

Verksamhetsinriktning 2003–2005

Innehåll

1. Inledning	3
1.1 Policies och riktlinjer	3
1.2 Mål och roller	4
2. Sidas hälsobistånd – trender och utveckling	5
3. Ämnesmässigt utvecklingsarbete	7
3.1 Utnyttjandet av den ämnesmässiga kompetensen	7
4. Fokus och prioriteringar	10
4.1 Ett gemensamt ramverk – Hälsa och utveckling	10
4.2 Två pelare – Basen för hälsobiståndet	11
4.3 Fem särskilda initiativ	14
5. Bilateralt och regionalt samarbete	19
5.1 Afrika	19
5.2 Asien	21
6.3 Latinamerika	22
6. Multilateralt samarbetet	26
7. Personalresurser	27

Tabeller

Tabell 2: Hälsostödet 1999–2002 (MSEK).	5
Tabell 3: Hälsostödet till Afrika (MSEK).	20
Tabell 4: Hälsostödet till Asien (MSEK).	22
Tabell 5: Hälsostödet till Latinamerika (MSEK).	24
Tabell 1: Befintliga (2003) och framtida behov av personalresurser på ambassaderna	28
Tabell 6: Hälsostödet 1999–2005 (MSEK).	29

Utgiven av Sida 2003

Avdelningen för demokrati och socialutveckling, hälsoenheten

Tryck av Elanders Novum AB, 2003

Artikelnummer: SIDA2821sv

ISBN 91-586-2103-2

1. Inledning

Verksamhetsinriktning 2003–2005 anger färdriktningen för hälsoenhetens verksamhet och arbete och skall ses som ett arbetsinstrument som utgör en ram för enhetens långsiktiga arbete. Dokumentet beskriver hälsoenhetens arbete och roll med hälsofrågor. Verksamhetsinriktningen berör innehåll, omfattning (geografiskt och volymmässigt) och former för bistånd men är inte en policy eller strategi för Sidas hälsobistånd. Verksamhetsinriktningen är kopplad till biståndets framtida innehåll och inriktning och baseras på redan existerade policies och strategier. Den beskriver inte Sidas samlade arbete med hälsoinsatser. Verksamhetsinriktningen kompletteras med årliga arbetsplaner.

1.1 Policies och riktlinjer

Förutom Sidas fyra handlingsprogram samt fattigdomsstrategin (Perspectives on Poverty) utgör följande dokument inriktningen för hälsobiståndet och därmed enhetens arbete:

- ”Health is Wealth”: Policy for Health and Development;
- Strategy for Sexual and Reproductive Health and Rights;
- Strategy for HIV/AIDS in Development Co-operation: ”Investing for Future Generations”;
- Position Paper: Population, Development and Co-operation, och
- Handbook for mainstreaming a Gender Perspective in the Health Sector.

Även de regionala strategierna för Centralamerika, Asien och Afrika samt landstrategierna anger inriktningen för hälsoenhetens arbete.

1.2 Mål och roller

Det övergripande målet för Sidas hälsorelaterade bistånd uttrycks i Sidas hälsopolicy, "Health is Wealth":

Sweden will support countries in a partnership relation, to achieve improved health outcomes by;

1. Improving the economic, social, cultural and environmental determinants of health in all relevant sectors of society, and strengthening the role of the health sector in influencing health related policies and outcomes of other sectors.
2. Supporting the development of sustainable and effective health systems with universal access to and coverage of health services of acceptable quality, emphasizing social and gender equality.

Insatser som bidrar till förbättrad hälsa är väsentliga i ett fattigdoms-, rättighets- och jämställdhetsperspektiv och grundförutsättningar för en demokratisk, social och ekonomisk utveckling.

Mål och roller för hälsoenhetens arbete:

- Hälsoenhetens roll är att medverka till att Sveriges samlade bistånd på ett så optimalt sätt som möjligt bidrar till förbättrad hälsa, som ett mål och rättighet i sig, och som ett medel för att minska fattigdom. Fokus ska vara fattiga människors rätt till en rimlig hälso- och sjukvård. Hälsoenheten skall:
 1. Ansvara för och samordna ämnesmässig metodutveckling- och analysarbete inom prioriterade hälsoområden.
 2. Medverka i arbetet med region- och landstrategier.
 3. Ansvara för beredning och uppföljning av hälsorelaterade insatser med syfte att säkerställa innehållsmässig kvalitet. Graden av medverkan kan variera från eget ansvar för beredning och uppföljning till en mer rådgivande funktion.
 4. Aktivt delta i det globala arbetet för att driva vissa prioriterade hälsofrågor internationellt ("global advocacy") samt samverka med andra biståndsgivare, inklusive EU, vad gäller hälsorelaterade frågor.
 5. Medverka i det multilaterala arbetet genom att ta fram underlag för FN-strategier samt fungera som tekniskt stöd till UD i det globala arbetet med aktuella FN-organ (WHO, UNAIDS, UNFPA, UNOCD, UNICEF) och Världsbanken samt EU (styrelsearbete, expertgrupper och internationella konferenser).
 6. Aktivt arbeta med svenska aktörer inom hälsoområdet vilket bland annat innebär att underlätta kontakter med samarbetsländer och den svenska resursbasen.
 7. Bedriva informationsarbete i Sverige och globalt (informationsmaterial, presskontakter, web).
 8. Säkerställa att det inom Sida och i fält finns relevant kompetens vad gäller hälsofrågor.
 9. Ansvara för övergripande rapportering och analys av förändringar av och resultat från svenskt hälsorelaterat biståndssamarbete.

2. Sidas hälsobistånd

– trender och utveckling

Ur årliga "Facts and Figures for Health Sector Cooperation" sedan kan vissa trender utläsas.

- Fokus inom hälsobiståndet har successivt flyttats mot två huvudområden:
 - Ökad och mer rättvis tillgång till Hälsoservice och hälsoreformer, samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, inklusive HIV/AIDS och befolkningsfrågor.
 - Folkhälsoinsatser, inklusive miljöhälsa, tobak- och narkotikafrågor.

Det totala hälsobiståndet genom Sida ökade från 932 MSEK (1999) till 1 119 MSEK (2002).

Tabell 2: Hälsostödet 1999–2002 (MSEK).

Regions (MSEK)	2002	%	2001	%	2000	%	1999	%
Afrika	431	39	444	36	357	31	328	35
Latin Amerika	103	9	128	10	120	10	106	11
Asien	237	21	285	23	284	25	188	20
Europa	109	10	113	9	132	12	71	8
Global	239	21	252	21	251	22	239	26
Totalt Sida	1 119	100	1 222	100	1 145	100	932	100
Multilateralt	630		361		313		275	
Totalt Sverige	1749		1 583		1 457		1 207	

År 2002 finns långsiktiga och mer omfattande hälsoinsatser i 8 länder i Afrika (Angola, Etiopien, Guinea Bissau, Kenya, Malawi, Uganda, Zambia och Rwanda), i 3 länder i Centralamerika (Guatemala, Nicaragua och Honduras) och i 5 länder i Asien (Bangladesh, Indien, Laos, Västbanken-Gaza, Vietnam) samt mer avgränsade insatser i 6–7 länder i Östeuropa.

Hälsoenhetens anslag för globala utvecklingsinsatser har ökat något, men minskat i procent från 26% (1999) till 21% (2002) av totala hälsobiståndet. Även antalet insatser har minskat. Ett anslag för narkotikabekämpning, samt för svenskt stöd till IPPF har delegerats från UD till Sida.

Samarbetet med FN organen har ökat. WHO har fortsatt varit den

viktigaste partern vid sidan av UNAIDS och UNODC. Det multilaterala hälsobiståndet från Sverige/UD ökade från 275 MSEK (1999) till 361 MSEK (2001). 2002 tillkom bidrag till den Globala Fonden omfattande 200 MSEK och det totala multilaterala biståndet ökade därför till 632 MSEK.

Det forskningsrelaterade biståndet har ökat något, från 97 MSEK (1999) till 129 MSEK (2002). Biståndet genom SEKA har legat relativt konstant under perioden där cirka 250 MSEK/år bedöms relatera till hälsa.

Biståndet som hanteras av DESO och ambassaderna har under perioden ökat från 529 MSEK till 638 MSEK. Biståndet via ÖST har ökat från 64 MSEK till 106 MSEK.

Distriktshälsostöd och sektorprogramstöd har ökat från 115 MSEK till 158 MSEK. Insatser riktade kring sexuell hälsa och rättigheter, inklusive HIV/AIDS, ökade från 89 MSEK till 166 MSEK.

3. Ämnesmässigt utvecklingsarbete

Enheten tillämpar ett ämnesmässigt arbetssätt vilket innebär att varje handläggare har, förutom ett geografiskt ansvar, ett ämnes eller tematiskt ansvar. Detta syftar till ett ämnesmässigt helhetsperspektiv på enhetens verksamhet

Utveckling av spetskompetens, metod och policy inom varje tema är viktigt för enhetens profilering – internt och externt. Enheten strävar efter att fånga upp globalt nytänkande för att sedan bearbeta, anpassa och föra in det på olika nivåer och i olika sammanhang; HQ, land, regionalt och globalt.

Genom ett ämnesmässigt arbetssätt, där arbetet tydligt samordnas och integreras med motsvarande arbete och insatser inom hälsosektorstöd på landnivå, kan svenskt hälsobistånd bli både effektivare och mer fokuserat.

Bra exempel på när så skall ske är i beredningar och utvärderingar av framför allt bilaterala och regionala insatser. Ytterligare ansträngning bör göras för att foga samman globalt, regionalt och bilateralt utvecklings-samarbete i detta tematiska helhetsgrepp.

Det enhetsgränsöverskridande samarbetet inom DESO kan tillföra avdelningen ett mervärde, till exempel genom att anlägga ett folkhälsoperspektiv som gemensam ansats i en landstrategiprocess.

3.1 Utnyttjandet av den ämnesmässiga kompetensen

Med strategisk kompetens inom varje ämne ökar enhetens möjligheter att påverka inriktning och fokus på det hälsorelaterade arbetet såväl internt som externt. Enhetens ämnesmässiga kompetens bör utnyttjas inom bland annat följande arbete:

3.1.1 Policy- och metodutveckling

- Enheten ansvarar för utveckling av hälsorelaterade policies, strategier, normer, metoder och positionspapper avseende frågor som ingår i det bilaterala biståndet.
- Enheten deltar i andra avdelningars policyarbete främst vad gäller tvärssektoriella hälsorelaterade frågor.
- Enheten deltar aktivt i den internationella debatten och därmed för ut erfarenheter, ståndpunkter och svenska prioriteringar, inom WHO och andra FN-organ, Världsbanken, EU med flera.

3.1.2 Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkringsarbete sker på olika nivåer och innebär:

- *Sverige*: Vid utveckling av enhetens och resursbasens kompetens.
- *Land- och regionalnivå*: I beredningar, uppföljningar, pilotprojekt, innovativa insatser, studier och seminarier och institutionellt samarbete.
- *Globalt*: I metod- och policyutveckling och det normativa arbetet av långsiktig betydelse för hälsoutvecklingen, till exempel i samarbetet med olika program på WHO eller i innovativa satsningar via internationella NGOs.

En annan del av kvalitetssäkringsarbetet är de utvärderingar som systematiskt görs av alla typer av insatser. Genom en grundlig och oberoende analys av biståndets resultat och effekter ger utvärderingar underlag till förbättringar av kvaliteten.

3.2.3 Resursbasutveckling

Arbetet med resursbasutveckling kan delas upp i olika områden med delvis olika syften.

Under perioden kommer enheten att:

- Förstärka och förnya resursbasen för att hantera svenskt hälsobistånd och därmed öka kontaktytan med Sverige. Detta sker genom till exempel allmän konsultutbildning, ökad rekrytering av BBE och JPO, och främjande av medverkan av yngre konsulter i uppdrag.
- Identifiera experter med hög fackkompetens i Sverige som kan involveras i biståndet för att internationellt driva svenska profilfrågor inom områden där Sverige har en särskild roll att spela.
- Identifiera svenska institutioner och organisationer som kan utgöra potentiella partners i det internationella hälsosamarbetet.

3.1.4 Extern och intern kommunikation

Hälsoenhetens övergripande mål är att genom utvecklingssamarbetet bidra till förbättrad och mer rättvist fördelad hälsa. Bra relationer med samarbetspartner i såväl Sverige som i samarbetsländerna är en förutsättning för att nå de övergripande målen för verksamheten. God kommunikation utgör ett verktyg för att stärka dessa relationer.

Genom att planera, utveckla och göra strategiska prioriteringar inom det kommunikationsarbete som bedrivs kan relationer stärkas, arbetsbelastning minskas och medarbetarnas roll som kommunikatörer utvecklas.

I den opinionsundersökning som genomfördes hösten 2002 kom hälsobiståndsinsatser att rankas högst av svenska folket, både vad man tror att Sida gör och vad man tycker att Sida bör prioritera. Med Sidas nya hälsopolicy som utgångspunkt kommer hälsans betydelse för utveckling särskilt att lyftas fram i bland annat Sidas kampanj kring fattigdom och hälsa.

Under perioden kommer enheten att:

- Arbeta aktivt med förankringsarbetet av den nya hälsopolicyn såväl internt som externt.

- Fortsätta utveckla kommunikationen mellan enheten och ambassaderna.
- Använda media vid strategiska tillfällen.
- Föra ut information kring viktiga frågor och resultat, bland annat från utvärderingar.
- Fortsätta med att producera relevant informationsmaterial (Health Division Documents).
- Ta fram den årliga Facts & Figures samt en ”progress report”.
- Fortsätta utveckla hälsoenhetens hemsida och Newsletter.

4. Fokus och prioriteringar

I linje med Sidas policy för hälsa och utveckling har hälsoenheten följande fokus och prioriteringar för sitt arbete;

Ett gemensamt ramverk:

Hälsa och utveckling

Två pelare:

- (1) Tvärsektoriella folkhälsoinsatser
- (2) Hälsoservice och hälsosystem

Fem initiativ:

- (1) Livsstilsfrågor med fokus på ungdomar
- (2) Miljö och hälsa
- (3) Mödraöverlevnad
- (4) Ledarskap och styrning
- (5) Global public goods

4.1 Ett gemensamt ramverk – Hälsa och utveckling

Sambanden mellan förbättrad hälsa och minskad fattigdom är tydliga men komplexa, och ömsesidiga. Det är de fattigaste människorna som drabbas hårdast vid sjukdom eftersom det är de mest utsatta för diverse hälsorisker och dessutom har minst marginaler och sämst skyddsnät. Trygghet och säkerhet är viktiga dimensioner av fattigdomsproblematisken. Sjukförsäkringar finns än så länge endast i mycket liten utsträckning för de fattigaste grupperna. HIV/AIDS epidemin har på ett brutalt sätt tydliggjort samhällskonsekvenserna av sjukdom och död.

Fattigdom och ohälsa handlar även om makt och kontroll. Hälsa är dessutom en fråga om mänskliga rättigheter. Att vara kvinna eller flicka innebär ofta sämre levnads- och arbetsvillkor än för män. Kvinnors underordnade ställning i så gott som alla samhällen gör att kvinnors hälsa och tillgång till hälsovård i allmänhet är sämre än mäns.

Möjligheten att kunna påverka och ta ansvar för sin egen situation och att kunna planera för framtiden påverkar människors hälsa. Det är

en demokratisk rättighet att delta i och ha inflytande över politiska beslut som påverkar hur resurser fördelas. Det är även en rättighet att kunna tillägna sig kunskap om hälsa och sjukdomar. Dessutom är det en mänsklig rättighet att få tillgång till relevant hälso- och sjukvård när det behövs.

Sambanden mellan hälsa och ekonomisk utveckling är tydliga. Sjukdom innebär inte bara kostnader för individen och samhället utan även förlorad produktion och minskade investeringar. En dollar investerad i bättre hälsa beräknas ge tre dollar i ekonomisk utvecklingseffekt.

Att minska fattiga människors utsatthet för ohälsa och konsekvenserna vid sjukdom och ohälsa är centralt för Sida. Det är nödvändigt att öka samverkan mellan makroekonomi, politik och hälsa.

Under perioden kommer enheten att:

- Systematiskt medverka i arbetet med landstrategier för att säkerställa att människors hälsa hanteras som en bred utvecklingsfråga.
- Följa och analysera utvecklingen av PRSPs i våra större samarbetsländer.
- Samarbeta med POLICY kring implementeringen av Sidas fattigdomsstrategi.
- Samverka med DAC, WHO och Världsbanken kring utvecklingsfrågor som rör hälsa och fattigdom.

4.2 Två pelare – Basen för hälsobiståndet

Hälsopolicyn tydliggör två huvudlinjer för inriktningen av Sidas hälsorelaterat bistånd. En pelare med fokus på folkhälsofrågor där även arbetet med andra sektorer är viktigt för att åstadkomma förbättrad hälsa. Den andra pelaren betonar vikten av rättvis tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet.

4.2.1 Tvärsektoriella folkhälsoinsatser

Hälsan bestäms inte bara av en individs biologiska förutsättningar utan också i hög grad av den omgivande miljön. Folkhälsoperspektivet baseras på insikten om att man måste se till individens och befolkningens hela omgivning. Den omgivande miljön (sociala, ekonomiska och kulturella) sätter ramen för individens handlingsutrymme men formar också i hög grad individens levnadsvanor.

Stora hälsovinster kan göras genom förebyggande arbete och breda samhällsförändringar. Förbättrad hälsa sammanhänger till exempel med sunda sexual vanor; bättre hygien, kost, bostäder; mer fysisk aktivitet, och en minskad konsumtion av tobak, alkohol och droger.

Sidas hälsopolicy har en uttalad avsikt att arbeta för att påverka riskfaktorer som bidrar till ohälsa samt främja hälsans bestämningfaktorer. För att både motverka och förebygga ohälsans orsaker måste arbete ske på olika nivåer och med olika sektorer i samhället. Ett tvärsektoriellt synsätt är därför avgörande för en positiv utveckling av folkhälsan. I sin förlängning kan man tänka sig att en hälsokonsekvens-bedömning skall ingå i underlag till beslut om insatser av betydelse. Enheten kommer i ökad utsträckning att arbeta globalt, regionalt och nationellt med att utveckla hälsofrämjande- och förebyggande arbete inriktat mot de bestämningfaktorer för hälsa som beskrivs i Sidas Hälsopolicy, "Health is Wealth".

Under perioden kommer enheten att:

- I dialogen med samarbetsländer understryka vikten av sambandet mellan hälsa och fattigdom; bidra till kunskapen om ohälsans bestämningsskador samt erbjuda stöd till att utveckla breda nationella folkhälsopolicies och åtgärdsprogram för att undanröja de största orsakerna till ohälsa, särskilt bland de fattiga.
- Arbeta med att tydliggöra de strukturella bestämningsskadorerna t ex den ekonomiska politiken, bostadsplanering, trafikmiljö, alkohol- och tobakspolitiken samt konsekvenser för hälsa.
- Utveckla angreppssätt och metoder för att stimulera hälsosamma beteenden samt utveckla "life skills", bland annat i arbetet med ungdomar och livsstil. I detta arbete ingår att utveckla beteendeförändringsstrategier med integrerad kommunikation som en viktig komponent.
- Arbeta för fler konkreta förebyggande program i det bilaterala och regionala hälsosamarbetet, till exempel mot tobak, narkotika, ohälsosam miljö och arbetsmiljö samt livsstilsfrågor, speciellt där svensk resursbas kan användas.
- Utvidga arbetet inom narkotika- och tobaksområdet med nya insatser, samt i större omfattning än tidigare driva och lyfta frågan i nationella och internationella forum (EU, UNODC).
- Utveckla en strategi för ett långsiktigt arbete gällande tobaksinsatser.
- Utveckla samarbetet med WHO, bland annat i arbetet med förebyggande av stora folkhälsoproblem samt skadeförebyggande arbete för att analysera möjligt samarbete på landnivå, samt se vilka erfarenheter från WHO som kan integreras i de bilaterala hälsoprogrammen.
- Beakta flickors och kvinnors utsatta situation gällande våld, såväl inom som utom hemmet. Detta med ett speciellt fokus på sexualiserat våld utifrån ett rättighets- och jämställdhetsperspektiv.
- Genomföra internutbildning för folkhälsoteamet och hela enheten, dels med tema folkhälsoarbete utifrån de viktigaste hälsodeterminanterna i samarbetsländerna (utifrån metodiken i den svenska folkhälso-rapporten), och dels med tema hälsa och fattigdom (utifrån DAC Guidelines for Health and Poverty, EU:s Communication on Health and Poverty samt WHO:s Towards a common Agenda).

4.2.2 Hälsoservice och effektivare hälsosystem

Rättvis tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård är en väsentlig faktor för att förbättra människors hälsa och för att skapa förutsättningar för minskad fattigdom. Sidas strategi är att arbeta genom stöd till sektorprogram och/eller stöd till integrerad distrikthälsovård. Barnhälsovård, vaccinationer, sexuell och reproduktiv hälsoservice inklusive förlossningsvård, malaria och tuberkulosprogram, HIV/AIDS samt kroniska och icke smittsamma sjukdomar, är viktiga delar av grundläggande hälso- och sjukvård.

HIV/AIDS situationen, särskilt i Afrika, innebär enorma krav på hälso- och sjukvårdssystem. I många länder är de flesta som söker vård drabbade av HIV/AIDS och/eller har HIV/AIDS-relaterade hälsoproblem.

En medveten hälsopolitik, ett gott ledarskap och ett aktivt reformarbete är några av grundförutsättningarna för att mer effektivt tillhandahålla god hälsoservice på alla nivåer. Det är nödvändigt att hälsosystemet styrs och utformas så att hela befolkningen omfattas. Hälsovårdens kvalitet är i hög utsträckning beroende av kompetensen hos personalen tillsammans med de resurser i form av vårdinrättningar, utrustning och läkemedel som finns till förfogande. Mekanismerna för hur hälsovården finansieras spelar en avgörande roll för hur systemet påverkar fattiga människor och deras möjligheterna att få tillgång till god vård.

Under den kommande perioden kommer enheten att arbeta på olika plan bilateralt, globalt och regionalt i enlighet med Sidas hälsopolicy för att utveckla de funktioner som behövs för förbättrad hälsoservice och fungerande hälsosystem. Målet är att förbättra tillgången till bra behovsanpassad hälsoservice med särskilt fokus på de fattigaste grupperna.

Under perioden kommer enheten att:

- Ge särskild uppmärksamhet åt att utveckla Sidas arbete med distrikts-hälsovård och tillgången till hälsovård av olika slag. Detta innefattar frågor kring barnhälsovård, vaccinationer, sexuell och reproduktiv hälsa, malaria, tuberkulos, HIV/AIDS samt andra smittsamma och icke-smittsamma sjukdomar.
- Driva arbetet för en förbättrad mödraöverlevnad genom att främja sammanhållna program och service inom reproduktiv hälsa som förutom mödravård, god förlossning och eftervård inkluderar upplysning om, tillgång till samt stimulering av användandet av preventivmedel.
- Utveckla arbetet kring personalfrågorna att omfatta personalresursfrågor, planering och finansiering liksom möjligheter till utbildning inom nya kompetensområden t.ex. ”mid-level provider” inom gynekologi och obstetrik.
- Fokusera läkemedelsfrågorna både globalt, regionalt och på landnivå på tillgång till och rationell användning av läkemedel som en viktig faktor för ett fungerande hälsosystem.
- Inför uppföljningen av befolkningskonferensen i Kairo, Cairo+10, utvärdera utvecklingssamarbetet inom SRHR-området sedan 1994. Med utvärderingen som underlag, uppdatera strategin för sexuell and reproduktiv hälsa och rättigheter.
- Stödja nätverk som arbetar med amningsfrämjande insatser via t ex IBFAN och WABA.
- Arbeta för att kopplingen mellan förbättrad sjukvårdsproduktion och systemfrågor tydliggörs.
- Inom hälsosystemutveckling lägga särskilt fokus på följande områden; styrningsfrågor, hälsofinansiering, personalfrågorna samt sjukhussektorn. Ett synsättspapper inom området hälsosystem kommer också att färdigställas.
- Utveckla och förstärka samarbetet med WHO, Världsbanken och Rockefeller Foundation i syfte att stärka tillgången till hälsovård och utveckla personalresursfrågor.

- Inom samarbetet med FN organ som UNFPA och UNICEF särskilt bevaka och försvara ICPD-agendan för SRHR, inklusive abortfrågan.
- Vara aktiv i arbetet med globala hälsoinitiativ (Globala fonden, GAVI Roll Back Malaria, Stop TB) framför allt när det gäller att garantera ett tydligt fattigdomsperspektiv samt stärka ländernas egna strukturer för hälsoservice och hälsosystem med fokus på integrerad primärhälsovård.
- I dialogen med samarbetsländerna ha ett tydligt fattigdomsperspektiv och trycka på vikten av en medveten, jämlik och rättvis hälsopolitik, ett bra ledarskap, och en rättvis finansiering för att öka tillgången till basal hälso- och sjukvård och läkemedel på alla nivåer.
- Genomföra internutbildning för Hälsoservice- och Hälsosystem teamet och hela enheten för att öka kunskap och förståelse för kopplingarna mellan hälsosystemets utformning, fattigdom och utveckling, bland annat med utgångspunkt i det nya synsättspappret om hälsosystemsfrågor. Andra nya områden av särskilt intresse för internutbildning är distriktshälsovård, grundläggande baspaket av hälsovård, personalutvecklingsfrågor och läkemedel.

4.3 Fem särskilda initiativ

Utöver de två grundläggande pelarna för svenskt hälsorelaterat biståndssamarbete lyfter Sida fram fem särskilda initiativ. Dessa kommer att utvecklas successivt under perioden. Initiativen handlar om policy, opinionsbildning, metod- och kompetensutveckling, inte om investeringar i större projekt.

4.3.1 *Livsstilsfrågor med fokus på ungdomar*

Hälsoenheten stödjer ungdomsrelaterade insatser i olika delar av världen. Insatsernas inriktning och karaktär variera mycket, men det finns även vissa likheter. Användandet av kommunikation och media som metod för att nå målgruppen är ett genomgående drag. Dessutom berör de flesta projekt sexuell och reproduktiv hälsa. Även droger och rökning är prioriterade områden.

Idag utgår inte enhetens ungdomsinsatser från ett medvetet och heltäckande angreppssätt. Metoder för att stimulera hälsosamma beteenden och en sund livstil bland ungdomar är nödvändiga för att lyckas i arbetet med ungdomar. Under den kommande perioden avser enheten att utveckla arbetet med ungdomsfrågorna både vad gäller en ökning i antal insatser samt metod och angreppssätt. Enheten vill bredda insatserna från att handla om rena hälsoinsatser till att inkludera flera av de determinanter som påverkar ungdomars hälsa, det vill säga ungdomars hela livsstil. Detta är även i enlighet med Sidas nya hälsopolicy.

Under perioden kommer enheten att:

- Genomföra en utvärdering av Sidas ungdomsinriktade insatser och projekt. Utvärderingen kommer genomföras i två steg: (1) en sammanställning av insatserna under en viss tidsperiod, (2) utvärdering som bör granska projekten inte endast utifrån de traditionella utvärderingskriterierna utan även inkludera en granskning och jämförelse av aspekter som metoder, strategier och samarbetspartners. Utvärderingen är en del i arbetet att ta fram ett synsättspapper om enhetens arbete med ungdomar och livsstil.
- Inhämta information och kunskap om andra aktörers arbete med ungdomar och livsstil (multilateral och bilaterala givare, enskilda organisationer, akademiker och folkrörelser).
- Ta fram ett synsättspapper om ungdomar och livsstil som skall ange enhetens inriktning på det framtida arbetet med ungdomar. I detta arbete ligger att utveckla ett tvärsektoriellt helhetsperspektiv gällande såväl positiva determinanter som riskfaktorer som påverkar ungdomars utveckling, uppväxt och möjligheter. Synsättsappret skall baseras på resultaten från ovan två nämnda arbeten.
- Utveckla hur advocacy, social mobilisering och integrerad kommunikation kan användas för att sätta prioriterade områden på den politiska agendan, mobilisera administrativt och finansiellt stöd samt uppnå specifika hälsobeteenden. För att påverka ungdomars livsstil är det nödvändigt att hitta nya beteendeförändringsstrategier. ”Health Promotion” och ”Information, Education and Communication, IEC” arbetet måste kompletteras med mera kreativa tillvägagångssätt så som användandet av massmedia, edutainment, reklam, personliga ”säljare” och andra metoder. I detta arbete ligger även att titta på hur kultur och värderingar formar livsstil och beteenden.
- Utveckla och integrerar arbetet med ”Life Skills” och ”Youth Friendly Service” i ungdomsarbetet.
- Särskilt uppmärksamma vikten av att arbeta med mansrollen och prioritera arbetet med attitydförändring hos unga män i syfte att skapa nya mansideal för att öka jämställdheten och minska våldet mot kvinnor. Enheten ska proaktivt driva denna fråga.
- Söka vägar för hur svenska ungdomar kan involveras vid utvecklandet av temat ungdomar och livsstil.
- Aktivt driva och lyfta de prioriterade områdena i nationella- och internationella forum.
- Öka samordningen, samarbetet och erfarenhetsutbytet mellan enheter på Sida, ambassader, nationella och internationella aktörer inom området, inklusive främja dialogen med RFSU, Rädda Barnen, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet med flera.

4.3.2 Miljö och hälsa

Människors hälsa är i grunden sammanlänkad med den omgivande miljön. Den omgivande miljön relaterar till hur människor bor, hur de lever och arbetar eller leker samt de risker som detta för med sig i form av framför allt skador, olyckor och våld. Under verksamhetsperioden kommer Hälsoenheten att satsa på insatser som förebygger olyckor och skador i trafik och arbetsmiljöer, förbättrar inomhusmiljöer och minskar våld.

”Skador” är den övergripande beteckningen för oavsiktliga skador som olycksfall, och avsiktliga skador som våld och självmord. Skador till följd av olyckshändelse är i hela världen ett av de stora folkhälsoproblemen. Alla skador är starkt relaterad till levnadsmiljön, barn och ungdomar är speciellt utsatta. De flesta olyckor händer i hemmet och den omedelbara närmiljön, som också är arbetsplats för många kvinnor.

Genom Karolinska Institutet (KI) stöder enheten ett nationellt program inom skadeprevention i Vietnam samt ett förebyggande arbete i en pilotkommun i Dhaka, Bangladesh. Ett mer strategiskt och långsiktigt arbete inom skadeområdet genom KI är under diskussion.

Hälsoenheten stöder också WHO:s normativa förebyggande program för skade- och våldsprevention. Under 2002 utgavs ”World report on violence and health” som lyfter fram våldet som ett universellt folkhälsoproblem. Ett seminarium i Sverige om rapporten planeras under våren 2003.

Våld mot kvinnor är ett område som stöds regionalt i Centralamerika via PAHO.

Arbetsmiljöproblemen ökar i de fattiga länderna delvis på grund av ökad urbanisering och industrialisering. Olyckor i arbetet som orsakar inkomstbortfall och för tidig död av familjeförsörjaren leder till ökad fattigdom. Behoven är stora av arbetsmiljölagstiftning och förebyggande åtgärder.

Förbättrad närmiljö är, enligt enhetens policy ”Health is Wealth”, det område som kan ge de största och snabbaste effekterna på en förbättrad hälsa hos den fattigaste delen av befolkningen. Det innefattar åtgärder för att förbättra tillgången till rent vatten, förbättrad hygien och sanitära förhållanden samt åtgärder för bättre inomhusluft i bostäder med öppna eldstäder. Kvinnor och barn är de mest utsatta varför insatser inom detta område är särskilt gynnsamt utifrån ett jämställdhetsperspektiv.

Under perioden kommer enheten att:

- Utveckla arbetet med arbetsmiljörelaterade frågor och bland annat stödja ett samarbete mellan Arbetslivsinstitutet och projekt i ett flertal länder i både Centralamerika och Södra Afrika.
- Deltag i uppföljning av vatten-, sanitets- och hygienkomponenterna i samarbetet med vissa länder i Centralamerika.
- Tillsammans med Stockholm Environment Institute ta fram ett dokument kring de indirekta effekterna på människors hälsa av klimat- och miljöförändringar.
- Tillsammans med WHO, Världsbanken och andra biståndsorganisationer ta fram ett enkelt och pedagogiskt ”multi-agency-paper” om

sambanden mellan fattigdom, miljö och hälsa i syfte att främja att dessa samband uppmärksammas i PRSP-processerna i samarbetsländerna.

- Fortsätta utveckla samarbetet med NATUR och Miljöpolicy-enheten kring frågor som berör sambanden mellan fattigdom, miljö och hälsa, till exempel frågor om vatten, sanitet, personlig hygien, rök i inomhusluften och pesticider.
- Utveckla samarbetet med INEC kring frågor om trafikmiljöer och skadeprevention samt arbetsmiljöfrågor.

4.3.3 Mödraöverlevnad

Trots att stora förbättringar skett inom hälsoområdet har få framsteg gjorts för att minska mödradödligheten i världen. Detta uppmärksammas särskilt i FN:s millenniemål och i Sidas hälsopolicy. För att förändringar ska komma till stånd krävs insatser inom en rad olika samverkande områden både för att öka kunskap och öka resurserna.

God mödravård, god förlossningsvård och säkra aborter kräver utbildad personal och ett uppbyggt system för hela vårdkedjan. Många andra faktorer som ligger utanför hälsovården har också en avgörande betydelse där jämställdhetsområdet är grundläggande för att minska mödradödligheten. Sexuell och reproduktiv hälsa kan ses som en indikator på hur ett hälsosystem fungerar.

Under perioden kommer enheten att:

- Aktivt verka för att behovet av insatser inriktade på mödradödlighet och reproduktiv hälsa synliggörs för beslutsfattare. Ett jämställdhets- och rättighetsperspektiv är viktigt.
- Särskilt lyfta fram frågor kring säkra aborter och förbättrad förlossningsvård.
- Genom institutionsuppbyggnad, fortsätta stödja insatser som syftar till att stärka och utveckla barnmorskans roll.
- Fortsätta driva frågor som rör mödra- och spädbarnsöverlevnad i internationella fora, till exempel WHO, UNFPA, IPPF och Safe Motherhood initiativet.
- Fortsätta stödja nätverk och insatser bilateralt, regionalt (Afrika) samt globalt tillsammans med WHO och andra partner som syftar till att förbättra mödraöverlevnad
- Driva frågan om behovet av korrekt och tillförlitlig statistik inom området, bland annat av registrering av mödradödlighet.

4.3.4 Ledarskap och styrning

Professionellt ledarskap och god styrning är en förutsättning för att insatser i sektorn ska få effekt och bli bärkraftiga. Den politiska ledningen och dimensionen är viktig, och i många fall avgörande för en fungerande och effektiv hälsosektor.

En viktig princip för det svenska stödet är gott ledarskap där professionell styrning skall karaktärisera hälso- och sjukvården på alla nivåer. En annan viktig princip är att hälsoministerierna i våra samarbetsländer spelar en central roll för att leda och styra hälsosystemet.

Viktiga funktioner för gott ledarskap och styrning är att producera hälsostatistik och hälsoinformation som underlag för beslut, formulering av strategier och policies samt att garantera tillgången av resurser och användbara verktyg för implementering av ovan nämnda strategier och policies. Vidare är det väsentligt att skapa och vidmakthålla partnerskap mellan olika aktörer, till exempel den mellan privata och offentliga vårdgivare samt att kontrollera och utkräva ansvar av aktörer inom hälsosystemet. Sidas arbete med ett förbättrat ledarskap och professionell styrning bör omfatta stöd till dessa funktioner.

Under perioden kommer enheten att:

- Arbeta med frågor kring hälsoministeriernas centrala roll för att leda och styra hälsosystemet, särskilt inom ramen för decentralisering.
- Fortsätta utveckla stödet till hälsoekonomisk information (NHA) i form av stöd till utbildning, metodutveckling och institutionalisering.
- Fortsätta arbetet med att studera hur privata vårdgivare kan och bör regleras för att bidra till en bättre kvalitet i vården i våra samarbetsländer.
- Medverka till att civila samhället tydligare medverkar i policyarbete och beslutsfattande.
- Ge fortsatt stöd till utveckling och kapacitetshöjning av viktiga institutioner som till exempel läkemedelsverk i våra samarbetsländer.

4.3.5 *Global Public Goods*

”Global Public Goods” är ett tämligen nytt begrepp inom det internationella samarbetet och innebär dels nyttigheter som är tillgängliga för alla, dels nyttigheter som lämpligast finansieras med offentliga medel. I en vid tolkning kan man hävda att hälsa är en global nytta i sig. En liknande debatt finns i Sverige.

Med en snävare tolkning kan man lyfta fram utvecklingen av nya läkemedel eller vacciner med världens låginkomstländer som målgrupp. Här finns inte en tillräckligt stark marknad för att läkemedelsindustrin självant ska investera i forskning och utveckling, utan kräver offentliga investeringar.

Under perioden kommer enheten att:

- På olika sätt arbeta med nya globala nyttigheter i formen av forskning och normativ kunskap, IT och information samt skapa förutsättningar för utveckling av nya läkemedel.

5. Bilateralt och regionalt samarbete

5.1 Afrika

Hälsosituationen i Afrika har inte förbättrats som i övriga delar av världen. Följderna av HIV/AIDS är en av de främsta orsakerna, politisk instabilitet är en annan. Ökad fattigdom och bristande kapacitet, både mänsklig och finansiell, är några av konsekvenserna. Hälsobiståndet i Afrika fortsätter att öka under den kommande treårsperioden och Sverige fortsätter att hålla en hög profil vad gäller stöd till social utveckling med fattigdomsfokus.

Stödet till Afrika kommer ha fokus på HIV/AIDS, mödradödlighet, barn och ungdomsvård samt insatser för att stärka och utveckla hälsosystemen. Förebyggande insatser har hög prioritet, inte minst vad gäller livsstilsfrågor. Ett ökat fokus kommer att ägnas åt att utveckla och stärka vårdkedjan. Tillgången till hälsojänster av olika slag kommer att stå i fokus under den kommande perioden. Integrerad vård av barn, mödrar och ungdomar kommer att vara viktigt inslag liksom utveckling av hälsosystemets olika funktioner till stöd för detta.

Sektorprogrammen kommer fortsatt att spela en viktig roll i vårt arbete och utvecklas som metod. Arbetet med att ta fram en ny Västafrika strategi kommer att färdigställas. Geografiskt sker ingen expansion förutom att enheten avser att inleda ett hälsostöd i något västafrikanskt land. Fokus kommer att ligga på att bygga vidare på och utveckla stödet till de länder där vi redan är etablerade. Sektorprogrammen i Zambia, Uganda, Etiopien och Malawi kommer att utvecklas liksom distriktsstödet i Kenya och Rwanda. Under våren 2003 har regeringen fattat beslut om en utfasning av hälsobiståndet till Angola.

Sidas strategi för regionalt stöd till Afrika söder om Sahara har färdigställts under 2002. Enhetens regionala insatsportfölj kommer att utvecklas mer mot projekt där en regional ansats bedöms som nödvändig, men även andelen projekt där regionalt mervärde är den bärande principen kommer fortsatt vara stor.

Tabell 3: Hälsostödet till Afrika (MSEK).

LAND	Utbetalat				Bedömning		
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Angola	43	35	30	25	25	25	25
Burkina Faso			0	0	12	23	30
Etiopien	1	5,3	0	10	15	40	40
Guinea Bissau	1,4	2,5	1	5	2,5	2	2
Kenya	12	9	17	20	25	40	40
Malawi		3,6	6,5	40	55	60	60
Mali					5	10	30
Rwanda	14	8	18	15	15	40	40
Uganda	41	42	59		90	120	120
Zambia	36	72	62	60	80	80	100
Zimbabwe	16	12	7	0	0	0	0
Regionalt	26	30	76	54	55	60	60
Subtotal	190	192	276	280	350	450	510
Övrigt*	137	156	166	151	160	170	170
TOTALT	327	357	443	431	540	650	730

* Övriga länder samt Icke DESO

SAREC har ett omfattande stöd till utveckling av forskningskapacitet i Afrika. Enheten kommer att sträva efter ett närmare samarbete med SAREC vad gäller särskilda forskningsfrågor som stöd till institutionsutveckling både i specifika länder och regionalt.

Samarbete och utbyte med SEKA pågår för hälsoinsatser i Angola och Rwanda. Övergången från katastrof till utvecklingssamarbetet kräver ett ökat samarbete mellan enheterna. Enheten kommer att medverka i framtagandet av en strategi kring övergången från katastrofhjälp till långsiktigt bistånd.

Under perioden finns det anledning att utveckla samarbetet med andra multilaterala och bilaterala givare för en ökad koordinering av stödet och ett bättre utbyte av erfarenheter.

Sektorprogramstöd kommer att fortsätta att vara en prioriterad samarbetsform. I samarbete med NORAD kommer stöd enligt principen ”Silent Partner” att utvecklas.

Under perioden kommer enheten att:

- Prioritera HIV/AIDS-frågorna och de breda hälsoreformstöden, men även öka profilen vad gäller folkhälsoinsatser.
- Fortsätta medverkan i utformandet och genomförandet av sektorprogram i Zambia, Uganda, Malawi och Etiopien.
- Bereda stöd till regionala hälsofinansierings- och läkemedelsinsatser.
- Arbeta för ett ökat samarbete med SAREC och SEKA.

5.2 Asien

Den snabba samhällsutvecklingen i Asien har fört med sig en rad negativa sociala konsekvenser för människor. Många av orsakerna bakom ohälsa idag har ett samband med miljöproblem, förändrad livsstil och levnadsvanor (missbruk av narkotika och tobak) och svaga mänskliga rättigheter (prostitution, sexuellt utnyttjande samt handel med barn och kvinnor, så kallad "trafficking"). Det finns därför stora behov av folkhälsoarbete, såväl nationellt som regionalt, med inriktning på förebyggande arbete.

Asienstrategin pekar på att det i antal räknat finns flest fattiga människor i Asien, varav andelen kvinnor och barn är överrepresenterade. Behovet av förstärkta hälsoinsatser är mycket stort. Huvudinriktningen för svenskt utvecklingssamarbete skall enligt Asienstrategin omfatta följande områden: demokrati, miljö och mänskliga rättigheter. Mänskliga rättigheter har givits en bred tolkning som innefattar sociala rättigheter, rätten till hälsa för kvinnor, ungdomar och barn, särskilt flickor.

Asienstrategin förutser att HIV/AIDS-epidemin blir lika allvarlig i vissa länder i Asien som i södra Afrika bland annat på grund av den stora rörligheten över gränserna av arbetskraft samt prostitution. Enligt FN-källor beräknas 40–50 miljoner människor ha HIV/AIDS i världen år 2010. Indien och Kina har var och ett över en miljard invånare vilket innebär att även om bara en halv procent av befolkningen idag antas vara smittad uppgår antalet smittade individer till omkring fem miljoner. Erfarenheterna av arbete med HIV/AIDS i Thailand visar att samhällskatastrofen kan mildras om snabba och effektiva åtgärder sätts in på ett tidigt stadium.

Flickors och kvinnors livsvillkor skiljer sig avsevärt åt mellan länderna i Asien. Ända från födseln är en stor andel av kvinnorna i Sydasien extremt missgynnade vad gäller grundläggande mänskliga rättigheter såsom rätten till överlevnad, föda, hälsovård och utbildning. Enligt en rapport från Pakistan "saknas" 79 miljoner kvinnor i Sydasien. Många flickor dödas vid födseln eller dör för att de är de sista som får mat och vård.

Utvecklingssamarbetet skall framför allt inriktas på institutionsuppbyggnad och stöd till reformarbete som medför decentralisering av beslutsfattande.

Nuvarande stöd till Vietnam har ett reformperspektiv med särskilt fokus på kapacitetsuppbyggnad. Det bilaterala stödet till utveckling av läkemedelspolicy i Laos avslutas inom kort. En naturlig utveckling vore att bygga upp regionalt samarbete inom läkemedelsområdet. Hälsostödet i Bangladesh är utformat som ett sektorprogramstöd. Sverige har, bland annat, drivit frågan kring betydelsen av säkra aborter. Indiensamarbetet ökar och en ny landstrategi bereds där fattigdomsbekämpning inom de sociala sektorerna blir en viktig del. Innovativa insatser med svenskt-indiskt institutionssamarbete pågår inom HIV/AIDS, kvinnohälsa, säkra aborter och ungdomshälsa. Sverige kommer stödja arbetet med HIV/AIDS i Myanmar.

Tabell 4: Hälssstödet till Asien (MSEK).

LAND	Utbetalat				Bedömning		
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bangladesh	42	85	42	62	81	100	100
Burma/Myanmar					10	15	15
Indien	11	52	8	12	30	31	32
Laos	5	5	5	5	4	0	0
VB-Gaza	15	19	19	24	24	22	22
Vietnam	43	28	63	31	25	25	25
Regionalt	13	19	45	40	40	50	50
Subtotal	118	190	138	130	163	215	215
Övrigt*	70	89	146	120	120	140	140
TOTALT	188	279	284	250	283	355	355

**Övriga länder och icke DESO*

INEC finansierar omfattande KTS-hälsoinsatser i medelinkomstländerna Kina (jodbrist, sexualitetsundervisning och reproduktiv hälsa) samt krediter till hälsoprogram i Kina och Thailand. PEO/RIUs kurs för asiatiska deltagare i sexuell och reproduktiv hälsa för ungdomar kan ge upphov till fortsatt samarbete inom detta område.

SAREC stödjer hälsoforskning i Vietnam och Bangladesh. Från SEKA utgår hälssstöd via NGOs.

Under perioden kommer hälsoenheten att:

- Fortsätta påbörjad dialog kring det totala hälsobiståndet i Asien med utgångspunkt från Asienstrategin, Sidas hälsopolicy och utifrån kunskapen om svensk resursbas och kompetens för att säkerställa att Sidas bistånd till de fattigaste länderna i Asien även fortsättningsvis innehåller insatser för förbättrad hälsa, och
- Fortsätta prioritera SRHR-insatser, inklusive HIV/AIDS, särskilt i Sydostasien med insatser riktade till flickor/kvinnor.
- Förstärka HIV/AIDS förebyggande insatser utifrån vetenskapen om epidemins snabba utbredning i Asien.
- Medverka till att barnrätts- och jämställdhetsperspektiven genomsyrar hälsoenhetens samtliga Asien-insatser.
- Fortsätta prioritera folkhälsofrågorna mot bakgrund av den snabba samhällsutvecklingen i Asien. Fokus kommer att ligga på livsstilsförändringar, trafikskador och olycksfall relaterade till miljön samt sexuellt utnyttjande av barn och ungdom, inklusive handel med barn och kvinnor.

6.3 Latinamerika

En ny regional strategi för Centralamerika beslutades under 2001. Den betonar ännu tydligare än tidigare strategier vikten av stöd till social och ekonomisk utveckling samt utjämning för att stabilisera fred och demokrati i regionen. Sidas hälsosamarbete med Latinamerika inriktar sig främst på de Centralamerikanska länderna.

Den förändring som de senaste åren skett vad gäller ökad koncentration samt bilateralisering av samarbetet fortsätter. Under 2002 har beredning av nya hälsoavtal pågått och nya bilateralt avtal om stöd till hälsosektorn kommer att träffas för Guatemala och Honduras, samt under 2003 för Nicaragua. Stödet är ett bidrag till konsolidering av fred och till de pågående demokratiseringsprocesserna, med viktiga komponenter som decentralisering och lokalt deltagande inom hälsosektorerna. Stöden har dessutom ett tydligt fokus på fattigdomsreducering. Hälso-samarbetet med El Salvador avslutas.

Hälsostödet till Nicaragua fortsätter att utvecklas i riktning mot sektorprogramstöd. Stödet kommer även fortsättningsvis främst att kanaliseras via PAHO och UNICEF, men en successivt ökande andel kommer kanaliseras via hälsoministeriet MINSa.

Ett huvudproblem i samtliga länder är det svaga nationella ägarskapet och de svaga hälsoministerierna. Efter många år av multilateralt stöd med decentralisering till distrikts- och kommunnivå, innehåller samtliga reformstöd numera insatser som syftar till att stärka de centrala ministerierna i dess normativa och ledande roll i en decentraliseringsprocess. Den roll som PAHO/WHO haft som kanal (och lokal maktfaktor) för det svenska stödet till länderna i Centralamerika kommer att förändras när samarbetet bilateraliseras. Sida kommer att stödja PAHO för att bibehålla och stärka deras roll som teknisk och normativ rådgivare till de nationella hälsoministerierna.

Vid sidan om de nationella reformstöden finns ett regionalt stöd som i huvudsak kanaliseras via PAHO med ett nytt avtal för perioden 2002–2004. Stödet har karaktären av ett tekniskt samarbete mellan Sida och PAHO och inkluderar, där så är möjligt, personer från den svenska resursbasen. Det nya avtalet innefattar en rad regionala folkhälsoinriktade insatser; ungdomshälsa (SRHR och HIV/AIDS), insatser mot intra-familjärt våld, hälsoreformarbete (åtgärder för att inkludera grupper som nu är exkluderade från tillgång till hälsovård), och preventiva insatser inom tobak, mental hälsa och arbetsmiljö.

Idag finns endast ett regionalt hälsostöd som inbegriper hela Latinamerika. Latin American and Caribbean Women's Health Network (LACWHN) är ett nätverk av kvinnoorganisationer till stöd för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter över hela kontinenten. Arbetet leds från Santiago de Chile. Nätverket arbetar också mot våld mot kvinnor och för avkriminaliseringen av aborter. Det nuvarande avtalet med LACWHN täcker perioden 2002–2004.

En regional insats för att främja arbetsmiljön i Centralamerika är under beredning tillsammans med Social Secretariat of Central America (SICA) och svenska Arbetsmiljöinstitutet. Stödet riktar sig både till formella och informella arbetsplatser och täcker perioden 2003–2006.

Hälsostödet till Centralamerika utgör ett viktigt bidrag till social och ekonomisk utveckling, en grund för fördjupad demokrati och ökad stabilitet. Demokrati- och rättighetsperspektivet i hälsostödet är tydligare här än i någon annan region.

Tabell 5: Hälsostödet till Latinamerika (MSEK).

LAND	Utbetalat				Bedömning		
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bolivia	5,6	0	0	0	4	8	8
El Salvador	6,2	8,0	7,4	7,0	0	0	0
Guatemala	18,7	10	11	9,7	20	20	20
Honduras	8,9	8	15	15,2	16	30	24
Nicaragua	18	23	23	25,0	31	31	34
Regionalt CA	20	44	53	15,0	16	16	20
Subtotal	77,4	93	109,4	72	87	105	106
Övrigt*	28,6	27	18,6		25	30	30
TOTALT	106	120	128		112	135	136

* Övriga länder och icke DESO

Sida har stärkt sitt engagemang till hälsostöden genom den delvis regionala hälsohandläggaren placerad i Guatemala samt genom att ambassaden i Nicaragua prioriterat den nationella hälsoinsatsen och ökat handläggarkapaciteten samt att biståndskontoret i Honduras tillsatt en hälsohandläggartjänst under 2002.

Under perioden kommer enheten att:

- Fokusera och utveckla kopplingarna mellan stöd till hälsoreformer och fördjupad demokratisering utifrån ett rättighetsperspektiv, som huvudsaklig profil för insatser.
- Prioritera HIV/AIDS-frågorna samt SRHR-insatser, och då särskilt rättighetsinsatser inom exempelvis våld mot kvinnor och ungdomshälsa.
- Prioritera de mest utsatta och fattiga målgrupperna i regionen, med speciellt fokus på kvinnor, ursprungsbefolkningar och ungdomar.
- Ansvara för uppföljning och utveckling av det regionala hälsostödet i Centralamerika genom PAHO och andra aktörer, samt därutöver bistå ambassaderna i Guatemala och Nicaragua, samt biståndskontoret i Honduras, i de nationella reformprocesserna.
- Ytterligare förstärka folkhälsoinriktningen i samarbetet med Centralamerika, både inom pågående insatser (arbetsmiljö, tobak, social protection), samt långsiktigt se över de folkhälsorelaterade prioriteringarna inom exempelvis narkotikaområdet.
- Främja integrering av de regionala insatserna (intrafamiljärt våld, ungdomshälsa och HIV/AIDS) i de nationella reformstöden för att på så vis skapa närmare koppling mellan system och service.
- Utveckla samarbetet med PAHO på normativ- och policynivå, inom områden relevanta för regionen och reformstöden. Hälso biståndet till Latinamerika kommer under perioden att koncentreras till Guatemala, Honduras och Nicaragua med fokus på nationella hälsoreformstöd och drivas i riktning mot stärkt nationellt ägarskap. Därtill fortsatt men förändrat regionalt samarbete med PAHO och andra aktörer. Volymen förväntas ligga på nuvarande nivå/år.

- Tillsammans med övriga givare främja fördjupad dialog med regeringarna i Centralamerika för att lyfta hälsofrågor inom övergripande policyprocesser, exempelvis PRSP.
- Identifiera nya kanaler för det regionala stödet.

6. Multilateralt samarbetet

Hälsoenheten har redan idag en omfattande rådgivande funktion vad gäller det multilaterala biståndet (WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, IPPF, UNODC, Världsbanken samt EU). Fortsatt stort fokus kommer att ägnas samarbetet med WHO under perioden, på grund av den stora betydelsen WHO har som globalt ledande organisation inom hälsoområdet. Särskild vikt kommer att läggas vid samarbetet med UNFPA och IPPF mot bakgrund av det hårdnande politiska klimatet inom området sexuell- och reproduktiv hälsa.

Under perioden kommer enheten att:

- Medverka i styrelsemöten och andra internationella möten och tillsammans med UD driva svenska prioriterade hälsofrågor. Frågor kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter kommer att vara av särskild vikt.
- Utveckla organisationsstrategier för UNODC och UNAIDS, samt följa upp existerande strategier för WHO och UNFPA.
- Delta i styrelsearbetet för den Globala Fonden samt fungera som ordförande för Monitoring, Evaluation, Finance and Audit Committee.
- Bevaka och aktivt delta i arbetet kring GAVI, Roll Back Malaria och Stop TB.
- Tillsammans med SAREC, ansvara för beredningar och uppföljningar av det extrabudgetära stödet till WHO.
- Ge ökad prioritet åt EU-kontakterna för att bidra till ökad kvalitet i EU:s hälsobistånd, framför allt i Sveriges samarbetsländer.

7. Personalresurser

Hälsoenheten består 2003 av 16–17 medarbetare som tillsammans besitter en god blandning av kompetens och erfarenhet. Enheten förutses ha samma storlek under perioden och kunna genomföra de i den här planen indikerade arbetsuppgifterna. Ett antal faktorer kommer att påverka hur enheten arbetar framöver:

Ökat samarbete HQ och fält: Ökad delegering till ambassaderna, fältvisionen och en utveckling av regionala funktioner innebär nya möjligheter vad gäller beredning och uppföljning av bilaterala och regionala insatser. Bland annat krävs bättre samverkan vad gäller verksamhetsplaneringen. Fältvisionen ställer nya krav men ger även möjligheter att bättre utnyttja enhetens kompetens. Enheten bör arbeta vidare med att ta reda på hur vi bäst utnyttjar befintliga resurser: Vem gör vad, när och hur?

Bredare syn av roller och ansvar: För att maximera våra resurser krävs en bredare syn av olika personers roller och ansvar för specifika program. I hälsoinsatser har NPOs, utsänd PO, ekonomen och myndighetschefen olika men alla viktiga roller, särskilt i länder med sektorprogram.

Kombination av ansvarsområden: Det krävs en bättre analys och planering av samordningsvinsterna av att kombinera ansvarsområden för specifika tjänster. Ibland är till exempel kombinationen hälsa/undervisning bra medan andra gånger är hälsa/ekonom bättre.

Regionala tjänster: Det finns ett behov av bättre utnyttjande av regionala tjänster som komplement och uppbackning till såväl NPOs som utsända, särskilt vad gäller övergripande sektordialog.

Tabell 1: Befintliga (2003) och framtida behov av personalresurser på ambassaderna

LAND	Utsända	NPOs	Behov under perioden 2003–2005
Angola	50%		Oförändrat.
Burkina Faso	20%		Behov av kapacitet i Västafrika kommer att öka. Uppskattat behov cirka 50% totalt.
Etiopien		50%	Via NORAD är inte längre aktuellt och behov av utsänd kapacitet kommer att öka. Behov 50%.
Guinea Bissau			
Kenya		75%	Ev. Regional förstärkning som ev kan täcka Uganda, Kenya och Rwanda.
Malawi			Via NORAD och regional Rådgivare/Lusaka.
Mali			Se Burkina Faso
Rwanda	50%		Behov av NPO 2004.
Uganda	50 %		Akut behov av förstärkning. Behov 100% eller ev. regional del
Zambia	50%	50%	OK.
Regionalt Afrika	50%	50%	Ytterligare 1 tjänst 2004 för Östafrika, Se Kenya och Uganda.
Bangladesh	10%	100%	Mer utsänd tid behövs. Behov 50%.
Indien		75%	Behov av utsänd tid. Behov 50%.
Vietnam	75%	100%	OK.
Laos	10%		Avslutas 2003.
Guatemala	25%		OK.
Honduras	50%		OK.
Nicaragua	50%		OK.
Regionalt LA	25%		Önskvärt med mer kapacitet för att kunna hålla en högre regional profil. Behov 50–100%.
TOTALT	5,95	5,0	Totalt cirka 16,0

På ambassaderna finns idag 3 utsända handläggare i Latinamerika, 3 i Asien samt 5 i Afrika. Dessutom finns lokalanställda handläggare vid 7 ambassader. Regionala resurser finns i Afrika (0,5) och i Latinamerika (0,25). Totalt motsvarar dessa personer cirka 11 heltidstjänster. Jämförande siffror med det totala antalet fälttjänster och i förhållande till andra sektorer saknas.

Uppskattat behov som bör tillgodoses under perioden är en ökning med motsvarande 5 tjänster.

Tabell 6: Hjälsstödet 1999–2005 (MSEK).

LAND	Utbetalat				Bedömning		
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Angola	43	35	30	25	25	25	25
Burkina Faso			0	0	12	23	30
Etiopien	1	5,3	0	10	15	40	40
Guinea Bissau	1,4	2,5	1	5	2,5	2	1
Kenya	12	9	17	20	25	40	40
Malawi		3,6	6,5	40	55	60	60
Mali					10	20	20
Rwanda	14	8	18	15	5	40	40
Uganda	41	42	59	50	90	120	120
Zambia	36	72	62	60	80	80	100
Zimbabwe	16	12	7	0	0	0	0
Regionalt	26	30	76	54	55	60	60
Subtotal Afrika	190	192	276	280	375	505	567
Övrigt, Afrika*	137	156	166	151	160	170	170
TOTALT Afrika	327	357	443	431	540	650	730
Bangladesh	42	85	42	62	81	100	100
Burma/Myanmar					15	25	25
Indien	11	52	8	12	30	31	32
Laos	5	5	5	5	4	0	0
Västbanken-Gaza	15	19	19	24	24	22	22
Vietnam	43	28	63	31	25	25	25
Regionalt	13	19	45	40	40	50	50
Subtotal Asien	118	190	138	130	163	215	215
Övrigt, Asien*	70	89	146	107	120	120	140
TOTALT Asien	188	279	284	237	283	355	355
Bolivia	5,6	0	0	0	4	8	8
El Salvador	6,2	8,0	7,4	7,0	0	0	0
Guatemala	18,7	10	11	9,7	20	20	20
Honduras	8,9	8	15	15,2	16	30	24
Nicaragua	18	23	23	25,0	31	31	34
Regionalt CA	20	44	53	15	16	16	20
Subtotal LA	77,4	93	109,4	72	87	105	106
Övrigt, LA*	28,6	27	18,6	31	25	30	30
TOTALT LA	106	120	128	103	112	135	136
Subtotalt regioner DESO	385	475	523	482	625	825	888
Övrigt*	235	272	331	312	305	320	340
Globalt/DESO	141	164	164	141	140	160	175
Globalt/Övriga	99	87	89	98	100	120	120
TOTALT GLOBALT	239	251	252	239	240	280	295
Totalt Sida	932	1 145	1 222	1 098	1175	1425	1523
Multilateralt	275	313	361	630	620	650	650
TOTALT	1 207	1 457	1 583	1 728	1795	2175	2273

*Övriga länder samt lcke DESO

Att halvera fattigdomen i världen till år 2015 är vår tids största utmaning. Det kräver samarbete och uthållighet. Samarbetsländerna ansvarar för sin utveckling. Sida förmedlar resurser och utvecklar kunskap och kompetens. Det gör världen rikare.



STYRELSEN FÖR INTERNATIONELLT
UTVECKLINGSSAMARBETE

105 25 Stockholm
Besöksadress: Sveavägen 20
Telefon: 08-698 50 00
Telefax: 08-698 56 15
www.sida.se, info@sida.se