätta evidensen från GH2050 till politiska åtgärder. Ett viktigt verktyg för denna omvandling är de nationella CIH 3.0-kommissionerna, som leds av nationella beslutsfattare med tekniskt stöd från GH2050-författarna.

De nationella kommissionerna inom CIH 3.0 är utformade efter de kommissioner som lanserades efter GH2035, t.ex. kommissionerna i Mexiko och Myanmar. CIH genomförde och publicerade flera analyser av hur Mexiko skulle kunna uppnå målen i GH2035, inklusive publikationer på spanska i en mexikansk tidskrift (Beyeler et al., 2015) och i "Lancet Global Health" (Gonzalez-Pier et al., 2016), och presenterade detta arbete för Mexikos hälsoministerium. CIH fick också i uppdrag av Myanmars kommission att genomföra en analys med titeln "Investing in health in Myanmar: How can the country reach grand convergence and pro-poor universal health coverage?" (Commission on Investing in Health, 2016).

Vid sidan av dessa nationella kommissioner samarbetar CIH också med bilaterala och multilaterala givare för att analysera hur CIH 3.0-rapporten kan påverka biståndsgivares finansiering och politik. En djupgående diskussion om rapportens konsekvenser för varje enskild givare får inte plats i detta dokument, men som en fallstudie har vi i Box 1 nedan beskrivit våra rekommendationer till Europeiska unionen.

GH2050 är medveten om de många utmaningar som väntar men analysen visar på en väg för alla länder att halvera antalet förtida dödsfall till 2050. Nationella kommissioner är nästa steg i att operationalisera hur länder kan uppnå målet "50 till 50". Genom att initialt fokusera resurserna mot en snäv uppsättning hälsointerventioner och öka finansieringen för att utveckla ny hälsoteknik ligger målet inom räckhåll.

Box 1: Rekommendationer från CIH 3.0-rapporten till Europeiska unionen

Finansiering av forskning och utveckling

EU:s framtida forskningsfinansiering kommer sannolikt att vara betydande. I Mario Draghis rapport om den europeiska konkurrenskraftens framtid anges t.ex. att ”budgeten för det nya ramprogrammet (FP10) bör fördubblas till 200 miljarder euro per 7 år” (Draghi, 2024). Den första rekommendationen gäller EU:s forskningsfinansiering. En större andel av forskningsbudgeten i EU:s ramprogram för forskningsinnovation – Horizon Europe för 2021–2027 och därefter ramprogram 10 (FP10) med start 2028 – bör gå till global hälsa, inklusive förbisedda tropiska sjukdomar. EU:s forskningsfinansiering är avgörande för samarbetet mellan EU och afrikanska länder för att bekämpa infektionssjukdomar, förbisedda tropiska sjukdomar och antimikrobiell resistens. Ytterligare finansiering bör också bidra till samarbetet med afrikanska länder.

Beredskap och insatser mot pandemier

Myndigheten för beredskap och insatser vid hälsokriser (HERA), som inrättades som ett generaldirektorat inom Europeiska kommissionen, spelar en roll inom bl.a. forskning och utveckling (FoU), PPR, AMR och samarbete med Afrika. HERA är t.ex. det center som leder EU:s samordning av mpox-utbrottet 2024, inklusive potentiella donationer av vacciner till drabbade länder i Afrika. HERA:s budget bör ökas i linje med dess uppdrag och stora omfattning, inklusive tillräckliga resurser för att stödja storskaliga investeringar i FoU. Dessutom bör EU bygga vidare på HERA:s resultat inom internationellt samarbete och stöd till låg- och medelinkomstländer, inklusive samarbetet med Afrikas centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar.

Antimikrobiell resistens – AMR

EU dess medlemsstater har prioriterat kampen mot AMR. EU behöver nu fortsätta att visa globalt ledarskap inom AMR genom fler incitament för utveckling av nya antimikrobiella medel, ökad finansieringen av forskning och utveckling och intensifierat arbete inom fyrapartssamarbetet (WHO, FN:s livsmedels- och jordbruksorganisation, Världsgesundhetsorganisationen för djurhälsa och FN:s miljöprogram). HERA kan också bidra med teknisk kompetens.

Volymen på EU:s hälsobistånd

EU bör öka hälsobiståndet. Global hälsa är en av prioriteringarna för EU, och Afrika söder om Sahara får en betydande andel av EU:s bilaterala offentliga utvecklingsbistånd 2021–2027. Under de senaste åren har dock konkurrerande politiska prioriteringar och ökad finansiering till Ukraina lett till en minskning av resurser till låginkomstländer. I EU:s nästa budgetram bör global hälsa och Afrika söder om Sahara förbli viktiga tematiska och geografiska prioriteringar vid fördelningen av medel.

Immaterialrätt inom global hälsa

EU bör visa större öppenhet för immaterialrättsliga undantag när det gäller medicinska åtgärder vid en pandemi (läkemedel, vacciner, diagnostik), i synnerhet om WHO har förklarat att det råder ett internationellt hot mot folkhälsan. När det gäller delning av immateriella rättigheter och tekniköverföring har förhandlingarna om pandemifördraget visat att EU fortfarande är motståndare till att göra sådan delning och överföring obligatorisk vid framtida pandemier (Cullinan, 2023). EU förespråkar i stället flexibla frivilliga strategier och långsiktig kapacitetsuppbyggnad.

Referenser

Arrow K. Saving a malaria program that saves lives. New York Times Nov 13, 2012. <https://www.nytimes.com/2012/11/14/opinion/saving-a-malaria-program-that-saves-lives.html>

Barter DM, Agboola SO, Murray MB, Bärnighausen T. Tuberculosis and poverty: the contribution of patient costs in sub-Saharan Africa – a systematic review. BMC Public Health 2012;12:980.

Berkley S, Bobadilla JL, Hecht R, et al. World development report 1993: investing in health. Washington, DC: World Bank Group, 1993. <http://documents.worldbank.org/curated/en/468831468340807129/World-development-report-1993-investing-in-health>

Beyeler N, González-Pier E, Alleyne G, et al. Salud global 2035: implicaciones para México. Salud Pública de México. vol.57 no.5 Cuernavaca Sept/Oct 2015.

Bloomberg MR, Summers LH, Ahmed M. Health Taxes to Save Lives. Employing Effective Excise Taxes on Tobacco, Alcohol, and Sugary Beverages. 2019. Tillgänglig på: <https://www.bloomberg.org/public-health/building-public-health-coalitions/task-force-on-fiscal-policy-for-health/>

Commission on Investing in Health. Investing in health in Myanmar: How can the country reach grand convergence and pro-poor universal health coverage? January 2016. <https://globalhealth2050.org/files/2024/04/myanmar-brief.pdf>

Crager SE. Improving global access to new vaccines: intellectual property, technology transfer, and regulatory pathways. Am J Public Health 2014;104:e85–91.

Cullinan K. Intellectual Property Negotiations Belong at WTO, European Countries Tell Pandemic Accord Negotiations. Health Policy Watch, 6 Nov 2023. <https://healthpolicy-watch.news/intellectual-property-negotiations-belong-at-wto-european-countries-tell-pandemic-accord-negotiations/>

Dybul M. A grand convergence and a historic opportunity. Lancet 2013;382:e38–9.

Draghi M. The future of EU competitiveness. Sept 2024.

https://commission.europa.eu/topics/strengthening-european-competitiveness/eu-competitiveness-looking-ahead_en

González-Pier E, Barraza-Lloréns M, Beyeler N, et al. Mexico's path towards the Sustainable Development Goal for health: an assessment of the feasibility of reducing premature mortality by 40% by 2030. *Lancet Glob Health* 2016; 4: e714–25.

Gnugesser E, Chwila C, Brenner S, et al. The economic burden of treating uncomplicated hypertension in Sub-Saharan Africa: a systematic literature review. *BMC Public Health* 2022;22:1507.

Horton R. Offline: Can one turn an aspiration into reality?
Lancet 2015;385:492.

Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013; 382: 1898–955.

Jamison DT, Sandbu M, Wang J. Why has infant mortality decreased at such different rates in different countries? *J Health Econ.* 2016;48:16–25.

Jamison DT, Summers LH, Chang AY, et al. Global health 2050: the path to halving premature death by 2050. *Lancet* 2024 (in press).

Keita M, Boland ST, Okeibunor J, et al. 10 years after the 2014–16 Ebola epidemic in west Africa: advances and challenges in African epidemic preparedness. *Lancet* 2024; 403:2573–2575.

Norheim OF, Jha P, Admasu K. Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010–2030: review of national mortality trends to help quantify the UN Sustainable Development Goal for health. *Lancet* 2015;385:239–52.

Norheim OF, et al. Halving premature death and improving the quality of life at all ages. Background paper for CIH 3.0 [Internet]. 2024. Tillgänglig på: <https://www.uib.no/en/bceps/170424/lancet-commission-investing-health-cih3>

Ogbuoji O, Schäferhoff M, Zimmerman A, Fawole A, Yamey G. Health and economic benefits of improving efficiencies in product development for neglected diseases, emerging infectious diseases, and maternal health. 2024. <https://centerforpolicyimpact.org/wp-content/uploads/sites/18/2024/07/health-and-economic-benefits-of-improving-efficiencies-in-product-development.pdf>

Schäferhoff, M, Zimmerman A, Foppe M, Yamey G, Jamison D. Financing for international collective action for health between 2020–2022. Background paper for CIH 3.0. 2024; Tillgänglig på:

<https://www.uib.no/en/bceps/170424/lancet-commission-investing-health-cih3>

Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, et al. Advancing social and economic development by investing in women’s and children’s health: a new Global Investment Framework. *Lancet* 2014; 383:1333–1354.

United Nations. World Population Prospects 2024. Department of Economic and Social Affairs, 2024. <https://population.un.org/wpp/>

Wang LX. Global drug diffusion and innovation with the medicines patent pool. *J Health Econ* 2022 Sep;85:102671.

Watkins DA, Nugent R, Yamey G, et al. Intersectoral Policy Priorities for Health. In: *Disease Control Priorities (third edition): Volume 9*. Jamison DT, Gelband H, Horton S, et al. (eds). Washington, DC: World Bank, 2017.

Watkins DA, Yamey G, Schäferhoff M, et al. Alma Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. *Lancet* 2018; 92:1434–1460.

World Health Organization. *The World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization; 2010.

World Health Organization. *Global health estimates: leading causes of death in 2019*. Published 2021. Geneva: WHO; 2021.

World Health Organization, World Bank. *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report [Internet]*. Washington, DC: World Bank; 2023. Tillgänglig på: <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/1ced1b12-896e-49f1-ab6f-f1a95325f39b>

Yamey G, Saxenian H, Hecht R, Sundewall J, Jamison DT. Sweden’s development assistance for health—policy options to support the Global Health 2035 goals. EBA report 02|2014, https://eba.se/wp-content/uploads/2014/11/891866_EBA_WEB_LR.pdf

Yamey G, Sundewall J, Saxenian H, et al. Reorienting health aid to meet post-2015 global health challenges: a case study of Sweden as a donor.

Oxford Review of Economic Policy 2016;32:122–146.

<https://academic.oup.com/oxrep/article/32/1/122/2452856>

Yamey G, Watkins D. Let's end the fuzziness in universal health coverage.

Global Health Now. Oct 25, 2018. [https://globalhealthnow.org/2018-](https://globalhealthnow.org/2018-10/lets-end-fuzziness-universal-health-coverage)

[10/lets-end-fuzziness-universal-health-coverage](https://globalhealthnow.org/2018-10/lets-end-fuzziness-universal-health-coverage)