

30.10.2025

Verdens beste forsikring

Hvordan investeringer i global helsesikkerhet
beskytter både Norge og verden

CINDY ROBLES

EIRIK MOFOSS





INNHALDSFORTEGNELSE

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn og anbefalinger	4
Anbefalinger	5
3. Global helsesikkerhet: Hva står på spill?	7
3.1 Definisjoner	7
3.2 Globale helsesikkerhetsrisikoer	7
3.3 Strukturelle svakheter i lavinntektsland og konsekvenser for Norge	9
4. Caser som viser verdien av investering i helsesikkerhet	12
5. Den globale helseberedskapsarkitekturen	13
5.1 Oversikt og aktører	13
5.2 Utfordringer	15
5.3. En verden i endring: nye maktforhold og global helsesikkerhet	18
6. Global helse: Et underfinansiert globalt fellesgode	20
6.1 Helsesikkerhet som et globalt fellesgode	20
6.2 Hvordan bør norsk finansiering av global helsesikkerhet se ut?	20
7. WHO - kjernen i den globale helseberedskapsarkitekturen	24
7.1 WHO's mandat og rolle innen global helseberedskap	24
7.2 HEPR - et helhetlig rammeverk for beredskap og resiliens	24
7.3 Behov for reform	27
8. Hva bør Norge gjøre?	29
9. Avslutning	31
Sluttnoter	33



1. Sammendrag

Neste helsekrise kommer – vi vet bare ikke *når* eller *hvor*. Det kan være en ny pandemi, antibiotikaresistens som gjør vanlige infeksjoner dødelige, eller klimadrevne sykdomsutbrudd som krysser grenser. Men én ting vet vi sikkert: selv om krisen neppe vil starte i Norge, vil den trolig ramme oss.

Helsesikkerhet bør derfor være en del av norsk sikkerhetspolitikk – på linje med forsvar og samfunnsberedskap. For Norge er et lite, åpent land; Vi er sårbare når andre lands helsesystemer svikter, og sykdommer sprer seg raskt gjennom handel, reiser og migrasjon. Det handler ikke bare om bistand og solidaritet, men om å beskytte oss selv.

Hvis en ny pandemi rammer nå, kan vi være enda mer sårbare enn i 2019, ifølge en fersk rapport fra Global Preparedness Monitoring Board (GPMB) – en ekspertgruppe på helsesikkerhet under WHO og Verdensbanken.¹ Vi var for dårlig forberedt den gang, ifølge koronakommisjonene, og har tilsynelatende ikke lært av det.² GPMB advarer om at «*the world is dangerously unprepared*» og oppfordrer land til å integrere helseberedskap i sine nasjonale sikkerhetsstrategier. Det er ikke nok å investere i synlige og akutte kriser.

Verdens militærutgifter er mer enn hundre ganger så store som all finansiering til pandemiforebygging.³ Tilstrekkelig global pandemiberedskap anslås å koste 100–150 milliarder kroner i ekstra investeringer årlig, ifølge Verdensbanken og WHO.⁴ Det er rundt 0,01 prosent av verdens BNP, og Norges andel av dette er mindre enn prisen på et kamphjelm per år. Dette kan likevel redde mange liv, også i Norge.

I lavinntektsland, spesielt Afrika sør for Sahara, overbelastes svake helsevesen, knapt gjenoppbygget etter covid-19. Nå rammes de av nye sykdomsutbrudd parallelt med klimadrevne sykdomsendringer og humanitære kriser. Disse landene har ikke ressursene som trengs for å hindre at små utbrudd utvikler seg til globale kriser.

WHO har estimert at helsekriser koster verden 13 000 milliarder kroner årlig, samt at beløpet vil øke uten varig og koordinert økt finansiering til helseberedskap.⁵ Ifølge Pandemifondet kan imidlertid én krone investert i beredskap spare samfunnet for opptil 17 kroner i unngåtte fremtidige kostnader.⁶

Dette notatet presenterer ti konkrete anbefalinger til norske politikere for å forsikre oss mot nye helsekriser. Og aller viktigst er tre overordnede grep:

1. **Behandle helsesikkerhet som sikkerhetspolitikk** og en del av norsk totalberedskap.
2. **Finansier helsesikkerhet fra flere budsjettområder** (ikke bare bistandsbudsjettet), slik vi gjør for forsvar og samfunnssikkerhet. NATOs prosentmål er relevant.
3. **Norge bør bidra til å etablere en global avtale om helsesikkerhet – inspirert av Paris-avtalen**, som samler land, givere og institusjoner bak felles mål, nasjonale forpliktelser og koordinert finansiering.

Større investeringer i helsesikkerhet kan være verdens beste forsikring – og billig på lang sikt. Spørsmålet er ikke om vi har råd til å satse, men om vi har råd til å la være.



2. Bakgrunn og anbefalinger

Nordmenn er opptatt av forsvar og sikkerhet – likevel snakker vi nesten ikke om *helsesikkerhet*.⁷ Dette til tross for at helseberedskap er Norges svakeste ledd i sikkerhetspolitikken. Vi investerer titalls milliarder kroner i kampfly og andre forsvarsinvesteringer, i tilfelle angrep fra andre stater. Men vi investerer ikke tilsvarende i å forsikre oss mot helsetrusler – selv om de er blant de mest sannsynlige og kostbare truslene mot oss som nasjon.

Pandemier er ikke bare blant de mest sannsynlige krisene som kan ramme Norge, det er også den krisen som er estimert til å ha de *mest alvorlige konsekvensene*. Dette skriver Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) i sin analyse.⁸

Covid-19-pandemien avslørte hvor dårlig forberedt verden var på globale helsetrusler. Prisen for manglende beredskap var høy, både i menneskelige og økonomiske tap. Over tjue millioner liv gikk tapt, ifølge en rapport fra Verdensbanken.⁹ Svake helsesystemer, manglende vaksine- og testkapasitet og store økonomiske sårbarheter gjorde at millioner av mennesker ble stående uten beskyttelse. Vi så også hvordan globale ulikheter i tilgang til medisiner og vaksiner forlenget krisen og økte de menneskelige og økonomiske kostnadene.

Likevel står vi fortsatt sårbare foran neste krise. En internasjonal ekspertkommisjon estimerte i fjor at det er 50% sannsynlig at vi får en ny pandemi som er minst like dødelig som Covid-19 før 2050.¹⁰ Nye helsetrusler kommer – spørsmålet er ikke *om*, men *når*. Og når helsesikkerheten er svak i deler av verden, blir alle mer sårbare.

Et kjede er ikke sterkere enn sitt svakeste ledd, og konsekvensene av en ny pandemi for Norge er de samme uavhengig av hvor den oppstår. Når et nytt virus krysser våre landegrenser har den største skaden allerede skjedd. Et utbrudd som har blitt pandemisk er nemlig svært vanskelig å stoppe. Et bedre alternativ til reaktiv beredskap kun i Norge, er å proaktivt bidra til en *global dugnad* for å øke helsesikkerheten overalt – også i fattigere land.

I mange lavinntektsland er offentlige helsebudsjetter tilbake på 2019-nivå, ifølge en rapport fra Verdensbanken om helseinvesteringer fra 2019 til 2023.¹¹ Etter 21 prosent reduksjon i global helsebistand fra 2024 til 2025, ser det enda verre ut nå.¹² Dette rammer funksjonene som skal oppdage og stoppe neste pandemi og andre helsekriser, deriblant overvåkingssystemer, laboratorier, beredskapsplaner og regional responskapasitet.

Samtidig skyter antallet helsekriser i Afrika i været. Antallet registrerte akutte helsehendelser har økt med 41 prosent på to år (fra 152 i 2022 til 213 i 2024).¹³ Gjentatte utbrudd av Mpox, Ebola, kolera, meslinger og Marburg-viruset – kombinert med klimadrevne sykdomsendringer og humanitære kriser i blant annet Øst-Kongo, Sahel og Sudan – overbelaster helsevesen som i mange tilfeller knapt er gjenoppbygget etter covid-19, og som ikke har ressursene som trengs for å hindre at små utbrudd utvikler seg til nye globale kriser.

Det multilaterale systemet er samtidig under press. Rivalisering mellom stormaktene, svekket tillit til internasjonale institusjoner og kutt i finansiering har gjort det vanskeligere å samle verden om felles løsninger. FN-systemet, inkludert Verdens helseorganisasjon (WHO), står midt i



en nødvendig reformprosess for å bevare legitimitet og handlekraft. For helsesikkerhet har dette direkte konsekvenser: Uten et sterkt og koordinert multilateralt system blir responsen mer fragmentert, mer donorstyrt, mindre rettferdig og mindre effektiv. Vi må derfor tenke mer langsiktig og helhetlig ved å gjøre WHO og den globale helsearkitekturen mer effektiv, uavhengig, fleksibel og bedre finansiert.

Global helsesikkerhet er ikke bare et spørsmål om solidaritet eller utviklingspolitikk - det er også sikkerhetspolitikk, og norsk interessepolitikk. Skal vi lykkes, trengs det mer enn bare god beredskap i Norge. Det trengs også langsiktige investeringer i robuste helsesystemer globalt, samt investeringer i og reform av internasjonale institusjoner og organisasjoner med mandat og kapasitet til å koordinere innsatsen.

Anbefalinger

Norge bør:

- 1) **Gjøre global helsesikkerhet til en integrert del av sikkerhetspolitikk og totalberedskap, på linje med forsvar og energiforsyning.** Infeksjoner og sykdom forårsaket av bakterier og virus er en utfordring både i fredstid og krig. Biologiske våpen kan brukes både i krigføring og terror. Vaksiner, gode systemer og annen helseberedskap er nyttig uansett. Helsesikkerhet må derfor integreres i nasjonale sikkerhetsstrategier og sees på som en del av norsk totalberedskap.
- 2) **Øke investeringene i helsesikkerhet – på tvers av budsjettområder.** Dagens nivå er uansvarlig lavt gitt risikobildet og de forventede kostnadene ved manglende beredskap når katastrofer inntreffer. I dag finansieres helsesikkerhet kun med midler fra bistandsbudsjettet, som er begrenset til én prosent av BNI, noe som skaper et uheldig og kunstig tak. Deler av investeringene må skje fra andre budsjettområder, slik flere andre land gjør. Et eksempel er støtte til aktører som WHO, CEPI og regionale organisasjoner som Africa CDC som bidrar til god folkehelse og samfunnssikkerhet – ikke bare bistand. Det bør blant annet vurderes hvilke tiltak som kan finansieres over forsvarsbudsjettet innenfor NATOs nye 5 %-mål, hvorav 1,5 % kan gå til sivil beredskap.
- 3) **Ta initiativ til en global avtale om helsesikkerhet etter lignende prinsipper som Paris-avtalen** – med felles mål, nasjonale forpliktelser og koordinert finansiering. En slik avtale må understøtte det reviderte internasjonale helsereglementet (IHR) under WHO og pandemiavtalen og som muliggjør en samlet innsats for forebygging, beredskap og respons i et system, der land og givere bidrar forutsigbart og i fellesskap til å styrke global helsesikkerhet. WHO bør ha en sentral og koordinerende rolle i dette arbeidet.
- 4) **Støtte utviklingen av forhåndsarrangerte finansieringsmekanismer («Day-Zero Financing»)** som kan utløses straks WHO erklærer en global helsetrussel, for å sikre rask produksjon og rettferdig fordeling av vaksiner, tester og medisiner.
- 5) **Følge opp Lusaka-agendaen for helseinvesteringer og rammeverket Accra Reset.** Førstnevnte innebærer blant annet å investere i tidlige varslings- og overvåkingssystemer for smittsomme sykdommer, bygge kapasitet i helsetjenester og



laboratorier i sårbare områder, og integrere klimatilpasning i beredskapsplanlegging. Samtidig bør Norge bidra til at finansiering og samarbeid følger prinsippene fra Accra Reset – med sterkere nasjonalt eierskap, bedre koordinering mellom givere og institusjoner, og mer forutsigbare, flerårige investeringer i helsesystemer.

- 6) **Arbeide for at Pandemifondet forblir en midlertidig katalysator og ikke utvikler seg til en permanent institusjon.** Det innebærer å fremme at fondet får en tydelig exit-strategi og at mandatet evalueres i 2029, slik at videreføring kun skjer dersom det kan dokumenteres at fondet gir merverdi og styrker, ikke fragmenterer, den globale helseberedskapsarkitekturen
- 7) **Prioritere forebygging fremfor kriserespons.** Norge bør bidra til at mer av de globale ressursene går til forebygging – som nasjonale handlingsplaner for helsesikkerhet (NAPHS), styrket laboratoriekapasitet, tidlig varsling og helsesystemstyrking – fordi dette gir langt høyere beredskapseffekt og reduserer kostnadene ved framtidige pandemier og andre helsekriser.
- 8) **Styrke kjernefinansieringen til WHO og gjøre den flerårig.** Helsesikkerhet krever langsiktige investeringer i laboratorier, overvåkning, forsyningskjeder og lokalsamfunn. Det krever forutsigbarhet. Norge bør derfor gjøre flerårige avtaler med WHO gjennom romertallsvedtak i Stortinget. Dessuten bør Norge som giver og styremedlem bidra til at en større andel av WHOs samlede finansiering ikke øremerkes.
- 9) **Utvid og styrk WHOs rolle som global motor for helsesystembygging.** WHO arbeider allerede med å styrke helsesystemer, men ressursene og mandatet står ikke i forhold til behovene. Norge bør bidra til at WHO får tydeligere mandat, fleksibel finansiering og kapasitet til å drive forebyggende arbeid og bygge robuste nasjonale helsesystemer – ikke primært reagere i kriser. En slik rolle vil gjøre WHO til den sentrale plattformen for global helseberedskap, og skifte tyngdepunktet vekk fra global respons.
- 10) **Arbeide aktivt for implementering av pandemiavtalen fra 2025,** tross avtalens svakheter knyttet til håndhevingsmekanismer og finansiering. Norge bør bidra til at implementeringen blir reell – blant annet ved å koble avtalen til eksisterende instrumenter som revidert IHR og WHOs rammeverk for global helseberedskap (Health Emergency Preparedness, Response and Resilience - HEPR)



3. Global helsesikkerhet: Hva står på spill?

3.1 Definisjoner

WHO definerer [global helsesikkerhet](#) som tiltakene – både proaktive og reaktive – som kreves for å redusere faren ved og konsekvensene av akutte *folkehelsehendelser* som truer menneskers helse på tvers av landegrenser.

Begrepet *helsesikkerhet* er imidlertid ikke nøytralt.¹⁴ For noen land har det først og fremst handlet om å beskytte egen befolkning mot at sykdommer sprer seg over landegrenser – en snever forståelse som i stor grad bygger på nasjonal egeninteresse. Andre legger til grunn et bredere perspektiv, der helsesikkerhet innebærer å bygge robuste helsesystemer, sikre rettferdig tilgang til vaksiner og behandling, og beskytte de mest sårbare. Denne spenningen gjør at helsesikkerhet kan fungere både samlende og splittende: Brukt for snevert, kan det fremstå som egeninteresse; forstått som et globalt fellesgode, kan det derimot styrke legitimiteten til en mer solidarisk og langsiktig innsats.

Det er også nyttig å skille mellom *helsesikkerhet* og *helseberedskap*. Helseberedskap viser til den konkrete *kapasiteten* til å forebygge, oppdage og håndtere kriser på nasjonalt nivå som laboratorier, overvåkingssystemer, helsepersonell og forsyningskjeder. Helsesikkerhet er et bredere og mer politisert begrep som handler om hvordan land og institusjoner samarbeider for å redusere felles risiko. Når begrepene blandes, kan det skape uklarhet om hva som egentlig prioriteres: egen nasjonal trygghet eller global solidaritet. Nettopp derfor er det viktig at Norge fremmer en forståelse der *helseberedskap* ses som *byggesteinene i helsesikkerhet*, og der *helsesikkerhet* forstås som et *globalt fellesgode* vi alle har ansvar for å investere i.

Internasjonalt brukes derfor begrepet «den globale helseberedskapsarkitekturen» om systemet av institusjoner, finansieringsmekanismer og styringsstrukturer som skal forebygge, oppdage og håndtere helsetrusler.

Helsesikkerhet beskriver målet – en trygg verden mot helsetrusler – mens helseberedskap beskriver systemet og prosessene som gjør det mulig å oppnå det målet. Det er disse definisjonene vi legger til grunn i notatet.

3.2 Globale helsesikkerhetsrisikoer

Covid-19-pandemien ble en kraftig påminnelse om de enorme kostnadene ved manglende beredskap. Den avdekket alvorlige svakheter i den globale helseberedskapsarkitekturen: varslingsystemene fungerte ikke raskt nok, internasjonal koordinering ble hemmet av politiske spenninger, og ressursfordelingen var urettferdig – med høyinntektsland først i køen for vaksiner og medisiner. WHO klarte å samle og spre kunnskap og standarder, men manglet både myndighet og ressurser til å sikre at medlemslandene fulgte opp sine forpliktelser. I mange lavinntektsland sto beredskapsplaner på papiret, men var underfinansiert og uten operasjonell kapasitet. Resultatet var at et utbrudd som kunne vært begrenset tidlig, utviklet seg til en global krise med enorme menneskelige og økonomiske konsekvenser.



Til tross for lærdommene fra pandemien er helseberedskapen i mange utviklingsland fortsatt preget av alvorlige strukturelle svakheter. WHO har estimert at over 70 % av landene i verden fortsatt har store hull i sine nasjonale beredskapssystemer.¹⁵ Mange land mangler grunnleggende laboratoriekapasitet, varslingssystemer eller samhandling mellom helsesektoren og andre kritiske sektorer. Der det finnes planer, er de ofte ikke konkretisert eller tilstrekkelig finansiert. Dette rammer særlig lavinntektsland – men manglende beredskap i disse landene svekker også hele verdens evne til å stanse utbrudd før de vokser til kriser.

Globalt ser vi en økning av flere helsesikkerhetsrisikoer. Nedenfor beskrives de viktigste:

Pandemier utgjør den mest åpenbare og akutte helsesikkerhetsrisikoen. De siste hundre årene har verden opplevd flere store pandemier, fra spanskesyken til influensapandemiene på 1900-tallet, hiv/aids og senest covid-19. Felles for disse er at de oppstår relativt sjeldent, men med potensial til å forårsake enorme menneskelige og økonomiske tap. Økt mobilitet, urbanisering, klimaendringer og press på naturen gjør sannsynligheten for nye pandemier større i dag enn tidligere. Zoonoser – sykdommer som hopper fra dyr til mennesker – utgjør særlig høy risiko, da rundt 75 prosent av nye smittsomme sykdommer har slik opprinnelse.¹⁶ Med stadig tettere kontakt mellom mennesker, husdyr og ville dyr øker muligheten for nye utbrudd som raskt kan utvikle seg til globale kriser. Pandemier er dermed ikke et historisk unntak, men en forutsigbar del av fremtiden – og et kjerneargument for å behandle helsesikkerhet som et sikkerhetspolitisk spørsmål.

Klimakrisen fungerer som en «trusselmultiplikator» for global folkehelse.¹⁷ Høyere temperaturer, mer ekstremvær og endrede nedbørsmønstre skaper bedre vilkår for sykdomsbærende mygg og vannbårne infeksjoner, slik at sykdommer som dengue, malaria og kolera sprer seg til områder som tidligere var mindre utsatt – inkludert deler av Europa. Klimarelaterte naturkatastrofer som flom, orkaner og tørke ødelegger helseinfrastruktur og forurensrer vannforsyninger, noe som øker risikoen for akutte utbrudd. Samtidig bidrar klimaendringer til underernæring og tettere kontakt mellom mennesker og dyr, noe som både svekker folkehelsen og øker risikoen for zoonotiske sykdommer. Dette gjør klimakrisen til en drivkraft for fremtidige pandemier og understreker behovet for helhetlige løsninger på tvers av helse- og miljøsektoren.

Antimikrobiell resistens (AMR) er en stille, men raskt voksende helsetrussel. Når bakterier utvikler resistens mot antibiotika, mister vi et av medisinenes viktigste verktøy. Det betyr at vanlige infeksjoner igjen kan bli livstruende, og at avansert medisinsk behandling – som kirurgi, kreftterapi og intensivbehandling – blir langt mer risikofylt. The Lancet har anslått at AMR allerede forårsaker over 1 million dødsfall årlig, og er en medvirkende faktor i nesten 5 millioner dødsfall hvert år.¹⁸ Uten en kraftig styrking av forebygging og utvikling av nye medisiner, kan AMR innen 2050 bli en av de største globale dødsårsakene, med potensielt 10 millioner dødsfall årlig og enorme økonomiske kostnader. Utviklingsland rammes spesielt hardt. Der er tilgangen på nye antibiotika begrenset, kvaliteten på legemidler ofte ujevn, og infeksjonskontroll svekket av dårlige vann- og sanitærforhold. Resistensutviklingen skaper likevel et globalt problem: resistente bakterier kjenner ingen grenser, og kan spre seg raskt via handel, reiser og matproduksjon. AMR er dermed ikke bare et helseproblem, men en trussel mot moderne medisin og mot økonomisk utvikling.



Konflikter og humanitære kriser undergraver helsesystemer og gjør det umulig å opprettholde grunnleggende beredskap. Sykehus, laboratorier og forsyningslinjer ødelegges, helsepersonell flykter eller mister livet, og store deler av befolkningen står uten tilgang til helsehjelp. I slike situasjoner kan selv små utbrudd utvikle seg til store epidemier fordi systemene for overvåking og respons bryter sammen. Sudan, Gaza, Jemen og Ukraina illustrerer hvordan langvarige konflikter kan føre til kollaps i helsetjenester, med alvorlige konsekvenser også utover landegrensene. Samtidig gjør økende geopolitiske spenninger det vanskeligere å samle ressurssterke land om felles løsninger og finansiering. Dermed oppstår farlige hull i den globale helseberedskapen – nettopp der behovet for internasjonal solidaritet og koordinering er størst.

Økt mobilitet og urbanisering gjør at sykdommer kan spre seg raskere og mer omfattende enn tidligere. Et lokalt utbrudd som før kunne blitt værende regionalt, kan i dag utvikle seg til en global krise i løpet av få dager. Covid-19 viste dette tydelig, men også nyere hendelser som mpox og ebola har spredt seg raskt mellom regioner. Over halvparten av verdens befolkning bor nå i byer, og innen 2050 vil tallet nærme seg 70 prosent. De raskest voksende byene finnes i Afrika og Asia, ofte med slumområder uten tilgang til rent vann, sanitær og helsetjenester. Her kan smitte spre seg eksplosivt, og sårbare grupper rammes hardest. Når lokale utbrudd i slike omgivelser kombineres med global mobilitet, øker sannsynligheten for at de får globale konsekvenser.

Menneskeskapte biologiske trusler, muliggjort av teknologisk revolusjon innen bioteknologi og kunstig intelligens (KI), representerer en helt ny risiko for global helsesikkerhet.¹⁹ Der det tidligere krevde store ressurser å fremstille farlige patogener, gjør KI og syntetisk biologi det i dag mulig å manipulere biologisk materiale langt enklere. Bestilling av DNA-sekvenser og bygging av patogener fra bunnen av senker terskelen ytterligere. KI kan modellere proteinstrukturer og finne vaksine kandidater, men kan også – hvis den misbrukes – bidra til å gjøre virus mer smittsomme eller resistente. Flere studier har vist at KI-modeller kan identifisere giftstoffer eller genmodifikasjoner med potensial for biologisk våpenbruk. Dette betyr at pandemiske trusler ikke lenger bare vil oppstå naturlig, men også kan skapes i laboratorier – bevisst eller ved uhell. Det øker risikoen for at små grupper eller enkeltaktører kan utgjøre en global helse risiko. Dette gjør det nødvendig med bedre biosikkerhetsstandarter, internasjonal regulering og overvåking – samtidig som vi utnytter de positive mulighetene disse teknologiene gir til å styrke medisinsk beredskap.

3.3 Strukturelle svakheter i lavinntektsland og konsekvenser for Norge

Helsesikkerheten i lavinntektsland er preget av en kombinasjon av akutte kriser og vedvarende strukturelle svakheter. Selv om mange land har oppnådd viktige fremskritt, blant annet innen vaksinasjonsdekning og reduksjon av enkelte smittsomme sykdommer, mangler mange grunnmuren som trengs for å bygge robuste systemer. Svak infrastruktur, begrensede ressurser og fragmentert styring gjør at helsesystemene står dårlig rustet både til å håndtere daglige helsebehov og til å møte plutselige utbrudd.

En av de mest grunnleggende utfordringene er mangelen på pålitelig vann-, sanitær- og hygieneinfrastruktur. WHO anslår at nær 26 prosent av helsetjenestene i lav- og mellominntektsland fortsatt ikke har tilgang til rent vann, og at andelen stiger til nær 40 prosent



dersom man inkluderer tjenester med svært begrenset tilgang.²⁰ Dette undergraver grunnleggende infeksjonskontroll og bidrar til at sykdommer som kolera og diaré forblir dødelige i mange lokalsamfunn. I tillegg er mangelen på helsepersonell kritisk. WHO har også beregnet at verden innen 2030 vil mangle 18 millioner helsearbeidere, særlig i Afrika sør for Sahara og i deler av Asia.²¹ Lav lønn, svake utdanningssystemer og omfattende migrasjon av fagpersonell til rikere land forsterker utfordringen.

En annen kritisk utfordring er den manglende laboratorie- og overvåkingsskapasiteten i mange lav- og mellominntektsland. Uten mulighet til å oppdage og analysere nye sykdomsutbrudd tidlig, forblir beredskapsplaner lite effektive. WHO anslår at over 70 prosent av land fortsatt har alvorlige hull i sine systemer for tidlig varsling og laboratorietesting, noe som gjør at sykdommer ofte oppdages først når utbruddet allerede har spredd seg.²²

Finansieringen av helsesikkerhet er også for svak og for fragmentert. Prosjekter er ofte donorstyrte, kortsiktige og dårlig koordinert med nasjonale myndigheter. Det gjør at mange land ender opp med parallelle ordninger som ikke styrker helsesystemet på lang sikt. Denne fragmenteringen svekker også legitimiteten og gjør mottakerlandene mer avhengige av utenlandske givere i stedet for å styrke egen kapasitet.

Mange land sliter dessuten med svak styring og institusjonell kapasitet. Selv når det finnes nasjonale beredskapsplaner, mangler det ressurser og politisk vilje til å gjennomføre dem. Korrumpert forvaltning og hyppige skifter i ledelse gjør at kontinuitet og oppfølging uteblir. Resultatet er at investeringer ofte blir kortvarige og uten varig effekt.

En ytterligere utfordring er manglende tillit mellom befolkning og myndigheter. Under covid-19 så vi at vaksinemotstand og skepsis til helsemyndigheter forsinket kriseresponsen i mange land. Dersom kommunikasjonen svikter, kan selv godt planlagte tiltak mislykkes. Helsesikkerhet er derfor ikke bare et spørsmål om infrastruktur og ressurser, men også om sosial kontrakt og legitimitet.

Disse svakhetene peker mot et mer grunnleggende problem: beredskap bygges ikke i kriser, men i systemene som håndterer dem. Beredskap handler ikke først og fremst om å reagere når en krise oppstår, men om å ha et fungerende system som kan forebygge, oppdage og håndtere kriser før de blir katastrofale. Uten grunnleggende helsesystemer – med utdannet personell, tilgjengelig utstyr, fungerende laboratorier, dataflyt og tillit mellom befolkning og myndigheter – finnes det ingen reell beredskap. Som WHO påpeker, er sterke helsesystemer den mest kostnadseffektive formen for helseberedskap. Å bygge helsesystemer er derfor ikke et alternativ til beredskap, men *selve* beredskapsarbeidet. Det er her investeringene må begynne hvis verden skal stå bedre rustet neste gang en helsekrise treffer.

Når helsesystemer svikter, får det konsekvenser langt utover landets grenser. Til sammen betyr disse utfordringene at helsesystemene i mange lav- og mellominntektsland står svakt både i møte med daglige helsebehov og i møte med kriser. Når utbrudd får utvikle seg uoppdaget eller ukontrollert, svekker det ikke bare helse og utvikling lokalt, men øker også risikoen for globale ringvirkninger. For Norge er dette et direkte sikkerhetsanliggende. Sårbare helsesystemer kan bli kilder til nye flyktningstrømmer, undergrave internasjonal handel og forsyningssikkerhet, og bidra til politisk ustabilitet i regioner som er viktige for norsk



utenrikspolitikk. De kan også forsterke andre grenseoverskridende trusler, som klimaendringer og antibiotikaresistens, som igjen øker presset på vårt eget samfunn. **Å investere i global helsesikkerhet er derfor ikke bare en solidarisk handling, men en strategisk nødvendighet for å beskytte norske liv, interesser og økonomi på lang sikt.**

Helsesikkerhet må ses som en del av samfunnsberedskapen fordi truslene har de samme kjennetegnene som andre sikkerhetstrusler: de rammer hele samfunnet, kommer ofte uventet og får store økonomiske og politiske konsekvenser. Når helsetrusler lammer arbeidslivet, bryter ned forsyningskjeder og presser helsevesenet til bristepunktet, påvirker det både statens styringsevne og befolkningens tillit. På samme måte som vi investerer i forsvar og sivil beredskap for å avskrekke og håndtere kriser, må vi investere i helseberedskap for å beskytte samfunnets grunnleggende funksjoner.

Å løfte global helsesikkerhet inn i den bredere sikkerhetspolitiske agendaen handler også om å se egeninteressen tydelig. For et lite, åpent land som Norge er vi sårbare når globale kriser rammer. Vi har en økonomi som er tett knyttet til internasjonal handel, og en befolkning som er avhengig av stabile forsyningslinjer. Svake helsesystemer i andre land kan bli kimen til kriser som raskt når oss. Derfor kan vi ikke overlate dette til bistand alene – vi må behandle helsesikkerhet som et nasjonalstrategisk anliggende.

Norge har allerede en sikkerhetspolitisk tradisjon for å se forsvar, beredskap og sivile samfunnsfunksjoner i sammenheng gjennom konseptet *totalberedskap*. Helsesikkerhet passer naturlig inn i denne tenkningen. En alvorlig helsekrise kan lamme både militær og sivil beredskap dersom personell blir syke, forsyningslinjer bryter sammen eller helsetjenestene overbelastes. WHO understreker at *grunnleggende akuttberedskap* – som gjennom [Basic Emergency Care](#)-rammeverket fra WHO – er en avgjørende del av helsesikkerhet. Evnen til å gi rask og livreddende behandling på lokalt nivå reduserer dødelighet, styrker tilliten til helsevesenet og bidrar til å holde kritiske samfunnsfunksjoner i gang under kriser.

Helsesikkerhet er også en viktig del av norsk *totalforsvar*. Infeksjoner og sykdom forårsaket av bakterier og virus har vært en utfordring i krigssituasjoner i flere tusen år. I tillegg har biologiske våpen vært brukt i mange kriger. Vaksinasjon er et mottiltak mot begge deler. Petter Iversen, leder i Forsvarets sanitet (FSAN) og sanitetskomiteen i NATO (COMEDS), illustrerer dette på følgende vis:²³

“I Ukraina gjelder 60 prosent av henvendelsene til oss sykdommer som infeksjoner og forverring av kroniske sykdommer. Altså ikke først og fremst krigsskader. (...) Å holde infeksjonene på avstand er utrolig viktig, og her er vaksiner helt avgjørende.”

Vaksiner anses nå som en del av totalberedskapen, med egne beredskapslagre og planer for rask distribusjon ved nye utbrudd.²⁴ Dette illustrerer hvordan helseberedskap og nasjonal sikkerhet henger tett sammen – og hvordan erfaringene fra covid-19 har endret forståelsen av hva som faktisk truer samfunnets stabilitet.

På samme måte som energi- og matsikkerhet nå løftes som integrerte deler av sikkerhetspolitikken, bør også helsesikkerhet integreres i totalberedskapen. Det vil tydeliggjøre at investeringer i global helseberedskap ikke er et tillegg til norsk sikkerhetspolitikk, men en forutsetning for at hele samfunnet skal fungere i krisetider.



4. Caser som viser verdien av investering i helsesikkerhet

Selv om helsesikkerhet ofte kan fremstå abstrakt, finnes det mange konkrete eksempler som viser hvor stor forskjell investeringer i beredskap og respons faktisk kan gjøre. Følgende caser illustrerer hvordan rask mobilisering og robuste helsesystemer kan stanse utbrudd før de blir kriser – og hvordan manglende finansiering kan få dramatiske konsekvenser.

- **Uganda – rask respons på ebola:** Da Uganda opplevde et [ebolautbrudd i 2022](#), kunne WHO raskt mobilisere eksperter, utstyr og vaksiner. Gjennom sitt Health Emergencies Programme koordinerte WHO sporing av smittede, opplæring av helsepersonell og laboratorietesting. Den praktiske responsen på bakken ble levert av nasjonale helsemyndigheter, Africa CDC og Leger Uten Grenser. Utbruddet ble stanset på under fire måneder, et tydelig eksempel på hvordan investeringer i beredskap gir rask effekt når krisen rammer.
- **Guinea – norske forskere stoppet ebola på rekordtid:** Da et [nytt ebolautbrudd](#) ble oppdaget i Guinea i 2015, utviklet forskere ved Universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet, i samarbeid med nasjonale partnere, en analyse som på få dager bekreftet at viruset stammet fra tidligere kjente kjeder.²⁵ Dette ga trygghet for at utbruddet kunne begrenses med eksisterende tiltak, og trusselen ble stanset på rekordtid.
- **Rwanda – forskning på immunitet mot Marburg-viruset:** 2024 [publiserte CEPI og Rwandas helsedepartement](#) en banebrytende studie som gir ny innsikt i hvordan mennesker utvikler immunitet mot Marburg-virus. Forskningen bygger på Rwandas styrkede laboratoriekapasitet og beredskap etter utbruddene i regionen i 2023, og viser hvordan investeringer i nasjonale helsesystemer og forskning gir global verdi. Resultatene støtter utviklingen av nye vaksiner mot filovirus som Marburg og ebola.
- **Mpox i Afrika – konsekvensene av finansieringssvikt:** En fersk artikkel i [The Lancet Global Health \(2025\)](#) viser hvordan globale finansieringskutt har svekket afrikanske lands evne til å håndtere Mpox.²⁶ Da USA i januar 2025 stanset all USAID-støtte til globale helseprogrammer, mistet Malawi 350 millioner dollar – 13 % av statsbudsjettet – med store konsekvenser for HIV-tjenester, mødrehelse og overvåking. Uganda måtte si opp over 2000 helsearbeidere, og Sør-Afrika anslår at kuttet kan resultere i opptil 500 000 unødvendige hiv-relaterte dødsfall over ti år. Samtidig viste samarbeidet mellom Africa CDC, nasjonale myndigheter, WHO og sivilsamfunn at det er mulig å opprettholde koordinering og rask kunnskapsdeling selv under krevende rammevilkår.



5. Den globale helseberedskapsarkitekturen

5.1 Oversikt og aktører

Å beskytte verdens befolkning mot helsetrusler som sprer seg på tvers av landegrenser – det er formålet med den globale helseberedskapsarkitekturen. Ingen land kan alene forebygge eller stanse pandemier, antibiotikaresistens eller klimakriser. Arkitekturen skal derfor sørge for fem hovedfunksjoner:

1. **Forebygge og redusere risiko** – ved å styrke helsesystemer, overvåke nye sykdommer og håndtere bakenforliggende risikofaktorer som klima og matsikkerhet.
2. **Oppdage og varsle tidlig** – gjennom globale og regionale systemer for overvåkning, laboratoriekapasitet og informasjonsdeling.
3. **Respondere effektivt** – ved å mobilisere eksperter, ressurser og koordinert innsats når utbrudd eller andre helsekriser oppstår.
4. **Sikre rettferdig tilgang til verktøy** som vaksiner og medisiner, og
5. **Bidra til gjenoppretting og læring** slik at helsesystemene står sterkere i møte med neste krise.

Kjernen i den globale helseberedskapsarkitekturen er **WHO**. Som den eneste institusjonen med universelt mandat fra medlemslandene har WHO ansvar for å lede og koordinere arbeidet med helsesikkerhet på tvers av landegrenser. Gjennom det internasjonale helsereglementet (IHR) setter WHO de juridisk bindende rammene for hvordan land skal varsle, håndtere og samarbeide om helsetrusler. Organisasjonen driver systematisk oppfølging av medlemslandenes beredskap, blant annet gjennom felles evalueringer og utvikling av **nasjonale handlingsplaner for helsesikkerhet (NAPHS)**. Når kriser oppstår, kan WHO raskt mobilisere eksperter, koordinere mellom land og bistå nasjonale myndigheter.

One Health-samarbeidet, som tar utgangspunkt i at de fleste nye smittsomme sykdommer oppstår i skjæringspunktet mellom mennesker, dyr og natur. WHO har derfor tett samarbeid med **FNs organisasjon for mat og landbruk (FAO)**, **Verdens dyrehelseorganisasjon (WOAH)** og **FNs miljøprogram (UNEP)**. Sammen forsøker de å oppdage zoonotiske trusler tidlig, forbedre varsling og bidra til helhetlige løsninger der folkehelse, dyrehelse og miljø sees i sammenheng. One Health har nå blitt innlemmet som del av Pandemiavtalen.

Ved siden av WHO har regionale organisasjoner fått en stadig viktigere rolle som **beredskapshuber**. Den afrikanske unionen (AU) har etablert folkehelseorganisasjonen **Africa CDC (Centres for Disease Control and Prevention)**, som gir kontinentet et eget faglig og institusjonelt tyngdepunkt for overvåkning, laboratoriekapasitet og beredskapsarbeid. I Amerika spiller **Pan American Health Organization (PAHO)** en lignende rolle, og fungerer både som en egen regional helseorganisasjon og som WHOs regionale kontor. I Europa har **EUs smittevernmyndighet, ECDC**, blitt styrket etter covid-19 for å koordinere pandemiberedskap på tvers av medlemslandene. Slike regionale institusjoner har den fordelen at de står nærmere landenes konkrete behov, og kan reagere raskere og mer målrettet. WHO samarbeider tett med dem for å sikre at innsatsen trekker i samme retning og ikke bidrar til fragmentering.



Et nyere regionalt initiativ er etableringen av **Gulf Centre for Disease Control and Prevention (Gulf CDC)**, som samler seks gulfstater i et felles regionalt rammeverk for sykdomsovervåking, beredskap og respons. Dette styrker den regionale kapasiteten i Midtøsten og illustrerer hvordan **regionale helsemyndigheter får økende betydning** i det globale helseberedskapssystemet.

Blant de viktigste globale helsepartnerskapene finner vi Gavi, Det globale fondet og CEPI. Samlet utgjør de en sentral del av den operative infrastrukturen for global helsesikkerhet. Vaksinealliansen **Gavi** har siden opprettelsen i 2000 bidratt til å vaksinere over én milliard barn, og spiller en nøkkelrolle i beredskap mot pandemier gjennom å sikre finansiering, produksjonskapasitet og distribusjon av vaksiner – også til de fattigste landene. **Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria** er verdens største finansieringsmekanisme for bekjempelse av hiv/aids, tuberkulose og malaria, men har også styrket helsesystemenes laboratoriekapasitet, overvåkingssystemer og forsyningskjeder – elementer som er kritiske i enhver krisesituasjon. **CEPI**, etablert i 2017 med Norge som en av hovedpårdriverne, har på kort tid blitt en nøkkelaktør i utviklingen av vaksiner mot fremtidige pandemier. Under covid-19 bidro CEPI til å akselerere utviklingen av flere vaksinekandidater, og organisasjonen har satt seg som mål å kunne utvikle vaksiner mot nye trusler på under 100 dager gjennom deres initiativ [*100-day mission*](#).

Også humanitære og sivile aktører er uunnværlige deler av arkitekturen. **UNICEF** er en nøkkelaktør for vaksinedistribusjon, barnesykdommer og logistikk, og opererer ofte som WHOs «implementeringsarm» i felt. **WFP** har en kritisk funksjon gjennom sitt globale logistikksystem, som under covid-19-pandemien ble brukt til å transportere medisinsk utstyr og vaksiner til land uten fungerende forsyningskjeder. **UNHCR** og **IOM** ivaretar helsetjenester for flyktninger og migranter, som ofte er blant de mest utsatte i krisesituasjoner.

Røde Kors-bevegelsen, Leger uten grenser og et bredt sivilsamfunn leverer livsviktig respons, særlig i land og situasjoner der statlige systemer bryter sammen. **Forskning, akademiske miljøer og teknologiselskaper** bidrar med kunnskap, innovasjon og løsninger – fra vaksiner og diagnostikk til digitale overvåkningssystemer. Denne kombinasjonen av humanitære aktører og kunnskapsmiljøer gjør arkitekturen mer dynamisk, men stiller også store krav til koordinering.

Verdensbanken og de regionale utviklingsbankene er ikke bare utviklingsaktører – de er også en del av verdens «finansielle beredskapssystem». Verdensbanken tilbyr egne kriseinstrumenter, som Catastrophe Deferred Drawdown Options (CAT-DDO), som gir land rask tilgang til lån når katastrofen rammer, og ulike pandemiforsikringsordninger som skal dempe de økonomiske sjokkene. De regionale utviklingsbankene – AfDB, ADB, IDB og IsDB – har på sin side etablert egne beredskapsvinduer for helse og krisehåndtering. Samlet kan disse institusjonene mobilisere ressurser i en størrelsesorden som langt overgår den mer tradisjonelle bistanden.

Pandemifondet ble etablert i 2022 som en ny global finansieringsmekanisme med Verdensbanken som vertskap. Formålet er å styrke forebygging, beredskap og responskapasitet mot pandemier i lav- og mellominntektsland. Fondet skal fungere som en katalysator for økte investeringer, med mål om å utløse mer langsiktig finansiering fra både givere og nasjonale myndigheter. Midlene kanaliseres gjennom etablerte multilaterale organisasjoner som WHO, Verdensbanken, Gavi, CEPI, UNICEF og regionale utviklingsbanker, som fungerer som



implementerende partnere i tett samarbeid med mottakerlandene. Fondet er i utgangspunktet organisert med en femårsstrategi (2024–2029), og det legger vekt på måling av resultater og kapasitetsbygging på landnivå.

Et viktig nytt initiativ i den globale helsearkitekturen er [Lusaka-agendaen for helseinvesteringer](#). Agendaen har som mål å gjøre investeringer i helse mer forutsigbare, nasjonalt forankret og bedre samordnet på tvers av givere. For helsesikkerhet er dette avgjørende. Uten et sterkt grunnleggende helsesystem – med helsepersonell, laboratoriekapasitet og forsyningssikkerhet – blir beredskap og krisehåndtering bare papirplaner. Lusaka-agendaen gir dermed et rammeverk for å sikre at finansiering av beredskap ikke skjer som isolerte prosjekter, men som del av helhetlige investeringer i helsesystemer. Norge kan spille en nøkkelrolle ved å koble sine satsinger på global helsesikkerhet og WHO-arbeidet til Lusaka-agendaens prinsipper, og bidra til at forebygging og beredskap blir integrert i bredere helseprioriteringer i lav- og mellominntektsland.

Lusaka-agendaen peker spesielt på investeringer i grunnleggende helsesystemkapasitet, som laboratorier, helsepersonell og overvåkingssystemer. Dette er ikke abstrakte mål, men helt konkrete byggesteiner for helsesikkerhet. For eksempel vil etablering av regionale laboratorier i Afrika sør for Sahara gjøre det mulig å oppdage nye sykdomsutbrudd tidlig, og flere utdannede sykepleiere og leger vil styrke både daglig helsehjelp og kriseberedskap. Slik kobler Lusaka-agendaen finansiering direkte til de funksjonene som avgjør om lokale utbrudd blir håndtert – eller utvikler seg til globale kriser.

Et annet viktig initiativ i den globale helsearkitekturen er [Accra Reset](#) lansert i 2024, et felles rammeverk for å fornye og samordne det globale helsefinansieringssystemet. Målet er å flytte makt og eierskap fra givere til nasjonale myndigheter, og å sikre at globale fond, multilaterale institusjoner og bilaterale partnere støtter opp under felles nasjonale planer i stedet for parallelle ordninger. Accra Reset er dermed et oppgjør med fragmentering og overlapp i bistandsfinansiering, og et forsøk på å “re-sette” partnerskapet mellom land, givere og institusjoner på mer likeverdige og bærekraftige premisser. For Norge gir dette en mulighet til å bidra til en mer samordnet global helsearkitektur, der investeringer i beredskap og forebygging integreres i de nasjonale systemene som faktisk skal håndtere kriser når de oppstår.

5.2 Utfordringer

En av de største svakhetene ved dagens globale helseberedskapsarkitektur er **fragmentering**.²⁷ Etter covid-19 har det vokst frem en jungel av nye fond, rammeverk og koordineringsmekanismer – fra pandemifondet i Verdensbanken til regionale initiativer, parallelle donorfond og midlertidige partnerskap. Alle har gode intensjoner, men de overlapper ofte i mandat og konkurrerer om ressurser. For nasjonale myndigheter i lav- og mellominntektsland betyr dette at de må forholde seg til en rekke ulike aktører, med hver sine rapporteringskrav og prioriteringer. I stedet for å bygge varig kapasitet på landnivå, brukes mye tid og ressurser på å tilpasse seg donorstyrte prosesser som i seg selv kan svekke nasjonal beredskap.



Fragmenteringen skaper også strukturelle problemer som svekker effektiviteten. Når ulike initiativer springer ut av hver krise, oppstår et lappeteppe av ordninger som i liten grad er samkjørt med nasjonale planer. Det fører til parallelle systemer for overvåking, finansiering og rapportering, der land med allerede svake institusjoner må bruke knappe ressurser på administrasjon fremfor å styrke egen kapasitet. Donorer setter ofte ulike tematiske prioriteringer, som vaksiner, beredskapsfond eller tekniske løsninger, uten å se helheten. Resultatet er at land mottar fragmentert støtte som ikke bygger bærekraftige systemer, og overlapp og konkurranse mellom aktører skaper ineffektiv ressursbruk. I verste fall kan denne fragmenteringen undergrave tilliten til det multilaterale systemet, fordi myndigheter opplever at internasjonale partnere leverer mange små og kortsiktige prosjekter i stedet for en langsiktig og helhetlig styrking av beredskapen.

Selv om det relativt nye Pandemifondet har fått bred støtte, har flere aktører advart mot at det kan bidra til ytterligere fragmentering.²⁸ Kritikken går også på at fondet ikke har en tydelig exit-strategi, og at det kan utvikle seg til en permanent struktur uten klart mandat, parallelt med WHO og andre sentrale institusjoner. Fondet risikerer også å svekke WHO's koordinerende rolle dersom de ikke er tett integrert i det eksisterende systemet. Det trekkes også frem at fondet til nå har mobilisert langt mindre enn de anslåtte behovene, og at det mangler sikre mekanismer for å unngå donorstyring og prosjektfragmentering. Kort sagt: Pandemifondet kan være en viktig katalysator for investeringer, men bare dersom det forblir tidsavgrenset, komplementært og nært koblet til WHO's normative rammeverk.

Finansiering er nært knyttet til fragmenteringen. WHO og de fleste andre globale helseorganisasjoner er i hovedsak finansiert av frivillige og øremerkede midler. Over 80 prosent av WHO's budsjett er øremerket og donorstyrt, med strenge føringer på hva pengene kan brukes til²⁹. Dette gir liten fleksibilitet og gjør at organisasjonen ofte må jage etter nye tematiske initiativer for å tilpasse seg donorinteresser, i stedet for å styrke sine kjerneoppgaver. Samtidig er det nye pandemifondet underdimensjonert og risikerer å bli et tillegg, snarere enn en styrking av helheten. Uten mer kjernefinansiering vil ikke WHO kunne levere det medlemslandene forventer – fra rask varsling til rask operasjonell respons.

Finansieringen er også preget av kortsiktighet. Selv der nye midler mobiliseres, kommer de gjerne i form av flerårige prosjekter som ikke videreføres når donorprioriteringene endres. For landene som skal bygge varig kapasitet, innebærer det at helsesystemene stadig risikerer å stå på bar bakke når neste krise rammer. En robust arkitektur forutsetter derfor ikke bare mer penger, men penger som kanaliseres mer forutsigbart, koordinert og med vekt på kjernekapasitet. Uten dette vil fragmenteringen og finansieringssvikten fortsette å undergrave helsesikkerheten.

I tillegg rettes finansieringen ofte inn mot enkeltstående sykdomsprogrammer, fremfor å styrke helsesystemene bredt. Vertikale satsinger har gitt resultater i kampen mot hiv/aids, tuberkulose og malaria, men de har samtidig bidratt til at laboratorier, helsepersonell og forsyningskjeder ikke bygges opp på en helhetlig måte.

Et gjennomgående problem i den globale helseberedskapsarkitekturen er at rollene mellom ulike institusjoner ikke er tydelig avgrenset og det er store koordineringsutfordringer. WHO har et globalt mandat til å lede og koordinere, men i praksis opererer en rekke regionale og



nasjonale aktører parallelt. Under covid-19 ble dette tydelig da WHO's hovedkontor og enkelte regionale kontorer ga sprikende råd, noe som skapte usikkerhet hos medlemslandene. Samtidig overlapper flere FN-organisasjoner i ansvarsområder som er kritiske for helsesikkerhet: FAO, WOAAH (tidligere OIE) og UNEP har viktige roller innen One Health, men samarbeidet med WHO er fortsatt ujevnt. UNICEF og WFP har store logistikk- og distribusjonskapasiteter, men grenseflatene mot WHO i vaksine- og utstyrshåndtering har tidvis vært uklare. Resultatet er at ressurser ikke alltid mobiliseres optimalt, og at land som trenger støtte raskt må navigere i et komplisert og fragmentert system.

En sentral utfordring er at prioriteringene i stor grad bestemmes av givere. Det betyr at finansiering ofte følger donorerers politiske interesser, profileringsbehov eller kortsiktige prioriteringer, fremfor å bygge på de behovene nasjonale myndigheter selv identifiserer. Dette kan føre til skjev ressursbruk og manglende eierskap i mottakerlandene, og i verste fall også svekke tilliten til de multilaterale institusjonene som skal fordele midlene og fravær av resultatoppnåelse.

Like problematisk er mangelen på incentiver til å investere i beredskap før en krise oppstår. Historisk har det vist seg langt lettere å mobilisere store ressurser når en krise er et faktum, enn å sikre stabil og langsiktig finansiering i fredstid. Dette til tross for at analyser viser at investeringer i forebygging gir svært høy samfunnsøkonomisk avkastning sammenliknet med kostnadene ved krisehåndtering. Resultatet er en systematisk underfinansiering av grunnleggende beredskap, som laboratorier, helsepersonell og varslingsystemer.

Covid-19 viste også hvor skjev fordelingen kan bli når ressursene mobiliseres. Høyinntektsland sikret seg tidlig tilgang til vaksiner gjennom forhåndskjøpsavtaler, mens mange lav- og mellominntektsland ble stående uten tilgang i kritiske måneder. Denne ulikheten bidro til økt dødelighet, lengre nedstengninger og dypere økonomiske tilbakeslag i land som allerede var sårbare. Samtidig svekket den opplevelsen av rettferdighet i det multilaterale systemet og svekket dermed dets legitimitet som gjorde det vanskeligere å få fremgang i forhandlingene om pandemiavtalen – selv om nettopp denne erfaringen var bakgrunnen for avtalen.

I tillegg mangler arkitekturen helhetlige systemer for resultatmåling og læring på tvers av initiativer. Selv om det finnes omfattende rapporteringskrav, er de ofte knyttet til enkeltprosjekter eller donorer og gir ikke et samlet bilde av hva man faktisk oppnår. Dermed blir det vanskelig å evaluere effekten av investeringene og å lære systematisk av tidligere kriser. Uten en felles mekanisme for læring og kunnskapsdeling, risikerer man å gjenta de samme feilene fra én krise til den neste.

Wellcome-rapporten “[A Proposal for Transforming the Global Health Architecture](#)” (2025) har blitt et sentralt innspill til debatten om reform av den globale helseberedskapsarkitekturen. Rapporten peker på at dagens system fortsatt er fragmentert og preget av overlappende mandater mellom WHO, Verdensbanken og ulike fond og initiativer. Den foreslår å samle ansvaret for forebygging, beredskap og respons i et mer sammenhengende økosystem, der WHO får en tydeligere lederrolle, støttet av et fast finansieringsgrunnlag og et globalt “operativt nettverk” av regionale sentre.



Et hovedforslag er å etablere et globalt investeringsrammeverk for helseberedskap, der land og givere forplikter seg til flerårige, samordnede investeringer. Dette er en del av bakgrunnen for vår anbefaling nummer 3 (se kap. 2). For Norge gir dette en mulighet til å støtte og forme en mer effektiv og rettferdig global beredskapsstruktur, der WHO fungerer som navet, mens finansieringsmekanismer som Pandemifondet og initiativer som CEPI og Gavi opererer som støttestrukturer, ikke parallelle systemer. Norge kan spille en nøkkelrolle i å fremme en slik samordning – ved å bruke sin posisjon som WHO-styremedlem og en av CEPIs grunnleggere til å bygge bro mellom institusjonene og bidra til mer forutsigbar finansiering av det globale helseberedskapssystemet.

5.3. En verden i endring: nye maktforhold og global helsesikkerhet

Den globale helseberedskapsarkitekturen påvirkes naturlig nok også av geopolittikk – som forsterker splittelsen og svekker muligheten for samarbeid. WHO er politisk sårbar fordi organisasjonen er avhengig av medlemslandenes vilje til å dele informasjon, finansiere kjernefunksjoner og følge felles regler. Under covid-19 ble WHO utsatt for massivt geopolitisk press, særlig i rivaliseringen mellom USA og Kina, men også i form av mistillit mellom høy- og lavinntektsland. Enkelte land holdt tilbake informasjon eller utfordret WHO's risikovurderinger, mens andre brukte organisasjonen som arena for stormaktspolitikk snarere enn global samordning. Denne dynamikken skaper handlingslammelse i de foraene der raske beslutninger er avgjørende. Når WHO ikke kan kommunisere uavhengig av medlemslandenes interesser, svekkes både organisasjonens legitimitet og evne til å handle. Geopolittikk og økt rivalisering mellom stormakter gjør dermed den globale helseberedskapsarkitekturen mer sårbar, nettopp når det trengs mest enhetlig og tillitsbasert koordinering.

USA har over flere år redusert sitt historisk sterke engasjement i global helse, særlig etter covid-19, og har i mindre grad brukt sin økonomiske og politiske tyngde til å bygge og finansiere globale løsninger. Dette har skapt et vakuum i helsesikkerheten internasjonalt. Med innsettelsen av Trump 2-administrasjonen i januar 2025 har denne utviklingen tiltatt. USA har annonsert utmelding fra WHO og andre multilaterale helseinstitusjoner, og signaliserer en tydelig dreining mot nasjonale løsninger og bilaterale avtaler.

USAs nye [«America First Global Health Strategy»](#) markerer et tydelig linjeskifte i amerikansk global helsepolitikk. Strategien legger vekt på å beskytte amerikanere gjennom styrket global overvåkning og rask respons på utbrudd, og med et styrket fokus på *nasjonal* sikkerhet. Helsebistand skal i større grad brukes som et instrument for amerikanske utenrikspolitiske interesser, og organiseres gjennom bilaterale avtaler med krav om nasjonale motytelser. Samtidig fremheves amerikansk industri og eksport som en del av strategien. Dette innebærer en dreining bort fra multilaterale ordninger som WHO, Gavi og Det globale fondet, og peker mot en mer fragmentert arkitektur der stormakter fremmer egne løsninger fremfor felles globale mekanismer.

Implikasjonene er blandede, men mest negative. På den ene siden kan USAs vektlegging av overvåkning, egenberedskap og institusjonsbygging i partnerland bidra til å styrke enkelte lands helsesystemer på kort sikt. På den andre siden svekker strategien multilateralt samarbeid og rettferdig fordeling, og kan undergrave legitimiteten i den globale helseberedskapsarkitekturen.



For Norge betyr dette at vår rolle som forsvarer av multilaterale løsninger blir enda viktigere – både for å bevare helsesikkerhet som et globalt fellesgode og for å sikre at mindre land ikke blir stående alene i en helsekrise.

Flere mellominntektsland som Indonesia, Brasil og Sør-Afrika investerer nå mer i egne helsesystemer og regionalt samarbeid. Det gir mer bærekraftig finansiering og sterkere nasjonalt eierskap til helseberedskap. Samtidig setter nye aktører med andre politiske interesser sitt preg på global helse. Særlig Kina, men også Russland og Gulf-statene, øker sin innflytelse – blant annet gjennom store investeringer i laboratorier, vaksineutvikling og bilaterale helsepartnerskap. Disse investeringene gir på kort sikt verdifull kapasitet i lav- og mellominntektsland, men har også viktige implikasjoner. Når helse brukes som utenrikspolitisk verktøy, kan det forsterke geopolitisk konkurranse og svekke den multilaterale samordningen som WHO og andre globale institusjoner representerer. Bilaterale partnerskap kan skape avhengighet og bidra til fragmentering dersom de ikke kobles til eksisterende mekanismer. Samtidig bringer disse aktørene med seg andre verdigrunnlag og styringsprinsipper, noe som på lengre sikt kan endre normene for hvordan global helse organiseres.

For Norge innebærer denne utviklingen et behov for å styrke den multilaterale arkitekturen som motvekt til bilaterale og geopolitisk motiverte initiativer. Det krever mer fleksibel og rettferdig finansiering, tettere samarbeid med regionale institusjoner i sør, og en tydelig rolle som brobygger i forhandlingene om helsesikkerhet. Regionale institusjoner som Africa CDC, ASEANs helseorganer og PAHO spiller en stadig viktigere rolle, men de kan ikke alene erstatte en global koordinerende instans.

Det geopolitiske skiftet forsterker behovet for å styrke WHO og det multilaterale rammeverket. For uten en universell, legitim og bindende ramme – som WHO representerer – blir helsesikkerhetsarbeidet enda mer fragmentert og uforutsigbart. Dersom Norge og likesinnede land ikke investerer tungt i dette arbeidet, risikerer vi at standardene for varslingsystemer, datadeling og tilgang til vaksiner settes av aktører med andre interesser – på måter som kan svekke både global og norsk sikkerhet.

Å satse på WHO og den globale helseberedskapsarkitekturen er å satse på en verdensorden der felles regler, transparens og samarbeid fortsatt gjelder. Dette er Norge tjent med.



6. Global helse: Et underfinansiert globalt fellesgode

6.1 Helsesikkerhet som et globalt fellesgode

En krone investert i beredskap kan spare samfunnet for opptil 17 kroner i unngåtte kostnader, ifølge en beregning av Verdensbanken og Pandemifondet.³⁰ GPMB (2025), ekspertgruppen på helsesikkerhet under WHO og Verdensbanken, viser til tilsvarende gevinster og understreker at investeringer i tidlig varsling, laboratorier og helsepersonell er blant de mest kostnadseffektive tiltakene som finnes.

Likevel mobiliseres langt mindre finansiering enn behovet tilsier. Helsesikkerhet er et klassisk globalt fellesgode: alle land nyter godt av det – gevinstene er globale, men ingen enkeltaktører har tilstrekkelige insentiver til å bære kostnaden alene. Dessuten er gevinstene langsiktige og lite synlige sammenliknet med investeringer i akutt krisehåndtering. Resultatet er et strukturelt underinvestert område, der verden i praksis alltid er for dårlig forberedt.

Investeringsgapet gjør helsesikkerhet særlig avhengig av multilaterale løsninger. Ingen land kan alene forebygge eller stanse pandemier, antibiotikaresistens eller klimarelaterte helsekriser. Men så lenge finansieringen overlates til frivillige bidrag, uten bindende forpliktelser eller felles rammeverk, vil systemet forbli sårbart og underdimensjonert. Å løfte helsesikkerhet opp som et globalt fellesgode på linje med klima og internasjonal fred er derfor en forutsetning for å skape en mer robust helseberedskapsarkitektur.

6.2 Hvordan bør norsk finansiering av global helsesikkerhet se ut?

Norge har spilt en sentral rolle i utviklingen av den globale helsearkitekturen. I mer enn 25 år har norske myndigheter vært blant de viktigste pådriverne for å etablere og finansiere nye mekanismer, initiativer og organisasjoner som styrker helsesikkerheten internasjonalt. Allerede på 1990-tallet var Norge en aktiv støttespiller for å bygge opp Gavi, vaksinealliansen, som i dag har bidratt til å vaksinere over en milliard barn og forebygge mer enn 18 millioner dødsfall.³¹ Norge var også blant grunnleggerne av Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria (GFATM), og har siden bidratt med flere milliarder kroner til arbeidet mot disse sykdommene.

I kjølvannet av Ebola-utbruddet i Vest-Afrika i 2014-15 tok Norge en nøkkelrolle i etableringen av **CEPI** (formelt lansert i 2017) og som ble avgjørende under covid-19 ved å finansiere og koordinere utviklingen av nye vaksiner på rekordtid. Norge har siden vært en av de største bidragsyterne både finansielt og politisk. Under pandemien var Norge dessuten en viktig drivkraft bak etableringen og finansieringen av **COVAX**, den globale mekanismen for rettferdig vaksinefordeling, hvor Norge bidro med flere milliarder kroner.

Disse initiativene illustrerer hvordan et lite land kan få stor innflytelse ved å kombinere politisk initiativ, forutsigbar finansiering og internasjonal legitimitet. Denne erfaringen gir Norge en særlig posisjon til å ta en pådriverrolle også i arbeidet med å sikre mer robust finansiering av global helsesikkerhet.



De siste årene har Norge besluttet en vridning vekk fra global helseulikheter og mot fellesgoder for helseberedskap, for støtten til CEPI, WHO og Pandemifondet. I 2025 ble øremerkingen av CEPI-støtten til ODA-formål opphevet – nå kan disse bistandsmidlene også brukes til ikke-ODA-godkjente formål. Nedbetaling av Norges bidrag til CEPIs covid-19-vaksineutvikling gjennom vaksinefinansieringsmekanismen IFFIm dekkes også i sin helhet på bistandsbudsjettet, selv om dette ikke er 100 prosent ODA-godkjent. Det samme gjelder deler av Norges pliktige bidrag til WHO. Alt dette omtales i regjeringens budsjettforslag for 2026 (side 69).³² Der står også følgende ambisjon (side 79):

“Regjeringen vil bidra til tettere internasjonalt helsesamarbeid og styrket global helseberedskap slik at verden kan forebygge, tidlig oppdage og raskt respondere på nye eller vedvarende infeksjonstrusler og resistensutvikling. Norge bidrar til finansiering, utvikling og likeverdig fordeling av vaksiner og annen helseteknologi som markedet alene ikke leverer. Gjennom politisk lederskap, diplomati og økonomisk støtte skal Norge være en aktiv pådriver for et rettferdig globalt samarbeid om pandemihåndtering og helseberedskap. Sterke nasjonale helsesystemer er sentralt for å lykkes med dette.”

Norge bør øke investeringene i norsk og global helsesikkerhet, *uten* at det svekker innsatsen for å redusere globale helseulikheter og fattigdom – dette skriver Stoltenberg-utvalgets rapport på global helse [“Norge kan, Norge bør: Ta lederskap for å halvere tidlig død innen 2050”](#). Økte investeringer i global helsesikkerhet må altså skje ved å øke bistandsbudsjettet til mer enn én prosent av bruttonasjonalinntekt (BNI), eventuelt ved at noe av økningen kommer utenom bistandsbudsjettet. Utvalget kommer også med konkrete anbefalinger for hvordan Norge mest effektivt kan styrke global helsesikkerhet, og understreker hvor avgjørende det er for norsk sikkerhet å også styrke nasjonale helsesystemer i lavinntektsland, regionale mekanismer og global koordinering. Det er nødvendig for å sikre bedre koordinering og raskere respons slik at regionale og globale helsekriser kan begrenses eller avverges. Vi bygger videre på deres anbefalinger i dette notatet, men går enda lengre.

Å plassere hele satsingen på global helsesikkerhet innenfor bistandsrammen skaper et unødvendig nullsum-spill der investeringer i beredskap må konkurrere med fattigdomsbekjempelse, utdanning og klimatiltak. Dette undergraver både legitimitet og forutsigbarhet. Det bør blant annet vurderes hvilke tiltak som kan finansieres over forsvarsbudsjettet innenfor NATOs 5-prosentmål, hvorav 1,5 prosent kan gå til sivil beredskap. Her er pandemisikkerhet og bedre akuttberedskap for helsepersonell relevante eksempler.

Ved å hente deler av finansieringen utenfor bistandsbudsjettet (for eksempel fra forsvar eller helse) kan vi både øke de samlede ressursene til helsesikkerhet og samtidig verne innsatsen mot kutt i bistanden til de fattigste landene. Dette har vært gjort en gang før i Norge. Oppstarten av helseberedskapsløsningen på FHI inkluderte midler utenfor bistandsbudsjettet i staten, inkludert penger fra sikkerhetssatsingen i Moldova.³³

Dette er i tråd med Sendingutvalgets rapport [“Investering i en felles fremtid”](#) som anbefalte en todeling av bistanden, med én del for fattigdomsbekjempelse og én del for globale fellesgoder som klima, sikkerhet, migrasjon og pandemiberedskap. Utvalget mente at denne innsatsen ikke bør komme på bekostning av, *men i tillegg til* midler vi har forpliktet oss til å gi til fattigere land. En slik tilnærming vil også gjøre norsk politikk mer robust i møte med økende



globale kriser da investeringer i helsesikkerhet er like mye et spørsmål om nasjonal beredskap som internasjonal solidaritet.

Også sentrale politiske dokumenter i Norge påpeker at det er for lite internasjonalt samarbeid om helsesikkerhet. Dette gjelder blant annet helseberedskapsmeldingen³⁴ og Nasjonal sikkerhetsstrategi.³⁵ Begge fremhever betydningen av internasjonale institusjoner og funksjoner for å ivareta global helsesikkerhet. I helseberedskapsmeldingen varsles det at regjeringen vil arbeide for norsk tilknytning til EUs styrkede helseberedskapssamarbeid på så like vilkår som EUs medlemsstater som mulig. Og i Nasjonal sikkerhetsstrategi sies det, tross en veldig kort omtale av global helse ellers:

“Norge skal fortsette å investere i globalt helsesamarbeid. Verdens helseorganisasjon (WHO) forblir den viktigste plattformen for å kunne håndtere nye og eksisterende helsetrusler, inkludert antibiotikaresistens, pandemier og helsekonsekvensene av klimaendringer.” (side 25)

Dagens mekanismer for finansiering av respons ofte er for trege og erfaringen fra covid-19 viser at mangel på rask finansiering kan bli ekstremt kostbar.³⁶ De vitenskapelige løsningene – vaksiner, tester og behandlinger – ble utviklet på rekordtid, men de kom for sent i bruk globalt fordi finansiering og produksjonskapasitet ikke var på plass fra første dag. Forskjellen mellom rike og fattige land var særlig tydelig: høyinntektsland sikret seg vaksiner gjennom forhåndsbetaling, mens lavinntektsland ble stående i kø.

CGD foreslår derfor et «Day-Zero Financing»-instrument – en forhåndsavtalt kredittlinje på rundt 20 milliarder dollar, kanalisert gjennom utviklingsbanker, som kan utløses straks WHO erklærer en global helsetrusel.³⁷ En slik ordning ville gjøre det mulig å kjøpe produksjonskapasitet og sikre rettferdig fordeling fra første dag, i stedet for å tape måneder og milliarder av dollar. For Norge, som har erfaring med innovative finansieringsmekanismer som Gavis pneumokokk-AMC og CEPI, er dette et område der vi kan bidra med både idéutvikling og pådriverrolle. Day-Zero Financing er et eksempel på hvordan slike mekanismer kan se ut, men poenget er bredere: Norge bør bidra til utviklingen av mekanismer som sikrer rask og rettferdig tilgang til ressurser i starten av en krise, og som ikke systematisk setter høyinntektsland først i køen.

Like viktig som nye instrumenter er å sikre at WHO har fleksible og forutsigbare ressurser. Som nevnt er over 80 prosent av WHO's budsjett øremerket. Økte kjernebidrag gir flere gevinster: de gjør WHO i stand til å omprioritere når situasjonen krever det, sikrer at lavinntektsland får nytte av organisasjonen på lik linje med rikere land, og reduserer fragmenteringen ved at færre ressurser bindes opp i parallelle initiativer. Norge har her en mulighet til å bruke sin posisjon i WHO's styre til å fremme finansiering som både styrker organisasjonens uavhengighet og legitimitet.

I en stadig mer kompleks og fragmentert arkitektur finnes det ingen aktør som kan erstatte WHO. Et velfungerende WHO er selve bærebjelken i global helsesikkerhet – og bør være Norges høyeste prioritet, både politisk og økonomisk. Spørsmålet er derfor ikke bare hvordan vi mobiliserer mer penger til helsesikkerhet, men hvordan vi kanaliserer dem på en måte som styrker WHO og gjør verdens helsesystemer bedre rustet til å møte fremtidens kriser.



Et felles globalt investeringsrammeverk for helseberedskap, som foreslått av Wellcome, kan være et svar på hvordan de vedvarende finansieringsutfordringene innen helsesikkerhet kan løses. Et slikt rammeverk vil innebære at land, givere og institusjoner går sammen om en felles plan for finansiering av forebygging, beredskap og respons – i stedet for dagens fragmenterte og prosjektbaserte ordninger.

Målet er å sikre langsiktighet, koordinering og gjensidig ansvar, der alle aktører forplikter seg til flerårige bidrag innenfor et samlet rammeverk ledet av WHO og Verdensbanken. Dette vil gjøre det mulig å fordele investeringene mer strategisk – mellom nasjonal kapasitetsbygging, laboratorier, helsepersonell, vaksineutvikling og beredskapsfond – og redusere overlapp og konkurranse mellom ulike initiativer. Det vil også styrke forutsigbarheten for lav- og mellominntektsland, som i dag må forholde seg til et stort antall kortsiktige givere med ulike krav og rapporteringssystemer.

Et globalt investeringsrammeverk kan dermed fungere som en felles finansieringsplattform, der givere forplikter seg til koordinerte investeringer over tid. Den bør utformes som en global avtale og inspireres av prinsippene i Paris-avtalen, som har gitt en struktur for klimafinansiering, men med global helseberedskap som formål. For at en slik avtale skal fungere, må WHO ha en sentral koordinerende rolle. Samtidig krever en sterkere koordineringsrolle et mer robust finansielt og institusjonelt grunnlag. Norge bør derfor støtte arbeidet med å styrke WHO's kapasitet og myndighet til å binde sammen de ulike aktørene i det globale beredskapssystemet.

Dette krever politisk lederskap av samme type som ga verden Paris-avtalen for klima. En tilsvarende internasjonal avtale for helseberedskap kunne samlet land, finansinstitusjoner og multilaterale aktører bak et felles mål: å sikre at alle land har grunnleggende kapasitet til å forebygge, oppdage og håndtere helsekriser. Norge har både legitimitet og erfaring til å ta et slikt initiativ. Som vertskap for CEPI og et land med høy troverdighet i global helsepolitikk, kan Norge være pådriveren for å samle partnere rundt en ny global avtale som forener solidaritet og egeninteresse – og setter retningen for den neste epoken i global helsesikkerhet.



7. WHO - kjernen i den globale helseberedskapsarkitekturen

7.1 WHOs mandat og rolle innen global helseberedskap

WHO er den eneste organisasjonen med et universelt mandat til å beskytte verdens befolkning mot grenseoverskridende helsetrusler. Siden opprettelsen i 1948 har WHO ledet globale helseinitiativer, satt felles standarder og koordinert respons på kriser. Organisasjonen har vært avgjørende i arbeidet med å utrydde kopper, redusere polio og etablere vaksinasjonsprogrammer i alle verdens regioner. Den samme rollen gjelder i dag for nyere trusler: fra fugleinfluensa og ebola til covid-19 og mpox.

Når en ny helsetrussel oppstår, er WHO ofte den første globale aktøren som varsler og gir uavhengige risikovurderinger. Gjennom IHR har medlemslandene forpliktet seg til å rapportere alvorlige utbrudd til WHO, som kan erklære en «Public Health Emergency of International Concern» (PHEIC). En slik erklæring er et sterkt signal til verdenssamfunnet og åpner for koordinert mobilisering av ressurser og tiltak. WHO utarbeider også faglige retningslinjer for testing, behandling og smittevern, og deler raskt ny kunnskap med medlemsland og forskningsmiljøer.

Organisasjonen driver et kontinuerlig beredskapsarbeid som er mindre synlig, men like avgjørende: støtte til utvikling av nasjonale handlingsplaner for helsesikkerhet (NAPHS), felles evalueringer av landenes kapasitet, styrking av laboratorier og overvåkingssystemer, og opplæring av helsearbeidere i felt. Dette hverdagsarbeidet bygger den infrastrukturen som gjør at land kan reagere raskt og effektivt når kriser rammer.

WHO har også operasjonell kapasitet til å støtte land direkte. Ved akutte utbrudd kan organisasjonen mobilisere eksperter og utstyr på kort tid, etablere feltkontorer og koordinere internasjonale partnere. I ebolautbruddene i Vest-Afrika (2014–16) og senere i Den demokratiske republikken Kongo spilte WHO en avgjørende rolle i å samle innsatsen, distribuere vaksiner og stoppe videre spredning. I nyere kriser som kolera i Sudan og mpox i Afrika har WHO bidratt både med faglige råd, vaksinekoordinering og rask deployering av fagpersonell.

7.2 HEPR – et helhetlig rammeverk for beredskap og resiliens

WHOs offisielle rammeverk for global helsesikkerhet er [HEPR-rammeverket](#) (Health Emergency Preparedness, Response and Resilience), vedtatt i 2022. Rammeverket har flere særtrekk: For det første gjør det WHOs arbeid mer helhetlig ved å samle innsats for forebygging, oppdagelse, respons og resiliens i én struktur, noe som adresserer tidligere fragmentering og overlapp mellom ulike WHO-programmer.

WHOs medlemsstater arbeider for å reformere styring, sikre bærekraftig finansiering og innføre de såkalte «fem C-ene» for å styrke nasjonale, regionale og globale operasjonelle systemer. Dette beskriver de i dokumentet '[Strengthening the global architecture for health emergency prevention, preparedness, response and resilience](#)'. De fem C'ene er:



1. **collaborative surveillance**, altså bedre samarbeid og åpen deling av data på tvers av sektorer og landegrenser;
2. **community protection**, som handler om å styrke lokalsamfunn og primærhelsetjenester slik at de kan forebygge og håndtere kriser;
3. **safe and scalable clinical care**, som er evnen til å opprettholde og utvide helsetjenester under press;
4. **access to countermeasures**, som innebærer rettferdig tilgang til vaksiner, medisiner, diagnostikk og beskyttelsesutstyr; og
5. **emergency coordination**, som er effektiv samordning av aktører og ressurser når en krise oppstår.

Sistnevnte C, '**emergency coordination**', anses som helt sentral for å oppnå de andre fire C-ene og inkluderer selv tre grunnleggende komponenter:

Den første handler om å styrke **arbeidsstyrkens kapasitet** til å håndtere helsekriser. Det betyr å utvikle, beholde og beskytte en kvalifisert, motivert og fleksibel helse- og beredskapsarbeidsstyrke som kan mobiliseres raskt ved utbrudd eller katastrofer. En slik arbeidsstyrke omfatter ikke bare leger og sykepleiere, men også laboratoriepersonell, logistikere, samfunnsarbeidere, helseledere og frivillige. WHO fremhever behovet for kontinuerlig opplæring og standardiserte kompetansekrav, men også psykososial støtte, trygge arbeidsforhold og tiltak som beskytter helsearbeidere mot vold, smitte og utbrenthet. Å investere i arbeidsstyrken handler dermed både om å sikre kapasitet og å ta vare på menneskene som utgjør beredskapens grunnmur.

Den andre komponenten dreier seg om **beredskap, operativ evne og motstandskraft**. Det innebærer at land må ha helhetlige og kostnadsberegnete beredskapsplaner som er forankret i risikovurderinger og oppdatert kunnskap. Beredskap må være en kontinuerlig prosess – ikke et dokument i en skuff – og inkludere regelmessige øvelser, simuleringer og evalueringer som gjør det mulig å lære og justere planene over tid. WHO understreker også at beredskap må være integrert i helseplanleggingen og koordinert med andre samfunnssektorer som energi, vann, transport og forsvar. Bare slik kan helsetjenestene opprettholdes også under press, og samfunnet som helhet stå imot store påkjenninger.

Den tredje komponenten gjelder **varsling, respons og operasjonell koordinering**. Det handler om evnen til å oppdage og reagere raskt på nye trusler gjennom effektive varslingssystemer, beslutningsstrukturer og beredskapsmekanismer. WHO framhever viktigheten av *Emergency Operations Centres (EOC)*, klare utløsningskriterier for å erklære krise, og mekanismer som sikrer umiddelbar tilgang til finansiering og logistikk når responstiltak må settes i gang. Like viktig er samspillet mellom nasjonale myndigheter, WHO, regionale institusjoner og humanitære aktører – slik at informasjon flyter fritt og ressursene settes inn der de trengs mest.

Utgangspunktet for HEPR er lærdommene fra covid-19 om at beredskap må bygges før krisen, og innsatsen må koble det normative (regler, standarder, IHR) med praktisk kapasitet i helsesystemene. HEPR setter derfor retning for hvordan land planlegger og finansierer beredskap, og bruker nasjonale handlingsplaner for helsesikkerhet (NAPHS) som hovedverktøy for å identifisere sårbarheter og prioritere tiltak – fra laboratorier og overvåking til kriseledelse og forsyningskjeder.



For det andre legges det vekt på landnivåkapasitet. WHO støtter land gjennom verktøy som NAPHS, for flerårig planlegging, og gjennom [Joint External Evaluations \(JEE\)](#) som identifiserer kjernegap innen forebygging, deteksjon og respons. Dette gjør at HEPR ikke bare er et strategisk rammeverk, men også et praktisk verktøy for å måle og bygge kapasitet nasjonalt.

For det tredje, koblingen til IHR og pandemiavtalen styrker HEPRs legitimitet og operasjonelle tyngde. Rammeverket er ment å fungere som en konkret oppfølging av de internasjonale helsereguleringene (IHR) og som et bindeledd til global politikk og forhandlinger om pandemikonvensjon/avtale.³⁸

For det fjerde bringer HEPR større fokus på resiliens – ikke bare krisehåndtering, men også hvordan helsesystemer kan tåle belastning over tid og komme sterkere tilbake. Det innebærer mer investering i grunnleggende kapasiteter som laboratorier, overvåkingssystemer og helsepersonell, samt kontinuerlige evalueringer og styring for å opprettholde beredskap også utenom kriser.

Erfaringene så langt viser at investeringer i disse områdene gir høy beredskapseffekt per krone, fordi de reduserer tiden det tar å oppdage og respondere på nye utbrudd.³⁹ For Norge er det derfor strategisk klokt å være en tydelig støttespiller for HEPR – ikke fordi rammeverket er perfekt, men fordi det representerer den mest realistiske plattformen verden har for å styrke beredskap i bred skala, og fordi investeringene også gir direkte sikkerhetsgevinst for oss selv.

Selv om HEPR er lansert som et veikart for å gjøre verden bedre rustet til å håndtere fremtidige helsekriser, har initiativet også møtt kritikk. Flere eksperter og medlemsland har påpekt at det i praksis er uklart hvordan HEPR henger sammen med revidert IHR og den nye pandemiavtalen. På papiret er rammeverkene ment å forsterke hverandre, men i praksis oppstår overlapp og utydelig rollefordeling som kan gjøre det vanskeligere for land å følge opp. Mange lav- og mellominntektsland sliter allerede med å etterleve IHR fullt ut, og frykter at nye forpliktelser gjennom HEPR kan bli enda et lag av forventninger uten ekstra ressurser. Det har også vært reist spørsmål om finansiering: WHO selv understreker at HEPR ikke kan lykkes uten langt mer forutsigbar kjernefinansiering og konkrete investeringer i landnivåkapasitet. Uten dette risikerer HEPR å bli en papirreform som gir nye begreper og prosesser, men liten praktisk endring.

Samtidig er det reist kritikk mot prosessen: både IHR-revisjonene, forhandlingene om pandemiavtalen og HEPR har gått raskt, med begrenset mulighet for sivilsamfunn og nasjonale aktører til å bidra. Dermed risikerer rammeverket å mangle bred legitimitet. Kritikerne advarer mot at HEPR kan ende opp som en «mellomposisjon» – for ambisiøst til å være ukontroversielt, men for svakt til å levere de endringene som trengs.

Til tross for innvendingene er det gode grunner til at Norge bør støtte HEPR politisk og økonomisk. Rammeverket, som ble vedtatt av Verdens helseforsamling i 2023 (WHA76.17), er i dag det eneste medlemslandene faktisk har sluttet seg til å implementere for å styrke global helseberedskap. Det gir en konkret struktur for oppfølging på landnivå, og fungerer som WHO-systemets felles operasjonelle rammeverk for forebygging, beredskap og respons. Norge bør bruke sin rolle som pådriver til å gjøre HEPR mer legitimt, mer operasjonelt og mer bærekraftig – og sikre at rammeverket faktisk styrker den globale helsesikkerheten i praksis.



7.3 Behov for reform

Diskusjonen om FN-reform omfatter også WHO's rolle som den sentrale aktøren for global helsesikkerhet. Mange medlemsland fremhever at WHO må styrkes for å kunne fylle sitt mandat, særlig etter covid-19 som viste både organisasjonens uunnværlighet og dens begrensninger. Kritikken har blant annet gått på treg varsling, manglende evne til å sikre rettferdig tilgang til vaksiner, og uklare roller mellom hovedkontor, regionkontorer og andre deler av FN-systemet. Dette har aktualisert spørsmålet om hvordan WHO kan samordne bedre med Verdensbanken, Gavi, Det globale fondet og FN-organisasjoner som UNICEF, FAO og WFP. I en fragmentert arkitektur er WHO fortsatt den eneste institusjonen med universelt medlemskap og mandat, men uten reform og mer forutsigbar finansiering vil organisasjonen slite med å levere.

Diskusjonene om reform har særlig dreid seg om fire områder. For det første, **finansiering**: mange land ønsker en langt større andel kjernebidrag som gir fleksibilitet og uavhengighet. For det andre, **styring og ansvarlinjer**: uklare roller mellom hovedkontor, region- og landkontorer har skapt forvirring, og flere medlemsland etterlyser en tydeligere arbeidsdeling, mindre byråkrati og sterkere resultatstyring. For det tredje, **operasjonell kapasitet**: WHO har tradisjonelt vært sterk på normer, men svakere på feltarbeid, og deres Health Emergencies Programme har bare delvis klart å fylle gapet. Til sist diskuteres **legitimitet og representasjon**: lav- og mellominntektsland vil ha sterkere innflytelse på agendaen, og sivilsamfunnsaktører ønsker bedre tilgang til prosessene, særlig i forhandlingene om IHR-revisjon og pandemiavtalen.

For Norge og andre likesinnede land er derfor diskusjonen om WHO en del av den bredere **FN-reformen**: Hvordan kan man sikre at organisasjonen får fleksible ressurser, styrket legitimitet og effektivitet og tydeligere ansvarsforhold? En sterkere WHO er avgjørende for å bygge helsesystemer som kan forebygge og oppdage kriser, og for å sikre global koordinering når neste helsetrussel rammer. Å løfte WHO's rolle i FN-reformen handler derfor ikke bare om helse, men om å bevare en multilateral orden som kan levere kollektive sikkerhetsgoder i en tid med økende geopolitisk rivalisering.

Alt i alt fremstår WHO som uunnværlig, men langt fra perfekt. Organisasjonen balanserer mellom høye forventninger, begrensede ressurser og politisk krysspress. Reformprosesser pågår – inkludert pandemiavtalen, revisjonen av IHR og finansieringsmodellen – men utfallet vil avhenge av medlemslandenes vilje til å investere i et mer uavhengig, fleksibelt og kraftfullt WHO. For Norge er satsing på WHO derfor både et bidrag til global trygghet og en investering i vår egen nasjonale beredskap.

WHO må i større grad bli den drivende kraften for forebygging og systembygging på helsesikkerhet – ikke bare for internasjonal krisehåndtering. Hittil har organisasjonen i hovedsak blitt vurdert ut fra evnen til å reagere når en krise allerede har oppstått: å mobilisere eksperter, koordinere respons, erklære unntakstilstand. Men erfaringene fra covid-19 og den nye Global Preparedness Monitoring Board-rapporten (2025) viser at verdens sårbarhet ligger i manglende grunnberedskap, ikke i selve krisehåndteringen. De fleste land som sto svakt under pandemien, manglet ikke varslingsystemer eller planer – de manglet robuste helsesystemer og kapasitet til å sette planene ut i livet.



Å løfte WHO fra et *responsorgan* til en *arkitekt* for global beredskap representerer derfor et viktig skifte. Det betyr at WHO ikke bare skal koordinere når sykdommen bryter ut, men bidra til å bygge systemer som hindrer at den gjør det. Det innebærer et sterkere fokus på langsiktig forebygging, utdanning av helsepersonell, laboratorier, lokal produksjon av vaksiner og medisiner, og nasjonal kapasitet til tidlig varsling og datadeling. WHO må med andre ord bli den institusjonen som sørger for at beredskap bygges før krisen – ikke først når den rammer.

Dette er et nytt og mer offensivt syn på helsesikkerhet, som flytter WHO fra å være verdens “legevakt” til å bli verdens “helseforsikringsselskap”: et system som beskytter, forebygger og reduserer risikoen for utbrudd. For å lykkes kreves både reform og finansiering – ikke for å gjøre WHO større, men for å gjøre den sterkere i det som faktisk virker: systembygging, kapasitet og samordning.

WHO må redefinere sin rolle som koordinator og som kjerne i den globale helseberedskapsarkitekturen. En fornyet rolle bør innebære at WHO får styrket mandat og ressurser til å sette den overordnede retningen for global helsesikkerhet, sikre at investeringer fra andre aktører – som Verdensbanken, Gavi, Det globale fondet og regionale organisasjoner – koordineres i tråd med internasjonale helsereguleringer (IHR), og at nasjonale planer faktisk omsettes i praksis. WHO bør være det naturlige navet der informasjon om nye utbrudd og andre helsetrusler samles, vurderes og deles, og samtidig fungere som standardsetter og tilsynsorgan for at medlemslandene bygger opp nødvendig kapasitet. I en tid med økende fragmentering og geopolitisk rivalisering må WHO derfor løftes frem som den legitime, samlende institusjonen som kan balansere ulike aktørers interesser og sikre at helsesikkerhet forblir et globalt fellesgode.

Begrunnelsen er enkel: uten et sterkt WHO risikerer verden at helsesikkerhet styres av de største giverlandenes særinteresser eller av stormaktsrivalisering. Bilaterale avtaler og parallelle initiativer kan gi raske resultater på kort sikt, men de mangler legitimitet, representasjon og evnen til å sikre felles standarder. WHO er den eneste organisasjonen med universelt medlemskap og et klart mandat til å vurdere risiko, utløse felles respons og følge opp landenes forpliktelser under IHR og pandemiavtalen. Nettopp derfor er det avgjørende at WHO forblir kjernen i arkitekturen – til tross for dets svakheter.



8. Hva bør Norge gjøre?

Norge både kan og bør ta en tydeligere rolle for å styrke global helsesikkerhet. Vår oppgave er ikke å gjøre alt, men å bruke vår posisjon og troverdighet til å bidra der vi har størst effekt: å integrere helsesikkerhet i sikkerhetspolitikken, å styrke WHO og den bredere helseberedskapsarkitekturen, å bidra med kapasitet og legitimitet, og å være en brobygger i en fragmentert verden.

Norge har i flere tiår markert seg som en pådriver for globale helseinitiativ og har gjennom dette vist at et lite land kan spille en avgjørende rolle når nye løsninger for global helseberedskap skal utvikles og finansieres. Denne historien gir oss både legitimitet og forventninger: verden ser til Norge når globale fellesgoder trenger langsiktige og troverdige støttespillere. Spørsmålet er hvordan vi kan bruke denne posisjonen til å styrke helsesikkerheten i tiårene fremover – på en måte som både tjener globalt fellesskap og våre egne sikkerhetsinteresser.

Norge bør bruke sin posisjon i WHOs eksekutivstyre (2024–2027) aktivt og strategisk. Vi kan bidra til at organisasjonen konsentrerer seg om sine kjerneoppgaver: tidlig varsling, normsetting, styrking av laboratoriekapasitet og koordinering i kriser. Som en av WHOs mest pålitelige partnere kan Norge fungere som brobygger mellom ulike blokker av medlemsland, og bidra til å fremme reformer som gir WHO mer uavhengighet, forutsigbar finansiering og tydeligere ansvarsfordeling. Vi kan også bruke vår stemme til å fremme at pandemiavtalen og revisjonen av IHR blir operasjonelle og knyttet tett til HEPR-rammeverket, slik at verden får en mer helhetlig og effektiv arkitektur.

Videre bør Norge tenke nytt om hvordan helsesikkerhet finansieres nasjonalt. Så lenge helsesikkerhet regnes som bistand, må det konkurrere med fattigdomsbekjempelse, utdanning og klimatiltak. Det gjør satsingen både sårbar og mindre ambisiøs enn den burde være. Flere land, som Canada og Storbritannia, har allerede besluttet, eller vurderer, å finansiere deler av sine bidrag til CEPI utenom bistandsbudsjettet. Norge kan gjøre det samme for eksempel ved å hente deler av finansieringen fra budsjettene for forsvar, helse eller samfunnssikkerhet. Det ville øke de samlede ressursene til helsesikkerhet og understreke at dette er et sikkerhetspolitisk anliggende.

Norge bør også ta en tydelig rolle i å styrke samordningen mellom globale, regionale og nasjonale initiativ. Norge kan bruke sin posisjon til å fremme bedre koblinger mellom disse nivåene, og til å sikre at initiativer som Lusaka-agendaen faktisk integrerer helsesikkerhet i bredere helse- og utviklingsplaner. WHO alene kan ikke levere alt, men fungerer som kjernen i arkitekturen. Regionalt er Africa CDC, PAHO, ASEAN og ECDC viktige aktører, mens Verdensbanken og regionale utviklingsbanker bidrar med finansiell beredskap. Disse kan fungere som «førstelinj» i respons og gjøre alt fra å fasilitere felles innkjøp av mottiltak, til å samkjøre overvåkingssystemer, laboratoriekapasitet og opplæring mellom land.⁴⁰ For Norge betyr dette at støtte til regionale strukturer ikke bare styrker beredskapen i regionen, men også bidrar til global smittekontroll og reduserer risikoen for at lokale utbrudd får globale konsekvenser.



En felles global avtale for helseberedskap, etter modell av Paris-avtalen, vil kunne samle givere, land og institusjoner om en langsiktig plan for finansiering av forebygging, beredskap og respons. For Norge vil det bety å bidra til en mer helhetlig og bærekraftig finansieringsarkitektur for global helsesikkerhet – og vise lederskap på et felt der koordinering er det som mangler mest.

Norges bidrag bør inkludere faglig kapasitet og praktisk erfaring, ikke bare finansiering. Våre fagmiljøer – som Folkehelseinstituttet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Helse- og omsorgsdepartementet og Norad – har kompetanse som etterspørres internasjonalt. Utsending av eksperter, deltagelse i felles øvelser og samarbeid om laboratorie- og overvåkingssystemer kan gi lav- og mellominntektsland reell støtte til å bygge kapasitet. Samtidig gir det norske fagmiljøer verdifull erfaring og lærdom som styrker vår egen beredskap hjemme.

Et annet område der Norge allerede spiller en viktig rolle, er innen datadrevet helseberedskap og overvåking. Gjennom Health Information Systems Programme (HISP) ved Universitetet i Oslo har Norge utviklet det globale informasjonssystemet DHIS2 (District Health Information Software 2) – verdens mest brukte plattform for helsedata i lav- og mellominntektsland. Systemet brukes i dag av helsemyndigheter i over 80 land til å samle, analysere og dele sanntidsdata om alt fra vaksinasjoner til sykdomsutbrudd. Under covid-19 ble DHIS2 brukt til både smittesporing og vaksineovervåking, og bidro til at flere land kunne oppdage og håndtere utbrudd raskere.

Til slutt bør Norge være en tydelig stemme for at helsesikkerhet handler om mer enn teknologi og finansiering – det handler også om legitimitet, tillit og inkludering. Erfaringene fra covid-19 viste at vaksinemotstand, desinformasjon og manglende tillit til myndigheter kan undergrave selv de best planlagte tiltakene. Når Norge støtter opp om global helsesikkerhet, bør vi derfor også fremme tiltak som styrker risikokommunikasjon, lokal forankring og inkludering av marginaliserte grupper. Dette er områder der norsk utviklingspolitikk allerede har kompetanse, og som kan gi viktige synergier.

Norges styrke ligger i kombinasjonen av legitimitet, faglig kompetanse og vilje til å satse på multilaterale løsninger. Ved å bruke disse fortrinnene klokt, kan vi bidra til å bygge en verden som er bedre rustet til å møte fremtidens helsekriser – og samtidig beskytte oss selv.



9. Avslutning

Global helsesikkerhet er ikke et fremtidsprosjekt – det er et behov *her og nå*. Vi vet at nye pandemier vil komme, at antimikrobiell resistens sprer seg, og at klimaendringer vil gi nye sykdomsutbrudd. Det vi ikke vet, er når og hvor. Nettopp derfor må vi handle nå. Som med forsvar og sivil beredskap kan vi ikke vente til krisen er over oss; investeringene må gjøres på forhånd, ellers blir kostnadene uendelig mye større på sikt.

Å investere i global helsesikkerhet kan sammenlignes med å betale en forsikringspremie. Norge kan aldri kjøpe seg full trygghet ved bare å styrke egne systemer, fordi neste helsekrise sannsynligvis vil starte utenfor våre grenser. Den mest kostnadseffektive måten å redusere risiko på er derfor å bidra til at andre land oppdager og stopper utbrudd tidlig. Når vi investerer i helseberedskap i lav- og mellominntektsland – laboratorier, varslingsystemer, vaksinetilgang og robuste helsetjenester – reduserer vi risikoen for at sykdommer sprer seg globalt og rammer oss hjemme. På samme måte som en forsikringsordning fordeler kostnader og beskytter fellesskapet, fordeler også global helsesikkerhet risiko og beskytter Norge mot kriser vi ikke kan avverge alene.

Covid-19 viste at manglende beredskap kan koste oss milliarder, liv og tillit – og at ingen land kan beskytte seg alene. En epidemi som starter langt unna, kan i løpet av uker slå ut i Norge, påvirke arbeidsplasser, forsyningssikkerhet og helsevesen. Derfor må helsesikkerhet forstås som mer enn bistandspolitik. Det er norsk egeninteresse og sikkerhetspolitikk.

For Norge er valget klart: enten ser vi på helsesikkerhet som bistand som kan kuttes når budsjettene strammes inn – eller så behandler vi det som det faktisk er: en integrert del av vår nasjonale sikkerhet. Vi har både legitimitet, erfaring og innflytelse som kan brukes til å styrke WHO og den globale helseberedskapsarkitekturen. Ved å investere strategisk og langsiktig, kan Norge bidra til å gjøre verden tryggere – og samtidig beskytte våre egne innbyggere mot de neste globale helsekrisene, når de kommer.



OM FORFATTERNE

Cindy Robles har en master i statsvitenskap fra UiO. Hun har over 14 års arbeidserfaring fra blant annet PwC, Norad, og Verdensbanken hvor hun har jobbet med tema som helseberedskap, klimatilpasning, naturkatastrofebygging, sosiale sikkerhetsnett, sivil samfunn, det multilaterale systemet, likestilling og inkludering av sårbare grupper.

Eirik Mofoss er daglig leder i Langsikt. Tidligere har Eirik vært fagdirektør i Norad og jobbet som finanspolitisk rådgiver på Stortinget, samt med forretningsutvikling i Visma. Han er utdannet sivilingeniør i Industriell økonomi og teknologiledelse ved NTNU.

OM LANGSIKT

Langsikt er en uavhengig, ideell tankesmie for mer langsiktig politikk. Vi forener forskning og politikkutvikling for å bidra til at samfunnets ressurser brukes der de gjør mest nytte. Vårt fokus er på store globale utfordringer som kunstig intelligens, pandemier og ekstrem fattigdom. Vi utvikler ny politikk, bidrar i den offentlige samtalen og er en møteplass for alle som er interessert i langsiktig og kunnskapsbasert politikk. Vår finansiering kommer fra stiftelser og privatpersoner, uten at økonomiske bidrag gir noen innflytelse på hva vi skal mene. Les mer om oss på www.langsikt.no.

Har du innspill til notatet, ta gjerne kontakt på cindy@langsikt.no

Dato: 30.10.2025

Redaksjonelt ansvar: Eirik Mofoss, daglig leder i Langsikt.

Sitér gjerne notatet slik: “Cindy Robles og Eirik Mofoss: ‘Verdens beste forsikring: Hvordan investeringer i global helsesikkerhet beskytter både Norge og verden’. Notat. Oktober 2025. Langsikt.”



Sluttnoter

1. Global Preparedness Monitoring Board (2025) '[The New Face of Pandemic Preparedness](#)'. Gro Harlem Brundtland var for øvrig co-chair for GPMB fra 2018-2021.
2. Kalajdzic m.fl (2021, 14. april) '[Koronakommisjonens dom: Alvorlig svikt at vi ikke var forberedt på pandemi](#)', NRK.
3. Anslag på militære utgifter per år (USD 2718 milliarder) kommer fra: Liang, Tian et al. (2025) '[Trends in World Military Expenditure, 2024](#)', Stockholm International Peace Research Institute, mens anslaget på behovet for investeringer i PPR (USD 31 milliarder) – altså mer enn dagens nivå – kommer fra: World Health Organization & the World Bank (2022) '[Analysis of Pandemic Preparedness and Response \(PPR\) architecture, financing needs, gaps and mechanisms](#)'.
4. World Bank & World Health Organization (2022) '[Financing modalities for pandemic prevention, preparedness & response](#)'.
5. World Health Organization (2025) '[WHO Health Emergencies Programme](#)'.
6. Pandemifondet (2024) '[Building Pandemic Resilience: The time is now](#)'.
7. Bjørgul og Aas (2025, 10.april) '[Noe dramatisk har skjedd med norske velgere](#)', Aftenposten.
8. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2019) '[Analyser av krisescenarier 2019](#)'.
9. Narayanan og Bogetić (2023) '[World Bank Group's Early Support to Addressing the Coronavirus \(COVID-19\) Economic Response \(April 2020-June 2021\): An Early-Stage Evaluation](#)', Independent Evaluation Group Evaluation Report, World Bank Group.
10. Jamison, Dean et al. (2024) '[Global health 2050: the path to halving premature death by mid-century](#)', The Lancet, 404(10462).
11. Verdensbanken (2024) '[Government Health Spending Trends Through 2023: Peaks, Declines, and Mounting Risks](#)'.
12. Krugman (2025) '[The State of Global Health Funding: August 2025](#)', Think Global Health.
13. Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC) (2025) '[Africa's Health Financing in a New Era](#)'.
14. Wenham (2019) '[The oversecuritization of global health: changing the terms of debate](#)', International Affairs, 95(5).
15. Global Preparedness Monitoring Board (2023) '[A Fragile State of Preparedness: 2023 Report on the State of the World's Preparedness](#)'.
16. World Health Organization (WHO) (2023) '[One Health - Fact sheet](#)'.
17. World Health Organization (WHO) (2023) '[Climate change - Fact sheet](#)'.
18. The Lancet (2024) '[Global Burden of Bacterial Antimicrobial Resistance 1990-2021: a systematic analysis with forecasts to 2050](#)'.
19. Bratlie og Jølstad (2024) '[Våpen, pest og gull - muligheter og trusler fra ny bioteknologi](#)', Langsikt.
20. WHO (2020) '[Global progress report on water, sanitation and hygiene in health-care facilities: fundamentals first](#)'.
21. WHO (2019) '[Addressing the 18 million health worker shortfall – 35 concrete actions and 6 key messages](#)'.
22. WHO Health Emergencies Programme (WHE) (2023) '[Strengthening the global architecture for health emergency prevention, preparedness, response and resilience](#)', WHO.
23. '[Vaksiner er viktig for totalforsvaret](#)' – artikkel fra Legemiddelindustrien om et arrangement under Arendalsuka 2025 (publisert 14.08.2025)
24. Steenbuch (2025, 12. oktober) '[Disse vaksinene er viktige i krisesituasjoner](#)', Aftenposten.



25. Halvorsen (2015, 27.august) '[Slik stanset norske forskere ebola-trusselen på rekordtid](#)', Aftenposten.
26. Mithi (2025) '[Mpox in Africa: funding cuts and delayed global actions fuelling new epicentres](#)', The Lancet Global Health, 13(9).
27. Brown, Rhodes, Tacheva, et al. (2023) '[Challenges in international health financing and implications for the new pandemic fund](#)', Global Health, 19(97).
28. Ndembu, Dereje, Nonvignon, et al. (2024) '[Financing pandemic prevention, preparedness and response: lessons learned and perspectives for future](#)', Global Health, 20(65).
29. World Health Organization (WHO) (2025) '[How WHO is funded](#)'.
30. Pandemifondet (2024) '[Building Pandemic Resilience: The time is now](#)'.
31. Regjeringen (2025) '[Norge gir 10 milliarder kroner til global helse](#)'.
32. Regjeringen (2025) [Prop. 1 S \(2025-2026\) for Utenriksdepartementets kapitler](#).
33. Opplyst i møte mellom Langsikt og Utenriksdepartementet, August 2025.
34. Meld. St. 5 (2023–2024) '[En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa](#)', Helse- og omsorgsdepartementet.
35. Statsministerens kontor (08.05.2025) '[Nasjonal sikkerhetsstrategi](#)'.
36. Agarwal (2025) '[Avoiding Trillion-Dollar Delays in Pandemics](#)', Center for Global Development.
37. Agarwal (2025) '[Avoiding Trillion-Dollar Delays in Pandemics](#)', Center for Global Development.
38. Director-General of WHO (2025) '[Health emergency preparedness and response: Strengthening the global architecture for health emergency prevention, preparedness, response and resilience. Report by the Director-General](#)', WHO.
39. Fan, Smitham, Regan, Gautam, Norheim, Guzman og Glassman (2023) '[Strategic Investment in Surveillance for Pandemic Preparedness: Rapid Review and Roundtable Discussion](#)', Center for Global Development.
40. Rahman-Shepherd, Afifah et al. (2025) '[Establishing the value of regional cooperation and a critical role for regional organisations in managing future health emergencies](#)', The Lancet Global Health, 13(3).