

**Huvudrapport**

# **Framtid Afrika**

**av Hälsoenhetens projektgrupp**



STYRELSEN FÖR INTERNATIONELLT  
UTVECKLINGSSAMARBETE

Avdelningen för demokrati  
och social utveckling  
Hälsoenheten

Health Division Document 2000:6A  
Commissioned by Sida, Department for Democracy and Social Development,  
Health Division

© Sida  
Written in 2000  
Printed in Stockholm, Sweden, 2000  
ISSN 1403-5545  
ISBN 91-586-0223-2

# Innehåll

|                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Inledning .....</b>                                          | <b>3</b>  |
| 1.1 Uppdrag .....                                                  | 3         |
| 1.2 Avgränsningar .....                                            | 3         |
| 1.3 Arbetsmetoder .....                                            | 4         |
| <b>2. Hälsosituation och hälsobiståndet i Afrika .....</b>         | <b>5</b>  |
| 2.1 Hälsosituationen .....                                         | 5         |
| 2.2 Hiv/aids .....                                                 | 5         |
| 2.3 Hälsosystemen .....                                            | 5         |
| 2.4 Resurser till hälsa .....                                      | 6         |
| 2.5 Hälsobistånd .....                                             | 6         |
| 2.6 Slutsatser .....                                               | 7         |
| <b>3. Länder med hälsostöd – analys av framtiden .....</b>         | <b>8</b>  |
| 3.1 Angola .....                                                   | 8         |
| 3.2 Kenya .....                                                    | 8         |
| 3.3 Uganda .....                                                   | 8         |
| 3.4 Zambia .....                                                   | 9         |
| <b>4. Länder med svenskt samarbete men utan hälsobistånd .....</b> | <b>10</b> |
| 4.1 Eritrea .....                                                  | 10        |
| 4.2 Etiopien .....                                                 | 10        |
| 4.3 Mocambique .....                                               | 10        |
| 4.4 Tanzania .....                                                 | 10        |
| 4.5 Zimbabwe .....                                                 | 11        |
| <b>5. Nya länder .....</b>                                         | <b>12</b> |
| 5.1 Sektorprogram .....                                            | 12        |
| 5.2 Hälsobehov .....                                               | 13        |
| 5.2.1 <i>Utnyttjande av hälsosystemen – fattigdom</i> .....        | 14        |
| 5.3 Analys av länderna och förslag till stöd .....                 | 14        |
| 5.3.1 <i>Malawi</i> .....                                          | 14        |
| 5.3.2 <i>Rwanda</i> .....                                          | 16        |
| 5.3.3 <i>Mali</i> .....                                            | 19        |
| 5.3.4 <i>Burkina Faso</i> .....                                    | 20        |
| 5.4 Sammanfattning .....                                           | 22        |
| <b>6. Slutsatser och rekommendationer .....</b>                    | <b>24</b> |
| <br>                                                               |           |
| <b>List of Health Division Documents .....</b>                     | <b>29</b> |



# 1. Inledning

Detta är en sammanfattande rapport från projektet Framtid Afrika som tillsattes på hälsoenheten i februari-mars 2000. Projektet syftar till att utreda förutsättningarna för utökade biståndsinsatser i Afrika inom hälsoområdet.

## 1.1 Uppdrag

Projektet har omfattat en rad deluppdrag:

### 1. Att utreda möjligheterna till hälsostöd i två till tre nya länder.

De nya länderna specificerades i ett uppdrag från AFRA (beslut AFRA 86/100) till Malawi, Rwanda, Mali och Burkina Faso. Enligt uppdraget skall rapporten till AFRA innehålla:

- förslag om stöd i två eller tre av dessa länder,
- förslag till lämplig stödform (i första hand sektorprogram), möjlig samverkan eller finansiering genom andra givare samt förslag om stödets volym
- en analys av förhållningssätt på kort och lång sikt

Vidare skall analysen genomsyras av ett fattigdomsperspektiv och utgå ifrån att befolkningen i berörda länder är begränsad.

I Projektdirektiven för Framtid Afrika (som fastställdes i beslut DESO 0396/00) finns ytterligare direktiv från beställaren kring kriterier för bedömning av länderna. I direktiven framgår att projektgruppen skall:

- göra en bedömning av länderna utifrån Sidas policies och Hälsoenhetens verksamhetsinriktning,
- bedöma Sveriges/Sidas komparativa fördelar i förhållande till landet i fråga och i förhållande till vad andra givare gör,
- bedöma möjligheter till stöd utifrån Sidas administrativa kapacitet,
- prioritera sektorprogramstöd i fråga om biståndsformer.

Direktiven fastslår också att gruppen skall avstå ifrån att definiera konkreta insatser eller påbörja någon form av beredning.

### 2. Att belysa möjligheterna till hälsostöd i svenska samarbetsländer (programländer) utan hälsostöd i dagsläget (dylika förslag hanteras i landstrategiprocesser)

### 3. Att göra en analys av behov, strategisk roll och komparativa fördelar för Sida vad gäller hälsoinsatser i Afrika under den kommande 5 års perioden (dvs. även göra en analys av framtidsutsikterna för hälsostödet i de länder där Sverige/Sida redan har hälsosamarbete).

Parallellt med projektet har även ett utredningsarbete om hälsa i Västafrika pågått. Resultatet av detta arbete har beaktats i projektets analyser vad gäller stöd till Mali och Burkina Faso.

## 1.2 Avgränsningar

Projektet har inte omfattat forskningsinsatser, regionala insatser eller hiv/aidsinsatser.

Projektgruppen har i sitt arbete försökt att analysera möjligheterna till hälsostöd från ett renodlat tekniskt hälso(sektor) perspektiv. Det är emellertid mycket svårt att räkna bort

den politiska verkligheten och i flera avsnitt finns först en teknisk analys och därefter en kommentar kring hur troligt/möjligt ett hälsosektorstöd är, givet den politiska verkligheten i respektive land.

### **1.3 Arbetsmetoder**

En projektgrupp har funnits med följande medlemmar: Lena Ekroth (hälsoenheten) – senare ersatt av Anders Molin (hälsoenheten), James Donovan (AFRA), Lennart Ljung (regional hälsorådgivare Afrika) och Anna-Carin Kandimaa (hälsoenheten) projektledare.

Gruppen har träffats vid ett antal tillfällen och bl a utarbetat förslag till beställaren vad gäller möjligt hälsostöd till programländer utan hälsostöd i dagsläget, uppdragsbeskrivning för studieresor, upphandling av konsulter etc. Vidare har fem resor genomförts till Malawi, Rwanda, Mali, Burkina Faso och Tanzania. Från samtliga resor finns separata rapporter. Gruppen har haft konsultstöd vid fyra av studieresorna.

Afrika-teamet på hälsoenheten har fungerat som referensgrupp för projektet.

Projektet har vid flera tillfällen och i olika former konsulterat berörda handläggare på AFRA och på ambassaderna i regionen.

## 2. Hälsosituation och hälsobiståndet i Afrika

### 2.1 Hälsosituationen

Även om hälsosituationen i Afrika har förbättrats i många avseenden under de senaste trettio åren är den fortfarande betydligt sämre än i andra världsdelar. Den förväntade livslängden i Afrika söder om Sahara är mer än 15 år kortare än snittet för alla utvecklingsländer.<sup>1</sup> Mödradödlighet är i genomsnitt mycket hög, 979 per 100 000 jämfört med 491 som är snittet för alla utvecklingsländer och 437 som är snittet för hela världen.<sup>2</sup>

Samtidigt som befolkningen i Afrika fortsätter att drabbas av smittsamma sjukdomar som luftvägsinfektioner, malaria och diarré-sjukdomar, ökar förekomsten av icke-överförbara sjukdomar som depression och hjärt-kärlssjukdomar. Detta ställer nya och ännu större krav på de redan pressade hälsosystemen i regionens länder.<sup>3</sup>

### 2.2 Hiv/aids

Ett av de stora hoten mot utveckling i Afrika är spridningen av hiv/aids. Sjukdomen resulterar i ett oerhört mänskligt lidande och får allvarliga konsekvenser för samhällsutvecklingen i de värst drabbade länderna. Detta gör att hiv/aids inte enbart är att betrakta som en hälsofråga, hiv/aidsproblematiken måste också ses i ett bredare utvecklingsperspektiv (se den svenska hiv/aids-strategin).

Hiv/aids kommer att fortsätta att utgöra en mycket tung börda för de redan resurssvaga hälsosystemen i de afrikanska länderna. Redan idag upptas ett stort antal av sjukhusens sängplatser av aidspatienter, efterfrågan på behandling av sk. opportunistiska sjukdomar (som TBC) ökar, den utbildade personalen (som redan är en bristvara) minskar i antal osv. Denna situation måste beaktas i analysen av behoven av – och möjligheterna till – hälso-stöd i Afrika.

Det finns länder som t ex Uganda och Sénégal som lyckats med att vända trenden av nysmittade personer, antalet nysmittade minskar i dessa länder, framförallt i de yngre åldrarna. Detta visar att det finns möjlighet att påverka och förbättra situationen med en kombination av insatser (information/upplysning, tillgängliga kondomer osv.) och en betydande politisk vilja.

### 2.3 Hälsosystemen

De flesta afrikanska länderna ärvde efter kolonialtiden hälsosystem som inte var strukturerade för att svara upp mot befolkningens hälsobehov. Många länder har sedan dess gjort betydande försök att reformera sina system i riktning mot en utbyggd primärvård, satsningar på förebyggande insatser och ökade inslag av demokratiskt inflytande genom olika decentraliseringsprocesser. Patientavgifter har introducerats i flera länder, för att öka resurserna och för att skapa en mer långsiktigt hållbar finansiering av sektorn.

Reformprocesserna kräver ofta betydande investeringar under långa perioder och – kanske ännu viktigare – en stark politisk vilja till förändring. Denna vilja finns i många av de länder som Sverige/Sida samarbetar med inom hälsosektorn och imponerande framsteg har gjorts på flera håll. Processerna har resulterat i omfattande policy och plandokument

<sup>1</sup> Human Development Report 1999 – I Afrika söder om Sahara är den förväntade livslängden vid födseln 50,3 år för kvinnor och 47,5 år för män, vilket kan jämföras med snittet för alla utvecklingsländer som är 66,1 år för kvinnor och 63 år för män.

<sup>2</sup> Human Development Report 1999

<sup>3</sup> World Health Report 1999

som nu omsätts i verkligheten med de knappa resurser som finns inom hälsosektorn i dessa länder. Det finns anledning att fortsätta att stödja reformprocesserna och de försök som görs att med begränsade resurser bättre svarar upp mot befolkningens behov.

## 2.4 Resurser till hälsa

I Världsbankens rapport "Investing in Health" från 1993 utvecklades ett paket av basvård som varje land bör tillhandahålla för att bekämpa de stora hälsoproblemen. Detta paket beräknades kosta ca 12 USD per person och år. Även om få länder implementerat paketet i den form som Världsbanken utvecklat, kan beräkningarna tjäna som en sorts minimum för vad som krävs i form av resurser på primärvårdsnivå för förbättrad hälsa. Få eller inga länder som Sverige/Sida samarbetar med inom hälsosektorn når upp till dessa 12 dollar per capita till primärvård, även inräknat biståndsmedel.

Senare studier genomförda av WHO antyder att 60 USD per capita förefaller vara ett sorts minimum för att få hälsosystemen att fungera effektivt.<sup>4</sup> Om så är fallet befinner sig de afrikanska hälsosystem mycket långt under effektivitetsgränsen.

Som en illustration kan nämnas att Sverige lägger ner 1516 dollar per capita på hälsa årligen (siffra från 1997). Detta är enbart de offentliga resurserna. Motsvarande siffra (snittet) för de länder som diskuteras i denna rapport är 25 dollar, inklusive bistånd.<sup>5</sup> Dessa 25 dollar skall räcka till primärvård (som alltså minst borde erhålla 12 dollar/capita), alla sjukhus (som normalt tar mer än hälften av budgeten), all administration (hälsoministeriet, regional och lokal administration), alla utvecklingskostnader, ofta även kostnader för utbildningsinstitutioner, centrala myndigheter osv.

Slutsatsen är att det fortfarande saknas resurser för hälsa i Afrika och att det finns anledning för såväl länderna själva som för biståndsgivare som Sida att öka satsningarna på hälsa.

## 2.5 Hälsobistånd

Sveriges hälsobistånd till Afrika har minskat något under perioden 1995/96–1999 (bilateral, exklusive forskning och humanitära insatser).

| Hälsobistånd<br>Afrika (DESO) | 1995/96<br>(12 mån) | 1997  | 1998  | 1999  |
|-------------------------------|---------------------|-------|-------|-------|
| Bilateralt                    | 202,1               | 172,8 | 186,1 | 169,5 |

I siffrorna för 1999 finns även stöd till länder där hälsostödet har fasats ut (som Guinea Bissau, Zimbabwe och Tanzania). Det innebär att stödet till hälsa i Afrika för år 2000 troligen kommer att vara ännu lägre.

Tematiskt var uppdelningen under 1995/96 sådan att SRHR-insatserna var störst och motsvarade ca 35% av stödet, därefter kom läkemedelsinsatser ca 17%, insatser riktade till barn ca 15%, stöd till distriktsvård ca 15%, policy och managementstöd ca 12% och resten under rubriken övrigt. I takt med att sektorprogram utvecklas i regionen kommer mer resurser att skiftas från insatser med en tematisk inriktning till generella vårdinsatser.

<sup>4</sup> Communication of the Commission to the Council and the European Parliament on "Accelerated action targeted at major communicable diseases within the context of poverty reduction", September 2000.

<sup>5</sup> Siffror från World Health Report 2000 – National Health Accounts. Hur den internationella dollarkursen beräknas framgår av rapporten.

I dagsläget är dessa medel öronmärkta till distriktsnivån (Zambia och Uganda) men utvecklingen går mot ett stöd till hela sektorn.

## 2.6 Slutsatser

Hälsoutvecklingen i Afrika släpar efter hälsoutvecklingen i världen i övrigt. Hiv/aids utgör ett allvarligt hot mot både hälsa och utveckling i länderna och sätter stor press på de redan ansträngda hälsosystemen.

Det finns möjligheter att påverka situationen genom att ge stöd till de viktiga reformprocesser och den hälsosystemsutveckling som pågår. Detta motiverar ett ökat hälsobistånd till regionen.

Trots detta pekar trenden i hälsobiståndet till Afrika nedåt av olika skäl, bl a pga politisk instabilitet (Etiopien, risker kring Angola, Kenya), brist på administrativ kapacitet eller aktiva beslut om att koncentrera det svenska biståndet till en social sektor (Tanzania).

De stora hälsobehoven och bristen på resurser i regionen gör att det finns anledning att noga analysera möjligheterna till hälsostöd i nya länder i Afrika men *även* att granska de länder som Sverige/Sida redan har samarbete med för att se om det är möjligt att återknyta kontakter med några av dem, eller om det är möjligt att öka hälsobiståndet i de länder där vi redan är aktiva.

### 3. Länder med hälsostöd – analys av framtiden

#### 3.1 Angola

Sverige har haft hälsostöd till Angola sedan 1970-talet. I mars 2000 beslutade Sida om ett fortsatt stöd hälsosektorn om 46 miljoner kronor på två år. Stödet är av humanitär karaktär och fokuserar på mödra- och barnhälsovård. Den politiska utvecklingen i landet och det stora antalet flyktingar som har sökt sig till huvudstaden gör att det svenska stödet är riktat till Luanda provinsen.

Utsikterna att den politiska situationen i landet dramatiskt kommer att förbättras inom den närmaste femårsperioden är små. Det förefaller troligt att en fortsättning av ett hälsostöd till Angola även efter 2002 kommer att vara av humanitär karaktär och ha ungefär samma omfattning som det innevarande stödet.

#### 3.2 Kenya

Sverige och Kenya har nyligen ingått ett nytt avtal om svenskt stöd till hälsosektorn. Stödet är riktat till distriktsnivån (åtta distrikt i tre provinser) och omfattar 75 miljoner kronor under en treårsperiod, från mitten av år 2000 till mitten av år 2003.

Från ett tekniskt perspektiv finns goda förutsättningar att ge hälsostöd till Kenya, landet har tillgång till välutbildad personal och det är främst finansiella resurser som saknas. Den springande punkten är den politiska situationen. Kenya är ett av de få länder där den politiska viljan för ett sektorprogram saknas och korruptionen är utbredd. Den svenska insatsen är inriktad på att på ett så effektivt sätt som möjligt ge stöd till sektorn i en politiskt komplicerad miljö.

I dagsläget torde det vara omöjligt att öka det svenska stödet till hälsosektorn.

Kenya står emellertid inför stora och potentiellt positiva politiska förändringar. Därför är det mycket svårt att se längre in i framtiden än den nuvarande stödperioden.

#### 3.3 Uganda

Sverige har stött Ugandas hälsosektor sedan mitten av 80-talet. Uganda och Sverige har nyligen ingått ett nytt treårsavtal om hälsostöd till Uganda. Stödet omfattar totalt 150 miljoner svenska kronor, dvs. 50 miljoner kronor per år under perioden 1 juli 2000 till 30 juni 2003.

Hälsoministeriet och givarna inom hälsosektorn har gemensamt utvecklat ett sektorprogram som tog sin början den 1 juli 2000. Det finns en stark politisk vilja från den ugandiska regeringen representerad av hälsoministeriet att givarna skall röra sig i riktning mot budgetstöd till sektorn. Sida kommer att under perioden ge 27 miljoner (av de 50) årligen i budgetstöd till sektorprogrammet. Resterande del av stödet går till kapacitetsuppbyggnad och institutionsutveckling samt visst annat stöd.

Det svenska stödet till hälsosektorn i Uganda är stort men Sverige är inte störst. Britterna via DfID kommer till exempel att under första året bidra med minst 4 miljoner brittiska pund i budgetstöd (ca 56 miljoner svenska kronor) till sektorprogrammet, förutom de projekt de också fortsätter att stödja.

Trots omfattande bistånd saknar hälsosektorn i Uganda ännu resurser. Givet att sektorprogrammet utvecklas i enlighet med planerna finner projektgruppen att det här finns en potential att ytterligare öka stödet. Ett stöd som till exempel omfattar 75 miljoner kronor per år är inte otänkbart.

Att öka stödet utöver den nivå som Sverige planerar för närvarande reser naturligtvis frågor kring förhållande mellan inhemska resurser och bistånd och bärkraftighet i systemet. Dessa frågor kommer inte att besvaras här men noteras för den fortsatta analysen.

### 3.4 Zambia

I Zambia pågår också ett sektorprogram inom hälsosektorn. Det nuvarande avtalet om hälsostöd löper under perioden 1999–2001. Programmet har gått igenom en turbulent tid under perioden 1998–2000 men förefaller nu vara tillbaka på spåret med genomförande av reformer och ett ökat förtroende mellan givarna och hälsoministeriet.

De grundläggande förutsättningarna för att stödja hälsosektorn finns kvar och de svenskstödda insatserna har över lag uppvisat tillfredsställande resultat. De omfattande reformer som Sverige stödjer inom hälsosektorn tar lång tid att genomföra och det svenska stödet till hälsosektorn bör därför fortsätta även efter 2001.<sup>6</sup>

Under innevarande avtalsperiod omfattar stödet 45 miljoner kronor per år, vilket är något mindre än tidigare period då stödet omfattade 50 miljoner kronor per år. Givet att sektorprogrammet fortsätter att utvecklas finns definitivt ett behov och en möjlighet att öka stödet igen, åtminstone tillbaka till den tidigare nivån. I det fall det finns mer resurser som Sverige önskar satsa på hälsa finns här en klar potential att ytterligare öka stödet. En omfattning om t ex 75 miljoner kronor per år torde inte vara omöjlig att avsätta i hälsosektorn via budgetstödsmekanismen. En sådan ökning skulle dock tidigast kunna bli aktuell från och med 2002.

Från ett tekniskt perspektiv finns många möjligheter att öka hälsostödet under förutsättning att sektorprogrammet utvecklas i positiv riktning. Den allmänna politiska miljön med en svag regering, begränsad vilja till reformer och anklagelser om korruption (även inom hälsosektorn) påverkar emellertid de svenska politiska förutsättningarna för ett ökat stöd. Frågor kring förhållande mellan inhemska resurser och bistånd och bärkraftighet i systemet blir aktuella även i Zambia.

---

<sup>6</sup> Enligt Bedömningspromemoria hälsostöd 1999–2001 skall stödet till den zambiska hälsosektorn och den reformprocess som pågår där sedan början av 90-talet skall ses som ett långsiktigt svenskt åtagande.

## 4. Länder med svenskt samarbete men utan hälsobistånd

### 4.1 Eritrea

Sida har i dag inget samarbete med Eritrea inom hälsosektorn men ger stöd till utbildning och stöd till ett projekt via Unicef mot kvinnlig könsstympning.

Världsbanken och Eritrea har ett omfattande samarbete för att utveckla hälsovården i landet.

I dagsläget förefaller det inte vara aktuellt med svenskt stöd till Eritreas hälsosektor främst på grund av den politiska situationen. Om ett hälsostöd skulle kunna bli aktuellt finns från ett tekniskt perspektiv möjligheter till stöd och det som i första hand bör utredas är en samfinansiering med Världsbanken (för stödet till utvecklingen av hälsosystemet) och ev. fortsatt/ytterligare stöd via Unicef.

### 4.2 Etiopien

Sida har stött hälsosektorn i Etiopien sedan 1950. Under de senaste åren har ett hälsosektorprogram utvecklats och Sida hade planerat att stödja programmet med budgetstöd omfattande 120 miljoner konor för tre år (dvs 40 miljoner kronor per år). Något avtal blev emellertid aldrig aktuellt pga konflikten med Eritrea.

Det finns från ett tekniskt perspektiv mycket goda förutsättningar att stödja hälsosektorn i Etiopien men den politiska verkligheten förhindrar ett stöd i dagsläget. En möjlighet skulle vara att ge ett begränsat och riktat stöd till vissa program under en övergångsperiod. Även detta är ett politiskt beslut.

### 4.3 Mocambique

Den nuvarande landstrategin för Mocambique gäller fram till 2001 och arbetet på en ny landstrategi har just inletts. Frågan om samarbete inom hälsoområdet bör prövas i strategiarbetet.

I Mocambique pågår inom hälsosektorn en process för att utveckla ett sektorprogram. En policy och en strategisk plan är under utarbetande och steg mot gemensam finansiering av sektorn har redan tagits i och med samfinansieringen av vissa delområden som läkemedel och tekniskt stöd.

Viktiga aspekter att beakta är Mocambiques begränsade absorptionskapacitet, närvaron av en mängd givare men också det faktum att det finns en stor svensk resursbas med ingående kunskaper och kontakter med Mocambique. En möjlighet som bör diskuteras är samarbete med någon annan givare som t ex Norad.

### 4.4 Tanzania

Från ett tekniskt perspektiv finns mycket goda möjligheter att stödja hälsosektorn i Tanzania. Det finns en lång historia av svenskt samarbete med Tanzanias hälsosektor. Vidare finns ett relativt välutvecklat hälsosektorprogram med en gemensam finansieringsmekanism (basket fund) som etablerades 1999.

Utkastet till landstrategi för 2001–2005 som nyligen utarbetats innehåller inga förslag om svenskt hälsostöd till landet. Det torde dock finnas *all anledning* att noga pröva ett dylikt beslut. Rekommendationen från denna grupp är att ett hälsostöd till Tanzania både är möjligt och önskvärt. Om anledningen till beslutet är bristande administrativ kapacitet

på ambassaden skulle ett hälsostöd i Tanzania kunna kanaliseras via någon av de likasinnade biståndsorgan som redan deltar i sektorprogrammet (t ex Norad eller DfID).

#### **4.5 Zimbabwe**

Sverige och Zimbabwe har haft ett hälsosamarbete i projektform som fasades ut under 1999 och början av 2000, bl a pga begränsade framgångar i genomförandet av projekten.

Något nytt stöd i form av projekt är inte aktuellt men det finns en mekanism via Health Services Fund som skulle kunna vara intressant för stöd. Det finns också ett embryo till ett sektorprogram inom hälsosektorn i Zimbabwe. Från ett tekniskt perspektiv finns således möjligheter till hälsostöd. Det finns en svensk ambassad men om ambassaden inte skulle ha kapacitet finns likasinnade givare (t ex Norad och Danida) med vilka ett samarbete kanske kunde vara tänkbart.

I Zimbabwe sätter dock den politiska verkligheten i dagsläget stopp för vidare hälsostöd. På grund av det senaste årets händelser i landet är bedömningen att något hälsostöd till Zimbabwe inte är aktuellt inom de närmaste åren.

## 5. Nya länder

En av huvuduppgifterna inom projektet har varit att lämna förslag till hälsostöd i två till tre nya länder i Afrika. Enligt AFRA:s uppdrag är det Malawi, Rwanda, Mali och Burkina Faso som är aktuella för bedömning. Bedömningen utgår ifrån de studier som genomförts i enlighet med uppdragsbeskrivningen i bilaga 2.

### 5.1 Sektorprogram

Enligt både uppdraget från AFRA och projektdirektiven är det i första hand sektorprogram i länderna som skall bedömas.

I Sidas policy för sektorprogramstöd<sup>7</sup> framgår att den svenska hållningen är att arbeta för sektorprogram i dess mest utvecklade form. Hur långt ett sektorprogram kan utvecklas beror främst på landets ambitioner men även på hur majoriteten av givarna (eller de tongivande givarna) i sektorn förhåller sig till sektorprogram och sektorprogramstöd. De frågor som generellt är mest kontroversiella är de som rör; bundet bistånd, att använda landets system för upphandling, att rapportera medel gemensamt, öronmärkning av medel osv.

I tabellen nedan finns en uppdelning av några de stora givarländerna efter huruvida de delar Sveriges syn på sektorprogram eller ej. Notera att detta gäller den generella inställning, det finns stora skillnader mellan hur samma givare agerar i olika länder.

| <i>Likasinnade</i> | <i>Något likasinnade</i> | <i>Ej likasinnade</i> |
|--------------------|--------------------------|-----------------------|
| Norge              | Danmark                  | Frankrike             |
| Irland             | Kanada                   | Schweiz               |
| Storbritannien     |                          | Belgien               |
| Holland            |                          | USA                   |
|                    |                          | Japan                 |

Av de internationella organisationerna har EU och Världsbanken på policynivå en liknande inställning som Sverige även om man lokalt ibland avviker från den uppfattningen. FN-organen har generellt större problem att finna sin roll i sektorprogrammen och deras inställning varierar mycket från land till land. De är också bundna av regler som tvingar dem att redovisa resultat av just deras medel. Detta gör det svårt för FN-organen att bidra med budgetstöd. Däremot finns inga hinder att delta i policyprocessen.

---

<sup>7</sup> Sidas policy för sektorprogramstöd samt Handledning i testupplaga, februari 2000

### Ruta 1: Sektorprogram och sektorprogramstöd

Det råder ibland förvirring kring definitionen av sektorprogram och sektorprogramstöd och kring olika organisationers hållning i frågan. Därför följer här en kort sammanfattning:

Utvecklingen av ett sektorprogram är en process som startar med utarbetande av en policy och planer som landet och givarna är överens om. Därefter samordnas projekt och aktiviteter planeras och genomförs inom ramen för den gemensamma planen. En utveckling mot samordning av finansiering och uppföljning påbörjas. Det sista steget utgörs av en gemensam finansiering och uppföljning med utnyttjande av landets budget, redovisnings- och revisionssystem. Under processen uppstår givetvis blandformer av denna förenklade beskrivning. Om en majoritet av givarna motsätter sig sektorprogram i dess mest utvecklade form finns risk att programmet "fastnar" i en blandform.

Alla länder i undersökningen har utvecklat planer och policies men är i övrigt i det inledande skedet när det gäller samordning av både projekt och biståndsgivare. Länderna har kommit olika långt men ingen har lyckats införa ett fullständigt sektorprogramstöd.

## 5.2 Hälsobehov

Den sammanfattande bedömningen från landstudierna och från internationella data är att *hälsobehoven* är så stora i samtliga länder att de alla kvalificerar sig för hälsostöd. Nedan återfinns en sammanfattande tabell med några nyckeldata för respektive land samt snittet för Afrika söder om Sahara.

**Tabell: Jämförelseindikatorer**

| Indikator                              | Malawi  | Rwanda  | Mali    | Burkina Faso | Snitt Afrika S Sahara |
|----------------------------------------|---------|---------|---------|--------------|-----------------------|
| Spädbarnsdödlighet /1000 levande födda | 135     | 105     | 144     | 109          | 105                   |
| Mödradödlighet /100 000 levande födda  | 620     | 810     | 577     | 566          | 979                   |
| Förväntad livslängd (vid födseln)      | 41      | 41      | 54      | 45           | 44.1                  |
| Vaccinationstäckning*                  | 87%     | 66%     | 56%     | 33%          | 53%                   |
| Aidsfall /100 000**                    | 505.4   | 204.9   | 35.1    | 91.2         | 111.1                 |
| GDP per capita                         | 210 USD | 220 USD | 250 USD | 240 USD      | 518 USD               |
| Human Development Index                | Nr 159  | Nr 164  | Nr 166  | Nr 171       | –                     |

\* Ettåringar vaccinerade mot mässling (data från Human Development Report 1999)

– enligt BF finansministerierapport ligger nivån på 38% för mässling i Burkina Faso

\*\* Antal ackumulerade aidsfall (data från 1997) vuxna och barn

Det finns skillnader mellan länderna, bl a vad gäller hiv-prevalens och antalet aidsfall. I framförallt Malawi men även i Rwanda är aids ett större problem än vad det (hittills) är i Mali och Burkina Faso. Den förväntade livslängden vid födseln är kort i samtliga länder, drygt 40 år i Malawi, Rwanda och Burkina Faso. Mali utgör undantaget med en förväntad livslängd på drygt 50 år.

Mödradödligheten och vaccinationstäckning är indikatorer som kan användas för att tyda hur hälsosystemet fungerar och/eller i vilken utsträckning det används. Mödradödligheten är hög i samtliga länder även om det finns betydande skillnader mellan länderna.

Rwanda har en klart högre mödradödlighet, vilket är anmärkningsvärt eftersom landet har en väl utbyggd hälsoinfrastruktur. Detta kan tolkas som brist på kompetens hos hälsopersonalen och/eller att kostnaden för vård hindrar folk från att söka hjälp.

Vad gäller vaccinationstäckning ligger Burkina Faso långt under de andra länderna. Orsakerna till detta kan vara att vaccinationsaktiviteterna ofta avbryts pga andra, oplanerade insatser samt att antalet informationskampanjer för att upplysa befolkningen om vikten av att vaccinera sina barn har minskat.

#### *5.2.1 Utnyttjande av hälsosystemen – fattigdom*

I samtliga länder (utom möjligtvis i Malawi) är utnyttjandegraden av hälsovården låg. Detta kan ha flera orsaker; långt till närmaste hälsocentral (geografiska hinder), för höga patientavgifter, kostnader för läkemedel eller transportkostnader (finansiella hinder) eller socio-kulturella anledningar.

I framförallt Mali (där Bamako-initiativet genomförts som innebär att det lokala samhället till stor del finansierar vården själva) angavs vid besöket att det främst är socio-kulturella mönster som leder till att människor inte söker "modern" vård. Det finns dock anledning att göra en mer omfattande analys i de länder där Sida planerar ett hälsostöd, mot bakgrund av att patientavgifter och kostnader för transport till hälsocentralerna riskerar att hindra de fattigaste från att söka vård. Detta är en ytterst viktig fråga ur både ett fattigdoms- och ett jämlikhetsperspektiv, som bör lyftas fram i policydialogen inför ev stöd till sektorprogram.

### **5.3 Analys av länderna och förslag till stöd**

#### *5.3.1 Malawi*

##### *Sammanfattande bedömning*

Malawi är ett av de länder som projektgruppen på Hälsoenheten bedömer vara aktuellt för hälsostöd. Det finns stora behov i hälsosektorn, ett sektorprogram är under utveckling men det finns även andra insatser som kan vara aktuella för stöd. Det finns relevanta svenska erfarenheter att dra på i det tekniska arbetet och det finns möjliga kanaler och samarbetspartner. Den administrativa kapaciteten är begränsad hos Sida varför ett samarbete med Norad bör undersökas och bedöms som möjligt.

##### *Svenskt samarbete med Malawi*

Trots att det finns ett stort svenskt intresse för att utveckla samarbetet med Malawi är det klart att Malawi inte kommer att bli något programland. Någon permanent svensk UD/Sida-närvaro är för närvarande inte aktuell även om en person nu rekryteras till ambassaden i Lusaka, med placering i Lilongwe, för att under sex månader utveckla samarbetet med Malawi.

##### *Hälsosektorn i landet*

Hälsosektorn i Malawi karaktäriseras av att:

- Missionsvården spelar en betydande roll, sektorn är uppdelad så att ca 60% av vården tillhandahålls i offentlig regi och ca 40% tillhandahålls av kristna organisationer tillhörande Christian Health Association. Detta ställer krav på samordning mellan hälsoministeriet och missionen.

- Det råder en allvarlig brist på personal (1 läkare/50 000). Orsakerna till detta är flera, bl a får personalen bättre betalt i NGO-sektorn, många är drabbade av hiv/aids och en dålig grundutbildning gör att det finns få personer som är kvalificerade för vidareutbildning inom vården. Finns en plan för utveckling av Human Resources som är kostnadsberäknad till 146 miljoner USD. Den saknar full finansiering.
- Det råder brist på managementkapacitet på alla nivåer i systemet
- Sektorn genomgår en decentraliseringsprocess (har kommit ganska långt) och står nu inför en "Civil Service Reform" som omfattar alla sektorer. Denna process är dock itne påbörjad ännu.
- Det förefaller vara en hög utnyttjandegrad av systemet (låga/inga patientavgifter)
- Det finns många givare i sektorn, flera av dem "likasinnade", men det finns fortfarande stora behov av medel (för t ex finansiering av kapacitetsuppbyggnad/Human Resource Plan)

### *Sektorprogrammet*

Malawi har påbörjat diskussionerna kring ett sektorprogram och bedömningen är att det är långt kvar till ett läge där givarna bidrar med budgetstöd till hela eller delar av sektorn. Norad uppskattar att det tar två-tre år innan programmet är igång men att det kan finnas delsektorer som kan bli aktuella för samfinansiering (basket funding) under tiden.

Malawi är det land som har en givarscen mest lik den som Sida har erfarenhet av att samarbeta med inom sektorprogram. Det finns ett antal likasinnade länder (som t ex Norge, Storbritannien och Nederländerna) vilket talar för att det finns möjligheter att utveckla sektorprogrammet relativt snabbt, i riktning mot ett budgetstöd på längre sikt.

Bedömningen är att det är viktigt att Sverige ger stöd till utvecklingen av ett hälsosektorprogram i Malawi. Sverige/Sida bör också i den mån det är möjligt bidra med den erfarenhet som finns från andra sektorprogram i regionen, framförallt från Zambia. Vid en samfinansiering med Norad i hälsosektorn skulle detta kunna innebära att Sida ställer tekniska resurser till förfogande och bidrar vid sektorgenomgångar. I ett övergångsskede kan Sverige även bidra med erfarenheter från andra sektorprogramprocesser och andra länder där vi har erfarenhet av delsektorprogram.

### *Förslag till andra insatser*

Då sektorprogrammet inte är fullt utvecklat ännu finns även andra möjligheter till stöd på kort och medellång sikt. I rapporten från Malawi föreslås följande områden som prioriterade för svenskt hälsostöd:

- Stöd till reformer/decentralisering
- Stöd till human resource development
- Stöd till insatser kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

I den mån en samfinansiering med Norad är möjlig kan Sida även inom dessa områden bidra med teknisk kompetens och dra på erfarenheter från andra länder. I ett samfinansieringsläge kommer Norad/Ambassaden i Lilongwe att styra insatserna och Sida att bistå med tekniskt stöd i den mån det efterfrågas.

Sverige/Sida har redan berett ett stöd till Malawi inom SRHR-området med insatser mot hiv/aids för 2000–2001.

### *Svenska komparativa fördelar*

Sverige har mycket att bidra med som partner i Malawis hälsosektor. Sverige/Sida har sedan länge samarbetat med Zambia som genomför en omfattande decentralisering av sektorn och där ett sektorprogram pågår sedan länge. Det finns svensk personal med relevant erfarenhet av de frågor som Malawi önskar tekniskt stöd kring (decentralisering, sektorprogram, management osv).

Sverige/Sida skulle därmed kunna bidra både med stöd i policydialogen och med tekniskt stöd till främst hälsoministeriet eller andra till nivåer i hälsosystemet samt med finansiella resurser.

### *Kanaler för stöd*

För de redan pågående HIV/AIDS-insatserna är kanalerna redan identifierade. Det finns även förslag till ytterligare insatser inom området, främst via FN-organen.

Ett samarbete mellan Sida och Norad diskuteras för närvarande. Hur detta samarbete kan se ut är ännu oklart men en tänkbar lösning skulle kunna vara att Sida blir en sk "silent partner" till Norad där Norad har fältnärvaro och deltar i policydialog och sektorprogramprocessen och Sida ställer resurser till förfogande finansiellt men även bidrar med teknisk backup vid t ex sektorgenomgångar och drar på erfarenheter från Zambia och/eller andra program i regionen om Norad så önskar.

Innan sektorprogrammet kommit igång finns kanske en möjlighet att också samfinansiera projekt med Norad inom för Sida prioriterade områden. Dylåka tankar och detaljer får diskuteras vidare med Norad när deras beredningsprocess har nått ett steg längre.

### *Administrativ kapacitet*

Den administrativa kapaciteten att hantera ett hälsostöd till Malawi är begränsad eftersom Sida inte har någon närvaro Malawi.

I tekniska frågor finns emellertid resurser att dra på: a) hälsoenheten i Stockholm (stöd i tekniska frågor, delta i årsgenomgångar, uppföljningar, identifiera konsulter osv.) b) på Amb/Lusaka finns en hälsohandläggare som har erfarenheter från en sektorstödsprocess och hälsoreformer i grannlandet Zambia, c) tekniskt stöd från den regionale hälsorådgivaren i Kampala och från det regionala Hiv/aidssekretariatet i Harare.

Det redan beredda stödet till Malawi i hiv/aidsfrågor administreras från Sida Stockholm.

Bedömningen blir därför att om Sverige/Sida väljer att gå in i ett mer omfattande stöd till hälsosektorn behöver en partner och en kanal identifieras. Förslaget är att Norad är det första alternativet som kanal och att de närmare arrangemangen bereds vidare efter diskussioner med Norad.

### *Omfattning av stödet*

Det är svårt att bedöma en rimlig omfattning av ett ytterligare hälsostöd till Malawi, detta behöver diskuteras vidare med såväl Malawi som Norad. Om andra länder med hälsostöd skall vara riktlinjen är en mycket grov skattning att det kan röra sig om mellan 20–30 miljoner kronor per år (inklusive de 10 miljonerna för hiv/aids-insatser), tidigast från år 2001.

## *5.3.2 Rwanda*

### *Sammanfattande bedömning*

Rwanda är också ett av de länder som projektgruppen föreslår bör vara prioriterat för svenskt hälsostöd. Sverige/Sida skulle kunna spela en viktig roll som dialogpartner och

behoven är stora, särskilt i den situation som nu råder när många organisationer som givit humanitärt stöd drar sig tillbaka ur Rwanda.

Ett stöd till hälsosektorn skulle vara en naturlig övergång från det tidigare svenska stödet av humanitär karaktär som nu skall fasas ut. Övergångsprocessen från humanitärt stöd till stöd av mer långsiktig natur är viktig och intressant ur metodutvecklingssynpunkt för såväl Sida som för andra organisationer.

Förslag är därför ett fortsatt stöd till några enskilda organisationer för att omvandla det humanitära stödet till ett mer långsiktigt hälsostöd. Stödet bör ges till organisationer som har ändrat sin inriktning från katastrofstöd till att börja bygga upp hållbara system och som har god kännedom om landet. Vidare bör Sverige/Sida delta i policydialogen och när ett sektorprogram finns övergå till att ge stöd till detta bilateralt genom hälsoministeriet (eller annan relevant kanal).

#### *Svenskt samarbete med Rwanda*

Riktlinjer för det svenska samarbetet med Rwanda slås fast i en regionstrategi för Stora sjö-regionen. Stödet styrs från främst humanitärt stöd till mer långsiktigt stöd med inriktning på institutionsutveckling och kapacitetsuppbyggnad.

#### *Hälsosektorn i Rwanda*

Hälsosektorn i Rwanda karaktäriseras av:

- En snabb decentralisering av sektorn i en välorganiserad samhällsstruktur som leds av ett hälsoministerium med vilja till förändring
- Utbyggd och bra infrastruktur och tillgång till läkemedel även ute på lägre nivåer i systemet
- Mycket låg kvalitet på hälsopersonalen och ont om personal i sektorn efter den interna konflikten (saknas också plan för personalutveckling/fylla personalbehoven)
- Hälsoministeriet önskar röra sig mot ett sektorprogram men få "likeminded"
- Få givare inom hälsosektorn jämfört med undervisningssektorn och demokratifrågor/försoning
- Brist på samordning av givarinsatser
- Tidigare mest katastrofstöd/humanitära insatser via en rad organisationer, några drar sig tillbaka, andra ändrar inriktning på sitt stöd till mer långsiktiga insatser
- Internationella NGOs har stort inflytande på distriktsnivån
- Låg utnyttjandegrad av hälsosystemet (equity?)

#### *Sektorprogrammet*

Sektorprogrammet är i ett initialskede i Rwanda med en policy och en strategi med prioriterade aktiviteter för 1999–2001. Mycket arbete återstår emellertid, inte minst inom givarsamordningen. Det finns en stor grupp givare som är skeptiska till ett sektorprogram och som vill fortsätta med tekniskt stöd och insatser i projektform. Här skulle Sverige/Sida kunna spela en viktig roll som dialogpartner. Det bör dock finnas med i beräkningen att utvecklingen av ett sektorprogram i denna givarmiljö kan ta tid och/eller stöta på stora hinder. Därför föreslår projektgruppen att andra insatser bereds i första hand.

#### *Förslag till andra insatser*

Det område som projektgruppen bedömer som prioriterat för svenska insatser är human resources/kapacitetsuppbyggnad. Detta kan innebära stöd till grund- eller vidareutbildning och de institutioner som bedriver utbildning eller stöd till fältet och kapacitetsuppbyggnadsinsatser lokalt.

Flera av de organisationer som tidigare fått stöd via SEKA för humanitära insatser är fortfarande aktiva i Rwanda och de befinner sig i en process där stödet omformas från katastrofbistånd till att ge mer långsiktigt stöd till att bygga upp hälsosektorn.

Två organisationer som Sverige/Sida tidigare samarbetat med och använt som kanaler för stöd är Health Net och Save the Children UK.

Dessa båda organisationer har nu inkommit med ansökningar om stöd från Sida för fortsatta insatser. Health Net ansöker om medel till sjuksköterskeutbildning (okänd omfattning – projektet behöver utvecklas vidare) och Save the Children UK ansöker om medel för stöd till decentraliseringsprocessen och uppbyggnaden av hälsosystemet i Ruhengeri. Inget av förslagen har ännu beretts av Sida men projektgruppen föreslog redan vid besöket i Rwanda att stöd till sjuksköterskeutbildningen bör betraktas som prioriterat.

Förslaget från projektgruppen är alltså att insatser som utgör en naturlig övergång från det humanitära stödet till ett mer långsiktigt hälsostöd bör prioriteras, i synnerhet insatser som har fokus på kapacitetsuppbyggnad. En förutsättning är emellertid att de ligger i linje med Rwandas prioriteringar och Sidas policies för hälsostöd och under förutsättning att de har ett långsiktigt syfte att bygga upp hälsosystemet och inlemma sig i sektorn (dvs upphöra att vara hälsoinsatser i projektform parallellt med systemet).

Sverige/Sida bör även delta aktivt i policydialogen kring ett sektorprogram. Sverige kan här spela en betydelsefull roll. Detta kräver dock en närvaro i fält.

#### *Svenska komparativa fördelar*

Sverige och Rwanda har begränsade historiska band. De kontakter som finns idag etablerades till största delen efter folkmordet 1994. Sverige har tack vare en närvaro i landet sedan dess lyckats bygga upp ett kontaktnät och en gott rykte som partner till den rwandiska regeringen. Sverige ses av Rwanda som en neutral partner och har därmed möjlighet att spela en viktig roll i olika policyprocesser. Detta talar för att Sverige/Sida bör delta i policyprocessen kring utvecklingen av ett hälsosektorprogram i Rwanda.

Arbetspråket i Rwanda är främst franska men många i den rwandiska administrationen förstår och kan prata engelska vilket underlättar svenska kontakter.

#### *Kanaler för stöd*

Förslaget är att bygga vidare på de kontakter som etablerats med olika enskilda organisationer i ett första skede och att undersöka möjligheterna till ett aktivt deltagande i policydialogen och i utvecklingen av ett sektorprogram.

#### *Administrativ kapacitet*

Det finns redan en svensk närvaro i Rwanda i form av ett kontor som sorterar under ambassaden i Nairobi men kontoret har en begränsad kapacitet.

Ett hälsostöd ställer krav på handläggarsatser på hälsoenheten vid Sida Stockholm. Ett mindre stöd, t ex ett fortsatt stöd till en eller ett par organisationer kan beredas och administreras inom befintliga resurser om det sker i samarbete mellan hälsoenheten i Stockholm och kontoret i Kigali. Därutöver har hälsoenheten ingen kapacitet att administrera ett stöd.

Om Sverige/Sida väljer att gå in i sektorprogrammet måste en handläggare finnas på plats för att delta i policydialogen, detta kan inte bevakas från Stockholm. Det gäller även ett mer omfattande hälsostöd via olika organisationer. Det finns idag ingen hälsohandläggare på kontoret i Kigali som skulle ha möjlighet att delta i en dylik process. Däremot

finns en regional hälsorådgivare vid ambassaden i Kampala. Om den tjänsten utökas till en heltid skulle den regionale hälsohandläggaren även kunna täcka Rwanda.

#### *Omfattning av stödet*

Omfattningen av ett stöd är mycket svår att bedöma eftersom någon genomgripande beredningsprocess ännu inte ägt rum. En grov skattning är att ett stöd om max 10 miljoner kronor skulle kunna vara aktuellt under 2001–2002. I ett utvecklat sektorprogram med budgetstöd kan det bli aktuellt med större summor.

#### *5.3.3 Mali*

##### *Sammanfattande bedömning*

Projektgruppen gör bedömningen att Mali inte är aktuellt för hälsostöd i dagsläget. Det finns förvisso både stora otillfredsställda hälsobehov och ett relativt långt utvecklat sektorprogram men det är svårt att se var Sverige skulle kunna passa in och den plan som nu ligger för en treårsperiod har full finansiering. Till detta kommer att absorptionskapaciteten i systemet är låg. Bedömningen blir därför att avvakta och göra en ny bedömning av sektorprogrammet och möjligheterna till stöd när den innevarande planen löper ut.

##### *Svenskt samarbetet med Mali*

Det finns ett starkt intresse från Sverige att utveckla samarbetet med Mali. Ett första steg är den regionstrategi som utvecklats för Västafrika där bl a Mali ges prioritet. Vidare kommer en Sida-person att placeras vid UNDP-kontoret i Bamako under en period av sex månader för att utveckla samarbetet med Mali.

##### *Hälsosektorn i Mali*

Hälsosektorn i Mali karaktäriseras av:

- Bamakoinitiativet (se nedan)
- Låg utnyttjande grad av hälsosystemet
- Det råder brist på utbildad personal, särskilt utanför de stora städerna.
- Läkemedel finns tillgängliga i distrikten.
- Hälsoministeriet har utarbetat en väl förankrad hälsopolicy och tio årsplan
- Mali har kommit långt i decentraliseringsprocessen
- Givarsamordning och hälsosektorstöd har hög prioritet.
- Det finns många aktörer inom hälsosektorn inklusive lokala och internationella enskilda organisationer.

Malis hälsosektor präglas av det sk Bamakoinitiativet. Det innebär förenklat att det lokala samhället bidrar till och har inflytande över vården på lokal nivå, ofta på bynivå. Byn får bidrag från staten/biståndsgivare till att bygga en hälsocentral och till att köpa in medicinteknisk och annan utrustning. Därefter får man hjälp med inköp av billiga läkemedel (generika) som man sedan säljer med viss vinst. Denna vinst tillsammans med andra patientavgifter och bidrag via lokala skatter utgör de medel som hälsocentralen har att röra sig med. Personalen anställs lokalt och betalas av dessa medel.

Bamakoinitiativet innebär att de flesta eller alla som utnyttjar vården måste bidra med resurser. Huruvida detta skapar hinder för tillgänglighet till vården är omtvistat. Enligt representanter för hälsoministeriet i Bamako beror den låga utnyttjandegraden av systemet främst på socio-kulturella faktorer men det saknas studier och belägg för att så är fallet.

### *Motiv till bedömningen*

Vid en första anblick förefaller Mali vara mycket intressant för ett svenskt hälsosektorprogramstöd; hälsosituationen är dålig, det finns stora behov i hälsosektorn, det finns en strategisk plan, en tillfredsställande givarsamordning och de finansiella systemen är under granskning och kommer att förstärkas.

Men efter en närmare granskning blir slutsatsen en annan.

Den strategiska planen för sektorn (PRODESS) har utvecklats gemensamt av givarna, olika partner i sektorn och ministeriet under ett antal år. Arbetet har inte varit okomplicerat. Nu har äntligen enighet nåtts kring dokumentet och processen kan påbörja nästa fas. Projektgruppen mötte en känsla av oro inför en eventuell ny partner och vad detta skulle kunna innebära i form av nya diskussioner och en försenad process.

Det fanns också en viss tveksamhet till var Sverige skulle kunna passa in, vilken roll Sverige skulle kunna spela. Varken hälsoministeriet eller de andra givarna kunde definiera ett klart behov, även om hälsoministeriet uttryckte en positiv inställning till svenskt stöd i mer allmänna ordalag.

En anledning till denna "ljumma" inställning till en ny partner kan vara att den nuvarande strategiska planen redan har full finansiering. Även om det finns stora och otillfredsställda hälsobehov i landet och behov av medel i sektorn är absorptionskapaciteten mycket låg. Världsbanken har haft allvarliga problem med att få ut de medel som redan idag står till sektorns förfogande. I ett dylikt läge förefaller risken stor att svenska medel som ges till sektorprogrammet, direkt eller via någon annan givare, samlas centralt på ett konto och inte kommer befolkningen till del.

Projektgruppen gör därför bedömningen att det vore olämpligt att i dagsläget gå in med stöd till sektorprogrammet i hälsosektorn i Mali.

Gruppen vill dock inte utesluta möjligheterna till stöd för hälsosektorprogrammet i framtiden. Det är mycket möjligt att det kommer att finnas behov om några år, när de finansiella systemen setts över och när sektorprogrammet kommit igång fullt ut. Rekommendationen blir därför att – inom något/några års tid – ompröva ett beslut om att inte delta i hälsosektorprogrammet just nu. En lämplig tidpunkt för en dylik omprövning är inför utarbetandet av nästa strategiska plan när den nuvarande löper ut år 2002.

I bedömningen har även hänsyn tagits till att Sverige inte har några direkta komparativa fördelar och att det inte finns några kända kontakter mellan den maliska och den svenska hälsosektorn.

Den begränsade svenska administrativa kapaciteten att hantera ett hälsostöd har även vägts in. I dagsläget är det aktuellt att anställa en person under en period av sex månader med placering på UNDP-kontoret i Bamako.

Det kan naturligtvis finnas insatser som kan vara aktuella för svenskt hälsostöd, även om inga konkreta förslag inkommit ännu. En svensk närvaro i landet kan förändra denna situation. Dylika förslag bör då behandlas efter hand.

### *5.3.4 Burkina Faso*

#### *Sammanfattande bedömning*

Burkina Faso är det tredje landet som projektgruppen föreslår bör vara aktuellt för ett hälsostöd. Det finns stora behov i sektorn, Sverige ses som en välkommen ny partner och det finns redan vissa etablerade kontakter mellan den svenska och den burkinska hälso-

sektorn. Gruppen ser också att Sverige, som har god erfarenhet av sektorprogramprocesser i olika länder och sektorer, skulle kunna spela en viktig roll i den sektorprogramprocess som just nu är på väg att börja.

Absorptionskapaciteten förefaller vara en riskfaktor i Burkina Faso och landet arbetar tillsammans med bl a Världsbanken för att öka effektiviteten i systemen för att medlen skall nå ut så snabbt som möjligt. Denna risk bör bedömas i ett senare skede i ett ev sektorprogram med budgestöd. Det bör också påpekas att det finns tecken som tyder på ett ökande givarförtroende. Till exempel leder EU ett experiment i Burkina med mätbara makroekonomiska policymål och ex post uppföljning av måluppfyllelse. Detta tyder på att givarna har förtroende för landets regering.

#### *Svenskt samarbete med Burkina Faso*

Liksom för Mali finns ett starkt svenskt intresse av att utveckla samarbetet med Burkina Faso. Ett steg på vägen i att etablera kontakter planeras genom att en person, underordnad ambassaden i Abidjan, skall placeras på den danska ambassaden under en period av sex månader för att knyta kontakter i Burkina Faso.

#### *Hälsosektorn i Burkina Faso*

Hälsosektorn i Burkina Faso karaktäriseras av:

- En decentraliseringsprocess pågår i hälsosektorn men den är i otakt med den administrativa decentraliseringsprocessen
- Bamakoinitiativet präglar i viss utsträckning även Burkina (inte lika utvecklat som i Mali)
- En låg utnyttjandegrad av hälsosystemet (equity)
- Det råder stor brist på hälsopersonal
- Läkemedel finns tillgängliga i distrikten
- Hälsoministeriet har en stark ambition att samordna givarna mot ett sektorstöd och har utvecklat en policy och en plan men har inte lyckats samla givarna
- Det finns många givare (men bara Nederländerna som "likeminded")
- Hälsoplanen är inte realistisk och kapaciteten inom hälsoministeriet är låg
- Hälsofinansieringssystemet är inte transparent
- Givarestödet är okordinerat och "balkaniserat"
- Det tycks finnas en begränsad kapacitet att utnyttja hälsobudgeten

#### *Sektorprogrammet*

Sektorprogrammet är i ett initialskede i Burkina Faso. Mycket arbete återstår, inte minst inom givarsamordningen. Att döma av erfarenheter från andra länder är majoriteten av givarna, åtminstone de bilaterala organisationerna, skeptiska till ett sektorprogram och som vill fortsätta med tekniskt stöd och insatser i projektform. Här skulle Sverige/Sida kunna spela en viktig roll som dialogpartner och projektgruppen anser att Sverige/Sida bör prioritera en aktiv närvaro.

#### *Förslag till insatser*

Det finns många områden som skulle kunna vara aktuella för stöd inom hälsosektorn. Ett av de mest prioriterade områden är stöd till utbildning och personal (human resources).

Hälsoministeriet i Burkina Faso inkom redan under 1999 med ett projektförslag kring utbildning av läkare i primärvård. Förslaget, som går ut på att sända några få läkare till

Sverige för utbildning anser gruppen inte vara ett kostnadseffektivt sätt att använda biståndsmedlen på. Projektgruppen diskuterade frågan med biståndsministern och med statssekreteraren vid hälsoministeriet och de var överens om att förslaget bör omformuleras i ljuset av det sektorprogram man tänker genomföra.

Förslaget är därför att i ett första skede, förutom att delta i sektorprogramdialogen, även diskutera och om möjligt bereda vidare ett stöd till läkar/medicinutbildningen, i enlighet med ministeriets önskan. Det finns inom detta område öppningar för institutionellt samarbete med medicinfakulteten i Ougadougou/ev samarbete med någon svensk fakultet som bör beredas vidare.

#### *Svenska komparativa fördelar*

Hälsoministeriet i Burkina Faso är mycket positivt till Sverige som en ny partner i hälsosektorn och trots att det historiskt inte finns något omfattande utbyte mellan Sverige och Burkina Faso finns redan vissa band mellan länderna och mellan den svenska hälsosektorn och hälsosektorn i landet. Texten pågår ett utbyte mellan Borås lasarett och sjukhuset i Bobo Dioulasso som samordnas av föreningen Burkinas Vänner.

Arbetspråket i Burkina Faso är uteslutande franska vilket kan utgöra en liten begränsning och vilket ställer krav på utmärkta kunskaper i franska hos en ev handläggare som skall delta i policydialogen.

#### *Kanaler för stöd*

Förslaget är ett bilateralt avtal och att den svenska representationen i Burkina administrerar stödet (givet utökad kapacitet nedan).

#### *Administrativ kapacitet*

En närvaro i Burkina Faso är en förutsättning för att delta i sektorprogrammet. Det behöver vara en person som kan tala franska och som kan delta aktivt i processen, dvs helst någon som har ett grundläggande tekniskt kunnande om sektorn, även om en heltidstjänst inte är nödvändig (kan delas med andra sektorer).

#### *Omfattning av stödet*

Det är i dagsläget inte möjligt att bedöma omfattningen av ett eventuellt stöd, detta behöver beredas vidare. Det förslag som finns från hälsoministeriet som kommer att omformuleras omfattar mellan 5–6 miljoner kronor vilket kan vara en skattning för en initialfas. När sektorsamarbetet utvecklas föreslås en omfattning motsvarande snittet i de andra länder där Sverige har hälsosamarbete, dvs runt 30 miljoner kronor per år.

### **5.4 Sammanfattning**

Förslaget från projektet är att ett samarbete inom hälsosektorn bör utvecklas med Malawi, Rwanda och Burkina Faso.

I Malawi bör i första hand en samfinansiering med Norad undersökas och stöd ges till sektorprogrammet. Under sektorprogrammets utveckling samfinansieras Norads program/projekt. Kapacitetsmässigt kan ett dylikt stöd hanteras inom befintliga resurser.

I Rwanda bör stöd av mindre omfattning i första skedet kanaliseras via enskilda organisationer som en övergång från humanitärt stöd till ett mer långsiktigt stöd till hälsosektorn. Ett sådant begränsat stöd kan hanteras med befintliga resurser. Gruppen anser även att Sverige bör delta i sektorprogramsutvecklingen. En dylik beredning/administration kan inte hanteras inom befintliga resurser utan kräver en närvaro på plats med administrativ

kapacitet. En tjänst på kontoret i Kigali kan med fördel delas med en annan sektor, t ex undervisning.

I Burkina Faso bör Sverige aktivt delta i sektorprogramsberedningen. Detta kräver en närvaro av en hälsohandläggare i landet. Under en första fas bör ett stöd diskuteras till utbildning/human resource development av mindre omfattning. Ett dylikt stöd och en dylik beredning kan eventuellt hanteras inom befintliga resurser under förutsättning att den person som placeras i Ouagadougou har möjlighet att bistå i beredningen.

## 6. Slutsatser och rekommendationer

Om det svenska hälsostödet till Afrika skall kunna öka behöver åtgärder vidtas på flera håll. Projektgruppen föreslår att Sida:

1. Går in i hälsosektorn i tre nya länder: Malawi, Rwanda och Burkina Faso
2. Bereder ett hälsostöd till programländer utan hälsostöd: Tanzania och Mocambique (inom ramen för landstrategiarbetet)
3. Ökar hälsostödet i länder där Sida redan har stöd till hälsosektorn – främst Uganda och Zambia (Kenya när den politiska situationen tillåter)
4. Utöver det bör hälsostöd till Etiopien och Zimbabwe beredas när den politiska situationen så tillåter.

Mer medel kommer att finnas till förfogande för nödvändigt och viktigt hälsostöd till Afrika och enligt projektgruppen finns en rad möjligheter till att avsätta dessa medel, främst i olika sektorprogram. Projektgruppens förslag utgår dock från ett tekniskt perspektiv. Vi har tagit viss hänsyn till den politiska situationen men i övrigt blir det upp till andra att lägga det politiska rastret och göra en bedömning av vad som är möjligt och önskvärt.

I de två följande tabellerna finns projektioner av ett "bästa" och ett "sämsta" scenario. Skillnaden mellan hur mycket medel som potentiellt kan avsättas är stor, 425 miljoner och 145 miljoner kronor (projektion för år 2005). Verkligheten kanske kommer att landa någonstans mitemellan, dels beroende på omvärldsfaktorer men även beroende på Sveriges/Sidas benägenhet att våga ta vissa risker.

Projektgruppen anser att sektorprogramstöd är den form av stöd som är att föredra. Även om nästan alla länder har en utveckling mot sektorprogram är det bara några länder som kommit så långt att de har budgetstödsmekanismer för hela eller delar av sektorn. Av de länder som omfattas av studien är det Zambia, Uganda, Tanzania och Mocambique (Etiopien har mekanism men är inte f n aktuellt). I övriga länder (Malawi, Burkina Faso, Rwanda) pågår utvecklingsprocesser som kan ta några år, i dessa länder bör andra möjligheter till stöd undersökas under en övergångsperiod.

Den administrativa kapaciteten är begränsad. Projektgruppen bedömer att mycket av ökningen kan hanteras inom befintliga resurser, givet att det finns möjlighet till så kallade "silent partner" arrangemang i Malawi (via Norad), Tanzania (via ev Norad eller Dfid) och möjligen även Mocambique (via Norad).

De ytterligare administrativa/personalresurser som bedöms som nödvändiga är:

1. En handläggares resurs i Burkina Faso:

I Burkina Faso krävs en närvaro på plats genom en handläggare som kan delta i policydialogen. Det finns ett behov och ett önskemål från ministeriet och från de likasinnade givarna att få in ytterligare givare i sektorn som är för sektorprogramstöd. Sverige skulle här kunna spela en viktig och samordnande roll.

Handläggaren kan med fördel delas med undervisningssidan (som också föreslår ett stöd till Burkina Faso).

2. En utökning till en heltidstjänst för en regional hälsorådgivare (50% idag) med placering vid ambassaden i Kampala

Den regionale rådgivaren skulle kunna täcka Rwanda och även ha resurser att vara ett stöd i processer där Sida är "silent partner". De 50% som då frigörs från den bilaterale hälsohandläggaren i Uganda (som idag har en 50% bilateral och 50% regional tjänst) skulle då kunna användas för att hantera ett bilateralt undervisningsstöd till Uganda.

För hälsoenheten i Stockholm kan utökningen hanteras inom befintliga resurser, under förutsättning att inga nedskärningar görs.

# Hälsostödets utveckling – Projektioner

## Projektion 1: "Bästa scenario"

| LAND                      | 1995/96           | 1997             | 1998              | 1999         | 2000       | 2001       | 2002       | 2003       | 2004       | 2005       |
|---------------------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Angola                    | 36,1              | 33,7             | 44,9              | 43           | 23         | 23         | 20         | 20         | 20         | 20         |
| Burkina Faso              |                   |                  |                   |              |            | 10         | 25         | 30         | 30         | 30         |
| Burundi                   |                   |                  |                   |              |            |            |            | 10         | 10         | 10         |
| Eritrea                   |                   |                  |                   |              |            |            | 15         | 15         | 15         | 15         |
| Ethiopia                  | 11,6              | 9,2              | 1,5               | 6,6          |            | 30         | 30         | 30         | 30         | 30         |
| Guinea Bissau             | 3,8               | 3,4              | 4,7               | 1,4          |            |            | 0          | 0          | 0          | 0          |
| Kenya                     | 34                | 17,2             | 34,8              | 12           | 20         | 25         | 25         | 40         | 40         | 40         |
| Malawi                    |                   |                  |                   |              | 10         | 30         | 40         | 40         | 40         | 40         |
| Mali                      | 1                 |                  |                   |              |            |            |            | 30         | 30         | 30         |
| Mozambique                |                   |                  |                   |              |            |            | 30         | 30         | 30         | 30         |
| Rwanda                    |                   |                  |                   |              |            | 10         | 25         | 25         | 25         | 25         |
| Tanzania                  | 7,5               | 3                | 2,8               | 3,9          |            | 30         | 30         | 30         | 30         | 30         |
| Uganda                    | 40,7              | 28,6             | 37,5              | 40,8         | 50         | 50         | 50         | 50         | 75         | 75         |
| Zambia                    | 40,9              | 54,5             | 31,2              | 36,8         | 45         | 45         | 75         | 75         | 75         | 75         |
| Zimbabwe                  | 29,1              | 16,6             | 12,8              | 16,8         | 10         | 30         | 30         | 30         | 30         | 30         |
| <b>TOTALT</b>             | <b>203,7</b>      | <b>166,2</b>     | <b>170,2</b>      | <b>161,3</b> | <b>158</b> | <b>283</b> | <b>395</b> | <b>435</b> | <b>460</b> | <b>480</b> |
| Totalt bistånd %<br>hälsa | 10%<br>(1887 Mkr) | 10%<br>(1250Mkr) | 12%<br>(1146 Mkr) |              |            |            |            |            |            |            |

1995–1999 faktiska utbetalningar, 2000–2005 prognoser baserade på "bästa" scenario

Bästa scenario där den politiska utvecklingen OCH utvecklingen i hälsosektorn är positiv och det finns en absorptionskapacitet i länderna – sektorprogrammen utvecklas – så att stödet kan öka

## Projektion 2: "Sämsta scenario"

| LAND                                                            | 1995/96                          | 1997         | 1998         | 1999         | 2000       | 2001       | 2002       | 2003       | 2004       | 2005       |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Angola                                                          | 36,1                             | 33,7         | 44,9         | 43           | 23         | 23         |            |            |            |            |
| Burkina Faso                                                    |                                  |              |              |              |            | 10         | 20         | 20         | 20         | 20         |
| Eritrea                                                         |                                  |              |              |              |            |            |            |            |            |            |
| Ethiopia                                                        | 11,6                             | 9,2          | 1,5          | 6,6          |            |            |            |            |            |            |
| Guinea Bissau                                                   | 3,8                              | 3,4          | 4,7          | 1,4          |            |            |            |            |            |            |
| Kenya                                                           | 34                               | 17,2         | 34,8         | 12           | 20         | 25         | 25         | 10         | 5          | 5          |
| Malawi                                                          |                                  |              |              |              | 10         | 10         | 10         | 10         | 10         | 10         |
| Mali                                                            | Inte aktuellt under tidsperioden |              |              |              |            |            |            |            |            |            |
| Mozambique                                                      |                                  |              |              |              |            |            |            |            |            |            |
| Rwanda                                                          |                                  |              |              |              |            | 10         | 15         | 15         | 15         | 15         |
| Tanzania                                                        | 7,5                              | 3            | 2,8          | 3,9          |            |            |            |            |            |            |
| Uganda                                                          | 40,7                             | 28,6         | 37,5         | 40,8         | 50         | 50         | 50         | 50         | 50         | 50         |
| Zambia                                                          | 40,9                             | 54,5         | 31,2         | 36,8         | 45         | 45         | 45         | 45         | 45         | 45         |
| Zimbabwe                                                        | 29,1                             | 16,6         | 12,8         | 16,8         | 10         |            |            |            |            |            |
| <b>TOTALT</b>                                                   | <b>203,7</b>                     | <b>166,2</b> | <b>170,2</b> | <b>161,3</b> | <b>158</b> | <b>173</b> | <b>165</b> | <b>150</b> | <b>145</b> | <b>145</b> |
| 1995/96-99 faktiska utbetalningar – 2000–2005 "sämsta" scenario |                                  |              |              |              |            |            |            |            |            |            |

Baserat på att Angola upphör eller övergår till SEKA rent hum.stöd, Burkina utvecklas men endast stöd till utbildning, inget stöd till Etiopien eller Eritrea pga konflikten, Kenya utvecklas negativt och awecklas på sikt.

Norad beslutar sig för att inte gå in i hälsa och svenska insatser begränsas till hiv/aids/SRHR-området, Mocambique blir inte aktuellt för stöd, Rwanda blir politiskt svårt att ge annat än fortsatt stöd till de NGOs som tidigare fått katastrofstöd, Tanzanias nuvarande landstrategi går igenom - dvs ingen hälsa, Uganda stannar i befintlig storlek liksom Zambia, hälsostöd till Zimbabwe blir inte aktuellt pga den politiska situationen i landet

# Tabeller

**Tabell 1: Några utvalda indikatorer**

| Country    | HDI | GDP/capita | MMR  | IMR | Lifeexp |
|------------|-----|------------|------|-----|---------|
| Angola     | 160 | 1430 ppp\$ | 1500 | 170 | 46.5    |
| Eritrea    | 167 | 820 ppp\$  | 1400 | 73  | 50.8    |
| Ethiopia   | 172 | 510 ppp\$  | 1400 | 111 | 43.3    |
| Kenya      | 136 | 1190 ppp\$ | 650  | 57  | 52.0    |
| Mozambique | 169 | 740 ppp\$  | 1500 | 130 | 45.2    |
| Tanzania   | 156 | 580 ppp\$  | 770  | 92  | 47.9    |
| Uganda     | 158 | 1160 ppp\$ | 1200 | 86  | 39.6    |
| Zambia     | 151 | 960 ppp\$  | 940  | 112 | 40.1    |
| Zimbabwe   | 130 | 2350 ppp\$ | 570  | 53  | 44.1    |

**Tabell 2: National Health Accounts<sup>8</sup>**

| Country      | Total Health Expenditure as % of GDP | TOTAL health Expenditure per capita in international dollars | PUBLIC health expenditure in international dollars | OUT-OF-POCKET health expenditure in int. dollars |
|--------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Angola       | 3.6                                  | 47                                                           | 28                                                 | 19                                               |
| Burkina Faso | 4.2                                  | 37                                                           | 12                                                 | 26                                               |
| Eritrea      | 3.4                                  | 24                                                           | 13                                                 | 11                                               |
| Ethiopia     | 3.8                                  | 20                                                           | 7                                                  | 13                                               |
| Kenya        | 4.6                                  | 58                                                           | 37                                                 | 21                                               |
| Malawi       | 5.8                                  | 49                                                           | 29                                                 | 18                                               |
| Mali         | 4.2                                  | 34                                                           | 15                                                 | 16                                               |
| Mozambique   | 5.8                                  | 50                                                           | 36                                                 | 10                                               |
| Rwanda       | 4.3                                  | 36                                                           | 18                                                 | 18                                               |
| Tanzania     | 4.8                                  | 36                                                           | 22                                                 | 14                                               |
| Uganda       | 4.1                                  | 44                                                           | 17                                                 | 27                                               |
| Zambia       | 5.9                                  | 64                                                           | 34                                                 | 25                                               |
| Zimbabwe     | 6.2                                  | 130                                                          | 62                                                 | 67                                               |

<sup>8</sup> Från World Health Report 2000

## List of Health Division Documents

| Strategies/Policies |                                                                                                                      | Issue Papers |                                                                                                                         |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1997:1              | Policy for Development Cooperation Health Sector                                                                     | 1998:1       | Maternal Health Care, by Staffan Bergström                                                                              |
| 1997:2              | Política para la Cooperación para el Desarrollo Sector Salud                                                         | 1998:2       | Supporting Midwifery, by Jerker Liljestrand                                                                             |
| 1997:3              | Position Paper Population, Development and Cooperation                                                               | 1998:3       | Contraception, by Kajsa Sundström                                                                                       |
| 1997:4              | Positionspapper Befolkning, utveckling och samarbete                                                                 | 1998:4       | Abortion, by Kajsa Sundström                                                                                            |
| 1997:5              | Marco de Referencia para la Cooperación para el Desarrollo Población, Desarrollo y Cooperación                       | 1998:5       | Female Genital Mutilation, by Beth Maina-Ahlberg                                                                        |
| 1997:6              | Strategy for Development Cooperation Sexual and Reproductive Health and Rights                                       | 1998:6       | Adolescent Sexuality Education, Counselling and Services, by Minou Fuglesang                                            |
| 1997:7              | Estrategia para la Cooperación para el Desarrollo Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos                          | 1998:7       | Discrimination and Sexual Abuse Against Girls and Women, by Mary Ellsberg                                               |
| 1997:8              | Handbook for mainstreaming A Gender Perspective in the Health Sector                                                 | 1998:8       | Health Care of the Newborn, by Ragnar Thunell                                                                           |
| 1999                | Investing for future generations. Sweden's International Response to HIV/AIDS                                        | 1998:9       | Men, Sexuality and Reproductive Health, by Beth Maina-Ahlberg, Minou Fuglesang and Annika Johansson                     |
| 2000:2              | Guidelines for Action – Illicit Drugs and Swedish International Development Cooperation                              | 1998:10      | Illicit Drugs and Development Cooperation, by Niklas Herrmann<br>– Replaced by 2000:2 –                                 |
| 2001:1              | Hälsa & Utveckling, Fattigdom & Ohälsa – ett folkhälsoperspektiv by Göran Paulsson, Ylva Sörman Nath and Björn Ekman | 1999:3       | Socio-economic Causes and Consequences of HIV/AIDS by Stefan de Vylder                                                  |
|                     |                                                                                                                      | 2000:1       | HIV/AIDS in the World Today – a Summary of Trends and Demographic Implications by Bertil Egerö and Mikael Hammar skjöld |
|                     |                                                                                                                      | 2001:2       | Health and Environment by Marianne Kjellén                                                                              |
|                     |                                                                                                                      | 2001:3       | Improving Access to Essential Pharmaceuticals, by IHCAR                                                                 |
|                     |                                                                                                                      | 2001:5       | A Development Disaster: HIV/AIDS as a Cause and Consequence of Poverty by Stefan de Vylder                              |
|                     |                                                                                                                      | 2001:6       | National Health Accounts – Where are we today? by Catharina Hjortsberg                                                  |
|                     |                                                                                                                      | 2001:7       | Ideas work better than money in generating reform – but how? by Alf Morten Jerve                                        |
|                     |                                                                                                                      | 2002:2       | Health and Human Rights by Birgitta Rubenson                                                                            |

Continues

Health Division Documents and a complete list of earlier publications may be ordered from:

Infocenter, Sida S-105 25 Stockholm, phone: +46 (0)8 698 55 80, fax: +46 (0)8 698 56 15  
www.sida.se, e-mail: info@sida.se

| <b>Facts and Figures</b> |                                                    |
|--------------------------|----------------------------------------------------|
| 1995/96                  | Facts & Figures 95/96<br>Health Sector Cooperation |
| 1997                     | Facts & Figures 1997<br>Health Sector              |
| 1999:2                   | Facts & Figures 1998<br>Health Sector              |
| 2000:3                   | Facts & Figures 1999<br>Health Sector              |
| 2001:4                   | Facts & Figures 2000<br>Health Sector              |
| 2002:1                   | Facts & Figures 2001<br>Health Sector              |

| <b>Country and Regional Health Profiles</b> |                |
|---------------------------------------------|----------------|
| 1995                                        | Angola         |
| 1995                                        | Bangladesh     |
| 1995                                        | El Salvador    |
| 1995                                        | Ethiopia       |
| 1995                                        | Guatemala      |
| 1995                                        | Guinea Bissau  |
| 1995                                        | Honduras       |
| 1995                                        | India          |
| 1995                                        | Kenya          |
| 1995                                        | Laos           |
| 1995                                        | Nicaragua      |
| 1995                                        | Vietnam        |
| 1995                                        | West Bank/Gaza |
| 1995                                        | Zambia         |
| 1995                                        | Zimbabwe'      |
| 2000:4                                      | Uganda         |
| 2000:5                                      | West Africa    |

| <b>Fact Sheets</b> |                                                          |
|--------------------|----------------------------------------------------------|
| 1997               | Hälso och sjukvård                                       |
| 1997               | Reformer inom hälsosektorn                               |
| 1997               | Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa                |
| 1997               | Befolkning och utveckling                                |
| 1997               | Ungdomshälsa                                             |
| 1997               | Handikappfrågor                                          |
| 1999               | Aidsbekämpning i Uganda                                  |
| 1999               | Förebyggande insatser mot drogmissbruk                   |
| 1999               | Insatser mot familjevåld i Centralamerika                |
| 1999               | Bättre mödrahälsovård i Angola                           |
| 1999               | Utbildningssamarbete Kenya-Linköping                     |
| 2001               | Sveriges stöd till Hiv/Aids-insatser – 2001              |
| 2002               | Fler välutbildade barnmorskor ger tryggare förlossningar |
| 2002               | Femina skapar het debatt om sex och hiv                  |
| 2002               | Rent vatten ger bättre hälsa och ökad jämställdhet       |

| <b>Sida Evaluations</b> |                                                                                                                                                   |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 98/14                   | Expanded Programme on Immunization in Zimbabwe                                                                                                    |
| 99/10                   | Working with Nutrition. A comparative study of the Tanzania Food and Nutrition Centre and the National Nutrition Unit of Zimbabwe                 |
| 99/11                   | Apoyo de Asdi al Sector Salud de Nicaragua. Prosilais 1992–1998                                                                                   |
| 99/36                   | Support to Collaboration between Universities. An evaluation of the collaboration between MOI University, Kenya, and Linköping University, Sweden |
| 01/03                   | Tackling Turmoil of Transition. An evaluation of lessons from the Vietnam-Sweden health cooperation 1994 to 2000                                  |
| 01/32                   | Review of PAHO's project. Towards an integrated model of care for family violence in Central America. Final report                                |
| 02/13                   | Sida's Support to the Reproductive Health and TANSWED HIV Research Programmes in Tanzania                                                         |

**Continues**

**Health Division Documents and a complete list of earlier publications may be ordered from:**

Infocenter, Sida S-105 25 Stockholm, phone: +46 (0)8 698 55 80, fax: +46 (0)8 698 56 15  
www.sida.se, e-mail: info@sida.se

---

## Other documents

---

- 1999:1 Report on:  
World Youth Conferences in Portugal  
August 1998, by Wanjiku Kaime-Atterhög  
and Anna Runeborg
- 2000:6A Framtid Afrika –  
Huvudrapport
- 2000:6B Annex to Framtid Afrika –  
Health Support in Africa – Country Reports
- 1998 Gender and Tuberculosis
- 2000 Webs Women Weave
- 2001 Hälsa – en nyckel till utveckling
- 2001 Jord för miljarder
- 2001 Aids: The Challenge of this Century
- 2002 Health Sector Reforms: What about Hospitals?

**Health Division Documents and a complete list of earlier publications may be ordered from:**

Infocenter, Sida S-105 25 Stockholm, phone: +46 (0)8 698 55 80, fax: +46 (0)8 698 56 15  
www.sida.se, e-mail: [info@sida.se](mailto:info@sida.se)







STYRELSEN FÖR INTERNATIONELLT UTVECKLINGSSAMARBETE

105 25 Stockholm, Sweden

Tel: 08-698 50 00. Fax: 08-20 88 64

Webbplats: [www.sida.se](http://www.sida.se) e-post: [info@sida.se](mailto:info@sida.se)