



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 22.03.2002
KOM(2002) 129 endelig

**MEDDELELSE TIL RÅDET OG EUROPA-PARLAMENTET FRA
KOMMISSIONEN**

Sundhed og fattigdomslempelse i udviklingslandene

SAMMENDRAG

Denne meddelelse skal ses på baggrund af, at fattigdomslempelse er blevet stadfæstet som det centrale mål for Fællesskabets overordnede udviklingsindsats og tilgang til udviklingsbistand i konstant udvikling. Der redegøres heri nærmere for forholdet mellem sundhed og fattigdom; det skitseres, hvilke elementer der er behov for i et sammenhængende udviklingstiltag til at forbedre sundhed og velvære, og der fastlægges for første gang en enkelt EF-policy-ramme for de ledende principper for investering i sundheds-, AIDS- og befolkningsanliggender som led i den europæiske bistand som helhed til udviklingslandene.

Sundhedsmål indtager en fremtrædende plads blandt Millennium-udviklingsmålene, som Fællesskabet, medlemsstaterne og verdenssamfundet har sat sig. Der er voksende enighed om nøgleprincipperne, som lover en mere effektiv udviklingsbistand, bæredygtig udvikling og bedre resultater på sundhedsområdet for de fattige med nye tilgange på landeplan og internationalt plan i den forbindelse. Nøgleprincipperne er: større ejerskab og inddragelse af udviklingslandene i udformningen af bistandspolitik, mindskelse af den administrative byrde for de politiske og administrative systemer gennem udvidet donorkoordination, fælles finansieringstilgange med partnerlandene, som har ansvaret for at udforme deres egen udviklingspolitik i konsultation med alle aktører (strategien for fattigdomslempelse), yderligere afbinding af bistanden, decentralisering og krav om, at donorlandene nærmer sig målet med bistand på 0,7% af BNI. Denne sundheds- og fattigdomspolitik opbygges omkring disse nøgleprincipper og skal som sådan bidrage til at realisere Millennium-udviklingsmålene.

I meddelelsen foreslås der fire mål for Fællesskabets fremtidige støtte; 1) at forbedre resultaterne på sundheds-, AIDS- og befolkningsområdet på landeplan, særlig blandt de fattigste grupper, 2) at maksimere fordelene i sundhedshenseende og minimere de potentielle negative sundhedsvirkninger af EF's støtte til andre sektorer, 3) at beskytte de mest sårbare grupper mod fattigdom med støtte til retfærdige og rimelige sundhedsfinansieringsmekanismer og 4) at investere i udvikling af specifikke globale offentlige goder.

EF's tidligere investeringer i forbedring af resultaterne på sundhedsområdet har været betydelige, og i øjeblikket drejer det sig tilsammen om et beløb på over 1,4 mia. EUR. Den tydelige forbindelse mellem bedre sundhed og fattigdomslempelse berettiger til yderligere investeringer til at bygge videre på disse omfattende erfaringer.

Der vil med de fremtidige sundhedsinvesteringer fortsat blive fokuseret på landeplan, medens EF vil engagere sig på regionalt og globalt plan, hvor dette kan være særlig fordelagtigt. På landeplan vil Fællesskabet iværksætte en lang række komplementære interventioner, herunder makroøkonomisk støtte i tilknytning til bedre sundhedsresultater, støtte til sektorer, som har en bred indflydelse på sundhedsresultaterne, og direkte støtte til sundhedssektoren. Fællesskabet vil stræbe mod at tale med én stemme på alle niveauer og mod at finde en mere effektiv måde til at arbejde med alle udviklingspartnerne på, herunder den private sektor.

Blandt særlige udfordringer kan nævnes fattigdomsfokuserede sundhedspolitikker, som gør sundhedssystemerne mere retfærdige, som garanterer et miljø, som er foreneligt med høje standarder for menneskers sundhed, og som udvider den sociale beskyttelse, nye offentlige/private partnerskabers funktionsmåde inden for sundhed, behovet for større investeringer i specifikke globale offentlige goder og overvågning af resultater.

Rådet og Europa-Parlamentet opfordres til at arbejde sammen med Kommissionen om at konkretisere retningslinjerne i denne meddelelse med henblik på at bidrage til en vedvarende støtte til sundhed og fattigdom i udviklingslandene.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	INDLEDNING	5
2.	SUNDHED OG FATTIGDOM - ET ARGUMENT FOR INVESTERING I SUNDHED.....	5
3.	DEN GLOBALE SUNDHEDSTILSTAND	7
4.	MOD EN MERE EFFEKTIV UDVIKLINGSBISTAND TIL SUNDHED.....	9
5.	EF's BIDRAG TIL BEDRE SUNDHED	12
6.	TILSYN MED INVESTERINGER OG VIRKNINGERNE AF EF's UDVIKLINGSBISTAND TIL SUNDHED	20
7.	KONKLUSIONER OG HENSTILLINGER.....	22
	Bilag 1: Millennium-udviklingsmålene.....	24
	Bilag 2: Udviklingen i EF's sundheds-, AIDS- og befolkningspolitik (1990-2000)	26
	Bilag 3: De større årsager til sygdomsforekomst og dødelighed i udviklingslandene	27
	Bilag 4: Udviklingstilgange.....	28
	Bilag 5: De større finansieringsinstrumenter til EF's støtte på sundheds-, AIDS- og befolkningsområdet	29
	Bilag 6: Sammenfatning af Fællesskabets udviklingspolitiske rammer, EU-medlemsstaternes investeringer og udviklingspolitik på sundhedsområdet	33

1. INDLEDNING

Sundhed er en afgørende faktor i den økonomiske vækst og udviklingen, medens sygdom både er årsag til og en følge af fattigdom. Her ved begyndelsen af det 21. århundrede kunne sundhedstilstanden i verden have været meget bedre. Sygdom er en meget stor byrde for udviklingslandene, og i mange tilfælde ville sygdom have kunnet forebygges eller bringes under kontrol med de disponible interventionsmidler. Svigtende helbred og for tidlig død rammer de fattige uforholdsmæssigt stærkt. I mange lande forringes situationen løbende, og i de værst ramte lande reduceres de seneste årtiers gevinster i sundheds- og udviklingshenseende betydeligt. Dette tilbageslag er at betragte som en folkesundhedskrise og en større udviklingsudfordring for verdenssamfundet. Bedre sundhedsforhold for de fattige vil være et vitalt bidrag til indsatsen for at mindske fattigdommen, og samtidig er det et moralsk krav.

De aktuelle policy-retningslinjer for investering i sundheds-, AIDS- og befolkningsanliggender er fastlagt i en række EF-meddelelser og -resolutioner fra 1994. Udviklingen i tilgangen til udviklingsbistand i europæisk og global sammenhæng og den stadig tydeligere forbindelse mellem sundhed og fattigdom berettiger til, at retningslinjerne revideres. I EF's udviklingspolitik af 2000 stadfæstes det, at fattigdomslempelse er det overordnede måde for Fællesskabets udviklingsbistand. Fællesskabet lægger i sin tilgang til bæredygtig udvikling vægt på sundhed som en indikator for forbedrede socioøkonomiske resultater og som en forudsætning for den socioøkonomiske balance, der skal ligge til grund for bæredygtig udvikling. Da der efterhånden er voksende sammenfald mellem EU-udviklingsmålene og Millennium-udviklingsmålene, ville det være hensigtsmæssigt at benytte lejligheden til at udvide koordinationen af Fællesskabets og medlemsstaternes politik og tilgang med hensyn til sundhed.

EF-investeringerne i viden om og støtte af udviklingslandenes sundheds-, AIDS- og befolkningspolitik og -programmer har været betydelige, idet EF's sundheds- og udviklingsportefølje i øjeblikket er på 1,4 mia. EUR (afsnit 6). På disse brede erfaringer kan der bygges videre med øgede investeringer til at forbedre sundhedsresultaterne ved en multisektoral tilgang på landeplan og med en yderligere indsats på regionalt og globalt plan.

Der redegøres i denne meddelelse nærmere for forholdet mellem sundhed og fattigdom. Det skitseres, hvilke elementer der er behov for i et sammenhængende udviklingstiltag til at forbedre sundhed og velvære, og der fastlægges for første gang en enkelt EF-policy-ramme for de ledende principper for fremtidig støtte til sundhed, AIDS-, befolknings- og fattigdomsanliggender som led i EF's bistand som helhed til udviklingslandene¹.

2. SUNDHED OG FATTIGDOM - ET ARGUMENT FOR INVESTERING I SUNDHED

De fattige står uden ressourcer og muligheder og forhindres i at realisere deres potentiel. De lever under usikre og udsatte vilkår og er kun lidet i stand til at modstå chok. Næsten halvdelen af verdens befolkning lever for mindre end 2 USD om dagen. På grund af begrænset adgang til uddannelse har de ringe muligheder for beskæftigelse og information, som kunne

¹ DAC-listen over udviklingslande og -territorier. ODA-modtagere pr. januar 2001.

bidrage til at forbedre deres velvære. Geografisk og social udelukkelse begrænser yderligere adgangen til jobs og markeder. Svigtende helbred og for tidlig død på grund af dårlig ernæring, ringe hygiejne, mangel på rent vand, usund livsstil og utilstrækkelig sundhedspleje repræsenterer et betydeligt tab af menneskelig kapital. Alle sociale indikatorer er ringere for de fattige, hvor kvinder og piger ofte er de mest ugunstigt stillede.

Sundhedstilstanden hos den enkelte og i befolkningen som helhed er yderst afgørende for økonomisk vækst og social udvikling. Der er en nær indbyrdes forbindelse mellem investeringer i folkesundhed, bedre sundhedsresultater og økonomisk vækst. Et bedre helbred bidrager til bedre livskvalitet, udvidede muligheder og et sikkert levebrød. Der består en lignende forbindelse mellem miljøets tilstand og sundhedstilstanden hos folk, som er udsat for dette miljø. Efterhånden som sundhedsforholdene bedrer sig, investerer forældre mere i uddannelse. En øget intellektuel udvikling og fysisk velvære fører til større arbejdsproduktivitet, øget indtægt pr. indbygger og forlænger den enkeltes økonomisk produktive liv. Bedre sundhed fører til en lavere fertilitetskvotient og reducerer forsøgerbyrden. Dødeligheden blandt spædbørn og børn er særlig påvirkelig over for økonomisk sikkerhed, idet der forekommer en lavere spædbørnsdødelighed, når den økonomiske vækst er højere og befolkningstilvæksten langsommere. En sund befolkning kan forbedre det sociale velvære og den makroøkonomiske stabilitet gennem øgede skatteindtægter og en mindre byrde af sundhedsrelaterede udgifter.

Svigtende helbred beforder fattigdom på mange måder - direkte og indirekte. Svigtende helbred, dårlig ernæring og høj fertilitet gør, at familier bliver og forbliver fattige. De fattige bærer den største byrde i forbindelse med overførbare sygdomme, har det højeste fertilitetsniveau, ofte for at kompensere for en stor dødelighedskvotient i barndommen, og den højeste dødelighedskvotient blandt børn og mødre. De har den ringeste adgang til officiel sundhedspleje og har tendens til ikke at udnytte den disponible sundhedsservice tilstrækkeligt, særlig den forebyggende service, som eventuelt ikke synes at opfylde deres umiddelbare behov. De fattige har kun ringe evne til at klare sig økonomisk over for katastrofal sygdom, der kan føre til gæld og dyb fattigdom, som det er vanskeligt at slippe ud af. I Østasien skyldes 50% af økonomiske kriser i familierne sådanne begivenheder. De fattige er også de mest sårbare over for natur- og menneskeskabte miljøchok. De lever ofte i økologisk skrøbelige områder, og sådanne chok kan tvinge dem ud i endnu dybere fattigdom.

En tung sygdomsbyrde reducerer den økonomiske vækst og begrænser yderligere de ressourcer, som staten har til rådighed til at investere i folkesundhed eller fattigdomslempelse. Verdensbanken anslår, at mange afrikanske lande kan miste 0,5-1,2% vækst pr. indbygger om året på grund af HIV/AIDS alene, og der er måske endnu ikke taget hensyn til de fulde virkninger. Malaria i Afrika syd for Sahara forårsager direkte et tab på 7,4% af den samlede BNI. Der er en voksende bevidsthed om, som yderligere er dokumenteret med arbejde, som for nylig er blevet foretaget af WHO's Commission on Macroeconomics and Health (CMH)², at disse virkningers omfang og varighed er meget større end tidligere troet. Det samlede afkast af sundhedsinvesteringer i udviklingslandene anslås af CMH til 18% om året. CMH har desuden foretaget en konservativ beregning, hvorefter en større global indsats til at tackle undgåelige sygdomme ville kunne skabe en ekstraintægt på mindst 168 mia. USD om året. Mere specifikke skøn viser f.eks. en årlig samlet besparelse på 1,5 mia.

² Commission on Macroeconomics and Health, Interim Report af oktober 2001, Final report af december 2001.

USD om året, når poliomyelitis er udryddet og al kontrol er indstillet³. I disse skøn er der ikke taget hensyn til de yderligere gevinster i form af bedre udsigter for den økonomiske vækst.

3. DEN GLOBALE SUNDHEDSTILSTAND

Forbedringer i den globale sundhedstilstand, omend udjævnt fordelt, og nye trusler

I de sidste 40 år er der registreret en **forbedring uden sidestykke** i den globale sundhedstilstand. Livsforventningen, særlig i udviklingslandene, er vokset, fertiliteten er faldet, spædbørns- og børnedødelighedskvotienten er halveret, underernæringskvotienterne er faldet med en tredjedel og 70% af befolkningen har nu adgang til sikkert drikkevand, hvilket er en fordobling. Der har været positive resultater på folkesundhedsfronten; kopper er udryddet, og det vil sikkert også snart være tilfældet med polio. **Men gevinsten er ikke ligeligt fordelt.** I mange udviklingslande er spædbørnsdødeligheden stadig 20 gange så høj som i de udviklede lande, underernæring og sygdom er udbredt, og halvdelen af befolkningen har ikke adgang til sikkert drikkevand og sanitet.

Globaliseringen byder på et enormt potentiel men indebærer også betydelige udfordringer for alle samfund, udviklede som i udvikling. Sundhedsforholdene kan yderligere forbedres gennem en udvidet videndeling, bedre adgang for udviklingslandene til verdensmarkederne, øgede investeringer i sundhed og uddannelse og fødevarerikkerhed samt udvikling af nye livsbevarende teknologier. Men der er også den voksende sociale, miljømæssige og sundhedsmæssige trusler fra f.eks. HIV/AIDS-pandemien, den stigende mikrobielle resistens og ny- eller genopståede smitsomme sygdomme, faglært arbejdskrafts migration, miljøforringelse, underminering af traditionel praksis og adgangen til lægemidler til en overkommelig pris. **Udfordringen 'bæredygtig udvikling'** er mest udtalt i udviklingslandene. Utilstrækkelig beslutsomhed i bekæmpelsen af skævheder mellem landene og inden for landenes grænser er ikke blot en stranding i sig selv, men det kan også underminere hidtil opnåede fremskridt.

Faktorer, som påvirker de fattiges sundhed og velvære

Et begrænset antal sygdomme, som kan forebygges eller kontrolleres, men som vedvarende kræver store sygdomsofre og før tidlig død, udgør størstedelen af sygdomsbyrden for de fattige:

1) **overførbare sygdomme** som HIV/AIDS, malaria og tuberkulose, akutte respirationsinfektioner, diarré sygdomme, parasit sygdomme og sygdomme, som kan forebygges med vaccine, hvilke alle rammer de fattige uforholdsmæssigt stærkt, 2) **reproduktiv sundhed**, herunder seksuelt overførte infektioner, abort og mødres sundhed, som berører fattige kvinder mest, 3) **ernæringsmangler**, som berører fattige børn mest, 4) **livstilsbetinget sygdom**, særlig som følge af øget tobaksforbrug i udviklingslandene. Kendetegnene ved og omfanget af disse er nærmere beskrevet i bilag 3.

³ Økonomisk analyse af sygdomsudryddelse er fortsat et problematisk og til dels et kontroversielt anliggende. Dette tal stammer fra den mest komplette analyse, der foreligger, omend den i første række er rettet mod cost/benefit-forholdet i de industrialiserede lande. Fra: Theme Papers, Disease eradication as a public health strategy: WHO 2000, 78(3).

Blandt andre problemer, som bidrager til de fattiges sygdomsbyrde og påvirker deres velvære, kan nævnes:

Høj befolkningstilvækst lægger et enormt pres på samfundene, især mange af dem, der er plaget af den største sygdomsbyrde. Verdens befolkning er blevet tredoblet fra 2 milliarder til 6,1 milliarder i de sidste 70 år⁴ og vil nå op på 9,3 milliarder inden 2050, med 95% af tilvæksten i udviklingslandene. En hurtig befolkningstilvækst betyder, at familierne investerer mindre i de enkelte børn, hvilket påvirker sundheds- og uddannelsesudsigterne, giver lavere fødevareproduktion og ødelægger miljøet. Andelen af ældre, fattige og unge under 18 år, som udgør 50% af befolkningen i udviklingslandene, vil stige.

Sundheds- og kønskløften. Ca. 70% af verdens fattige er kvinder og piger⁵. De er i højere grad udsat for svigtende helbred, har ringere adgang til sundhedsydelser og lever i en ond cirkel af sygdom, barnefødsler med en høj sygdomsfrekvens og dødelighedskvotient og hårdt arbejde. Mødres situation i forbindelse med svangerskab er det klareste eksempel på den vedvarende urimelige ulighed i køns- og sundhedsstillingen. Hver gang en moder dør i barselsseng, påføres familien yderligere skavanker, vedvarende dårligt helbred og langvarige konsekvenser. Der er en stærk forbindelse mellem uddannelse af kvinder og benyttelse af (reproduktive) sundhedsydelser, sundhedsstilling og børnedødelighed blandt fremtidige generationer, og dog er det drenge, der frem for piger modtager en uddannelse. Uddannelse påvirker kønsforholdet positivt og evnen til at foretage et velorienteret valg.

Miljøfaktorer er ansvarlige for 20% af den samlede sygdomsbyrde i udviklingslandene og 30% i Afrika syd for Sahara. Manglende adgang til drikkevand til en overkommelig pris og sanitet er en af hovedårsagerne til dårligt helbred og livstruende sygdomme i udviklingslandene. Vandbetingede sygdomme dræber ifølge skøn 3 millioner mennesker om året, hovedsagelig små børn, og bedre adgang til drikkevand er den største sundhedsprioritet for de fattige. Uden en målrettet indsats til at fremme en bedre energiforsyning og -udnyttelse vil den voksende befolkning betyde større drivhusgasemissioner i takt med det øgede energiforbrug; dette vil yderligere bidrage til klimaændringer. Som følge heraf kan der opstå en yderligere spredning af sygdom med smittebærere, eventuelt malaria i områder, hvor sygdommen tidligere var blevet udryddet, øget risiko for oversvømmelse, jordbundsforringelse og konflikt.

Den udvidede brug af gødningsstoffer og insektbekæmpelsesmidler, som er nødvendig til at øge afgrøderne, forstyrrer yderligere den økologiske balance. Det globale tab af biodiversitet underminerer også sundheden og produktionskapaciteten. Brugen af traditionel biomasse til madlavning og opvarmning tegner sig for over halvdelen af energiforbruget i mange udviklingslande og udgør en større sundhedsrisiko, særlig for kvinder og børn, som følge af den ringe luftkvalitet indendørs på grund af røg. Mangel på kontrol med miljøvirkningerne af industrialisering kan direkte eller indirekte føre til yderligere trusler mod menneskers sundhed. Alle disse faktorer har en uforholdsmæssigt stærk indflydelse på de nuværende og fremtidige levebrødsmuligheder for de fattige, som i alt for høj grad er afhængige af indtægter af primære miljøressourcer.

Den nuværende investering i sundhed i udviklingslandene, som påvirker interventioner inden for folkesundhed, personlige sundhedsydelser og uddannelse, er utilstrækkelig og ofte

⁴ UNFPA, The State of the World Population, 2001.

⁵ UNDP, Human Development Report: Gender and Human Development, 1995.

ineffektiv. Udviklingslandene står over for et vanskeligt valg, når budgettet ikke er tilstrækkeligt til at tilbyde befolkningen et minimalt sundhedssystem. Planlægningen er ofte overambitiøs, utilstrækkeligt underbygget med ressourcer og prioriterer ikke interventioner, der skal give det bedste afkast i form af sundhedsresultater og fattigdomslempelse. Man er efterhånden ved at få et klarere syn på, hvad det koster at levere sundhedsydelser. CMH har anslået, at der er behov for 30-40 USD pr. indbygger i offentlige investeringer i et absolut minimalt sundhedssystem, som kan bidrage til væsentligt at reducere antallet af undgåelige dødsfald i lavindkomstlandene⁶. WHO er nået til et tal på 60 USD pr. indbygger⁷ for et mere alsidigt sundhedssystem. Dette skal ses i forhold til de gennemsnitlige udgifter i de 49 mindst udviklede lande (LDC) på 11 USD om året⁸. Der er klart utilstrækkelige ressourcer til rådighed, omend i meget varierende omfang. De afrikanske ledes tilsagn på Abuja-topmødet⁹ om at afsætte 15% af de nationale budgetter til sundhed er yderst velkomment. Processen for en forøgelse af de indenlandske indtægter og brug heraf til de sociale sektorer vil imidlertid skulle støttes i meget større omfang af verdenssamfundet, indtil der er nået et bæredygtigt udviklingsniveau.

4. MOD EN MERE EFFEKTIV UDVIKLINGSBISTAND TIL SUNDHED

Fattigdomslempelse som et centralt mål og klare internationale målsætninger

Sundhed og behovet for en radikal forbedring af sundhedsresultaterne for de fattige står højt på den internationale udviklingsdagsorden og har været et fremtrædende emne i **internationale udviklingsfora** i de senere år, herunder FN-konferencer og ekstraordinære samlinger i Cairo, Beijing og København, New York samt G8-topmøder. Topmødet i Johannesburg byder på endnu en lejlighed til at understrege forbindelsen mellem sundhed og bæredygtig udvikling på globalt plan og særlig at demonstrere EU's erfaringer med bæredygtig udvikling. For nylig har medlemmerne af Verdenshandelsorganisationen bekræftet, at TRIPs-aftalen¹⁰ ikke forhindrer og ikke bør forhindre udviklingslandene i at træffe foranstaltninger til at beskytte folkesundheden.

De fleste stater og internationale organisationer har sat sig for at realisere de otte ambitiøse og indbyrdes forbundne **Millennium-udviklingsmål** (se bilag 1). Et centralt element i disse mål er at halvere den andel af mennesker, der lever i dyb fattigdom, inden 2015. Sundhedsmål indtager en fremtrædende stilling og understreger forbindelsen mellem fattigdomslempelse i almindelighed og investeringer i sundhed. De aktuelle trends antyder, at målene kun kan opfyldes med en mere effektiv udnyttelse af eksisterende interventioner sammen med en kraftig forøgelse af investeringerne og mere effektive tilgange til folkesundhed og incitament i tilslutning dertil. Det videre arbejde med at opfylde målene og målsætningerne og omsætte de internationale tilsagn i en strategi med mellemliggende og nationale sundhedsindikatorer er en løbende proces, som kræver et konstant tilsyn og regelmæssig evaluering. Dette beskrives nærmere i afsnit 6.

⁶ *Commission on Macroeconomics and Health*, 2001. NB.: Dette omfatter ikke vigtige elementer som familieplanlægning, tertiære hospitaler og skadestuer, som også skal udgøre en del af et fuldt funktionelt sundhedssystem. Lavindkomstlande - BNI pr. indbygger under 760 USD i 1998.

⁷ World Health Report, 2000.

⁸ *Commission on Macroeconomics and Health*, 2001. NB.: Dette omfatter de samlede investeringer fra den offentlige og private sektor og fra donorer.

⁹ Det afrikanske topmøde om HIV/AIDS, tuberkulose og andre smitsomme sygdomme, Abuja, april 2001.

¹⁰ Aftale om handelsrelaterede intellektuelle ejendomsrettigheder og WTO-ministererklæringen om TRIPs-aftalen og folkesundhed, vedtaget i Doha den 14. november 2001, punkt 4.

Forbedring af udviklingsbistandens gennemslagskraft inden for sundhed

Tilgange til udvikling

Der følges nu på landeplan og globalt plan en række tilgange, der åbner mulighed for at levere en mere effektiv udviklingsbistand og bedre sundhedsresultater for de fattige. Se nærmere herom i bilag 4¹¹.

På landeplan er **øget ejerskab, god forvaltningspraksis og ansvarlighed** kritiske forudsætninger for udviklingens nyttevirkninger og gennemslagskraft. Der skabes større mulighed for **policy-sammenhæng** på tværs af sektorerne med **strategierne for fattigdomslempelse** (der afspejles de nationale udviklingsrammer og i givet fald i **strategidokumenterne vedrørende fattigdomslempelse**) som vejledning for alle donorer. Strategierne for fattigdomslempelse giver mulighed for at sikre, at de relevante politikker og investeringer i **sektorer, der influerer på sundhed**, f.eks. uddannelse, fødevarerikkerhed, drikkevand og sanitet, rene energikilder til husholdningsbrug, beskatning, handels- og investeringspolitik og mikrokreditgivning er sammenhængende og virker til forbedring af sundheden. På globalt plan er der behov for at fremme **sammenhængen i de internationale udviklingspolitikker og -institutioner** og inden for de multilaterale regler og traktater om handel og investeringer, økonomisk udvikling, miljø, beskyttelse af intellektuel ejendomsret og arbejdspolitik.

En udvidet støtte af **sektortilgange (SWAp)** byder på yderligere muligheder for at øge bistandens nyttevirkning og gennemslagskraft, selvom erfaringerne dermed endnu er begrænsede, og de ikke egentligt fokuserer på de fattige. Harmonisering af donorenes operationelle politikker og -procedurer, bedre målretning af bistanden, donorkoncentration i tilfælde, hvor det kan give de bedste resultater, **yderligere afbinding af bistanden og større gældslettelse**¹² er andre indgreb, der er nødvendige til at øge bistandens gennemslagskraft. Informations- og kommunikationsteknologier kan også anvendes som redskab til at gøre ressourceforvaltningen mere effektiv og til at indføre passende informationssystemer såvel som inden for tjenester for sundhedspleje, navnlig med fjernapplikationer.

Sundhedspolitik med fokus på de fattige

Regeringerne må **sikre, at sundhedspolitikkerne er koordinerede og fokuserer på de fattige**. Adgang til personlige og ikke-personlige sundhedsydelser, fremme af politikken i andre sektorer, som influerer på sundhed til særlig fordel for de fattige og redelige finansieringsmekanismer, som kan nedbringe byrden ved brugen af sundhedsydelser indgår alle i en sundhedspolitik med fokus på de fattige.

De fattigdomsfokuserede strategier indebærer en målretning af ydelserne til de fattige, bekæmpelse af fattigdomsbetingede sygdomme og/eller reallokering af ressourcer til fattigere geografiske områder. De klassiske folkesundhedsinterventioner er i sig selv fattigdomsfokuserede. Som eksempel kan nævnes miljøkontrol, offentlig information om

¹¹ Se nærmere om baggrunden for nøgleprincipperne for indfrielse af fattigdoms- og udviklingstilsagnene i De Forenede Nationers Millennium-erklæring i rapporten fra *High-Level Panel on Financing for Development*, udarbejdet af E. Zedillo, De Forenede Nationers generalforsamlings 55. samling den 26.7.2001.

¹² Den vedvarende gældsbyrde lægger hindringer i vejen for udviklingsbestræbelserne, og initiativet vedrørende de stærkt gældstyngede lande (HIPC), der blev lanceret i 1996, sigter mod gældslettelse for verdens fattigste og mest gældstyngede lande, som dermed kan investere gældsbesparelserne i de sociale sektorer.

sundhedsrisici, regulering af sundhedsserviceleverandører, programmer for fødevareforstærkning og adgang til drikkevand og sikkerhed på arbejdspladsen.

En udvidelse af den sociale beskyttelse, herunder **retfærdige og rimelige finansieringsmekanismer** kan bidrage til at fjerne barrierer, anspore de fattige til at gøre brug af sundhedstjenesterne og beskytte dem mod risikoen for forarmning på grund af udgifter til sundhedspleje. I de fleste fattige lande er skattefinansieringen af sundhedspleje utilstrækkelig. De begrænsede ressourcer har i mange lande betydet, at der er indført et element af omkostningsdeling sammen med sikkerhedsnet til at sikre, at basisydelserne fortsat er overkommelige i pris. Brugerbetaling for de fattige bør gradvis indskrænkes, og gensidig fordeling af beskyttelse mod risici bør udvides gennem samfundsbaseede, private, sociale og nationale forsikringsordninger. Det er vigtigt at sørge for, at de offentlige udgifter rettes mod aktiviteter, som med størst sandsynlighed kan bidrage til bedre sundhedsresultater for de fattige, og at budgettildelingerne afspejler befolkningsfordelingen, sygdomsbyrden, omkostningerne ved ydelserne og fattigdomsniveauet.

Et sundt miljø

Dårligt helbred kan forbedres ved hjælp af bedre kontrol med miljøet, særlig hvad angår vand- og luftkvaliteten, ved at styre forurening fra industrialisering, som ofte er under for ringe kontrol.

Opfordre til større ansvar hos virksomhederne

I de senere år er der registreret en betydelig vækst i kapitalbevægelserne rundt om i verden med mere end en tredobling af de udenlandske direkte investeringer i forhold til udviklingsbistanden. Multinationale virksomheder kan bidrage betydeligt til den økonomiske udvikling i udviklingslandene. De positive virkninger af disse investeringer for bæredygtig udvikling i almindelighed og de sociale standarder i særdeleshed kan optimeres gennem passende regulering, som ansporer virksomhederne til at anvende højere standarder for social ansvarlighed. En måde til at stimulere god praksis er at tilskynde europæiske virksomheder til at følge OECD's retningslinjer for udenlandske investorer¹³.

Vende den faldende tendens i udviklingsbistanden som helhed

Der sker en ny og samordnet indsats fra Fællesskabets og dets medlemsstaters side for at indfri det mangeårige tilsagn om at afsætte 0,7% af BNI til udvikling (Rådets erklæring af november 2001). Bistandsniveauerne er faldet i en stor del af 1990'erne, således at donorerne pr. 2000 kun tildelte 0,22% af BNI (53,06 mia. USD)¹⁴ til udviklingsformål. EU bidrager med 0,33% af BNI (25,4 mia. USD). Ikke nok af denne udviklingsbistand kommer de lande, der har mest brug for den, til gode - bistanden til de fattigste lande udgjorde i 1999 kun 0,06% af BNI. Hvis målet med 0,7% realiseres, kunne der tilvejebringes yderligere 125 mia. USD om året. Skøn fra Verdensbanken antyder, at der til at realisere det grundlæggende mål med halvering af fattigdommen inden 2015 kræves en hurtig fordobling af ODA¹⁵.

Investering i globale offentlige goder

¹³ OECD Guidelines for Multinational Enterprises: Revision 2000.

¹⁴ OECD's komité for udviklingsbistand (DAC), april 2000.

¹⁵ *Financing for Development*, rapport fra Verdensbanken og IMF, august 2001.

Det erkendes i stigende grad, at globale offentlige goder (GPG) er af stor betydning, særlig i relation til behovet for at fremme forskning i og udvikling af nye produkter. Det forudsætter nye incitamenter til erhvervslivet, nye innoverende approaches og partnerskaber og nye finansieringsinstrumenter. I øjeblikket afsættes under 10% af sundhedsforskningsbudgetterne i både den offentlige og private sektor til sundhedsproblemer i udviklingslandene. Kun 2% af midlerne til forskning og udvikling på verdensplan går til forskning i de større overførbare sygdomme¹⁶. Investeringer i udvikling af f.eks. en AIDS-vaccine eller i udryddelse af polio viser imidlertid, hvordan ressourcerne kan komme alle samfund til gode og derfor ikke alene bør komme fra eksisterende udviklingsbistand eller offentlig finansiering. Blandt hastende behov kan nævnes vacciner og nye lægemidler og diagnoseformer i forbindelse med HIV/AIDS, malaria og tuberkulose. I EF-handlingsprogrammet for overførbare sygdomme slås der til lyd for et stærkt fokus på GPG sammen med andre aktioner til at forbedre virkningerne af eksisterende interventioner og adgang til lægemidler til en overkommelig pris. EF-finansieringsmidler til klinisk udvikling af AIDS- og malariavacciner i det sidste rammeprogram er et godt eksempel på EF-investering i GPG.

Partnerskaber mellem den offentlige og private sektor

Der er dannet et stigende antal globale partnerskaber mellem den **offentlige og private sektor** til at tackle de større folkesundhedsudfordringer og gribe ind over for specifikke problemer. Som eksempel kan nævnes det nye STOP TB-partnerskab, Roll Back Malaria, det internationale AIDS-vaccineinitiativ (IAVI) og Medicines for Malaria Venture. Mange af de europæiske FoU-klynger for vaccine, der finansieres under femte rammeprogram, er effektivt virkende partnerskaber mellem det offentlige og det private med deltagelse af en eller flere private erhvervspartnerne. Den filantropiske Gates-fond har i vid udstrækning finansieret Global Alliance on Vaccines and Immunisation (GAVI), som har sat ny gang i vaccinationerne på verdensplan. Den for nyligt etablerede globale fond til bekæmpelse af HIV/AIDS, malaria og tuberkulose er det seneste internationale partnerskab af denne type. Nogle af partnerskaberne er begyndt at give resultater, men der består en fare for, at de mange forskellige systemer, der hvert især fokuserer på et forskelligt anliggende eller en forskellig sygdom, kan give problemer med hensyn til manglende sammenhæng.

Partnerskaber mellem det offentlige og det private spiller i almindelighed en stigende rolle på landeplan, som styrker processen i landet og hjælper til at opbygge rimelige sundhedssystemer.

5. EF'S BIDRAG TIL BEDRE SUNDHED

Formålet med **Det Europæiske Fællesskabs udviklingspolitik**¹⁷, som fremgår af den fælles erklæring af november 2000 (bilag 6), er at bidrage til bekæmpelse af fattigdom gennem støtte til bæredygtig økonomisk, social og miljømæssig udvikling og integration af udviklingslandene i verdensøkonomien. **Nogleprincipperne** for bistanden og den fattigdomsorienterede politik er at skabe det rette klima for vækst og bekæmpelse af fattigdom som skitseret i afsnit 4. I nærværende afsnit belyses en række EF-prioriteter for opnåelse af bedre sundhedsforhold på landeplan, regionalt og globalt plan og nye metoder til at arbejde med medlemsstaterne og andre partnere, herunder internationale organisationer, FN, civilsamfundet og den private sektor.

¹⁶ Global Forum for Health Research, 1999.

¹⁷ Det Europæiske Fællesskabs udviklingspolitik, KOM(2000) 212.

Grundlaget for EF's sundheds- og fattigdomspolitik - øgede investeringer i bedre sundhedsresultater

De aktuelle EF-policy-retningslinjer for støtte til sundheds-, AIDS- og befolkningsanliggender er fastlagt i en række EF-meddelelser og -resolutioner fra 1994 (bilag 2). Støtten har igennem årene udviklet sig bort fra det oprindelige fokus på udvikling af sundhedsinfrastruktur til levering af grundlæggende sundhedsydelser, styrkelse af institutioner og udvikling af menneskelige ressourcer. Specifik støtte til HIV/AIDS-politik og -programmer har været en konstant kendetegn, hvor en bredt anlagt støtte har omfattet indkøb af vigtige lægemidler, rehabilitering, sundhedsfinansiering og styrkelse af sundhedssystemer.

I den senere tid har EF indhøstet erfaringer i de enkelte lande med en sektorspecifik og fælles- eller samfinansiering med andre donorer og på globalt plan med udformning af politik og strategier og således bidraget aktivt til at influere på den internationale politik og eksterne kohærens. Kommissionen har i stigende grad spillet en rolle som koordinator på EF-plan i sundheds- og udviklingsanliggender og har opbygget et nært samarbejde med civilsamfundet og dialog med den private sektor. EF-handlingsprogrammet for overførbare sygdomme inden for rammerne af fattigdomslempelse, som blev offentliggjort i februar 2001, afspejler denne indsats.

De overordnede mål for EF's sundheds- og fattigdomspolitik er:

- at forbedre resultaterne i sundheds-, AIDS- og befolkningsanliggender på landeplan, særlig blandt de fattigste
- at maksimere fordelene i sundhedshenseende og minimere de potentielle negative sundhedsvirkninger af EF's støtte til andre sektorer
- at beskytte de mest sårbare grupper mod fattigdom med støtte til retfærdige og rimelige sundhedsfinansieringsmekanismer
- at investere i udvikling af specifikke globale offentlige goder.

Til at realisere ovennævnte mål har EF fastlagt en række indbyrdes forbundne og forstærkende prioriteter, hvor EF-interventioner er af særlig værdi. EF-investeringerne i sundhed vil fortsat fokusere på landeplanet, og støtten til aktiviteter på regionalt og globalt plan vil styrke og supplere landenes og samfundenes sundhedsrelaterede målsætninger. EF's interventioner forventes i almindelighed at blive udvidet. Desuden vil Fællesskabet bestræbe sig yderligere på at tale med én stemme (Fællesskabet og medlemsstaterne) på landeplan og regionalt plan og i internationale fora.

Fokus på landeplan

Fællesskabet har et stærkt og langsigtet partnerskab med og er til stede i de fleste udviklingslande. Fællesskabet vil levere støtte på lang sigt til politik og praksis, som byder på de bedste sundhedsresultater for de fattige, og vil prioritere aktioner over for følgende sundhedsproblemer, som har en uforholdsmæssig stor indvirkning på de fattige:

- fremme af folkesundheden - særlig forebyggende foranstaltninger, herunder uddannelse og information om sygdomsspredning, og kontrol med tobak

- styrkelse af sundhedssystemerne for at forbedre adgangen til kvalitetsservice
- fokusering af sundhedsfinansieringen på de fattige og social beskyttelse
- overførbare sygdomme - særlig integrering af HIV/AIDS, malaria og tuberkulose
- reproduktiv og seksuel sundhed og rettigheder - særlig mødres sundhed.

Der vil på ovennævnte felter blive sat ind med:

- en alsidig tilgang i forbindelse med programmeringen på landeplan, hvor alle ressourcer og instrumenter til støtte af en nationalt ejet sundhedspolitik så vidt muligt vil blive knyttet sammen
- en udvidet dialog om makroøkonomisk politik i de enkelte lande med opmærksomheden specielt rettet mod de sociale sektorer, særlig sundhed og uddannelse, for at opretholde og om muligt at øge budgetterne for de sociale sektorer og at arbejde på at gøre deres fordeling mere retfærdig
- at sørge for, at landestrategidokumenterne (CSP) afspejler principperne for EF-støtten til sundheds-, AIDS- og befolkningsanliggender i udviklingslandene¹⁸
- at sørge for sammenhæng i planlægningen, program- og projektudformningen og -gennemførelsen mellem sundhedssektoren og andre sektorer, som specielt influerer på sundhedsresultaterne
- at opretholde og om muligt øge støtten til sundhed i udviklingslandene
- at øge støtten til udvikling af de menneskelige ressourcer og opbygning af den institutionelle kapacitet
- udvidet støtte til overvågning af de nationale budgettildelinger til de sociale sektorer og forbedring af sundhedsresultaterne som led i PRSP
- at yde støtte til at skaffe og administrere ny viden, kapacitetsopbygning og udbredelse af den bedste praksis på grundlag af evidensbaserede tilgange i udviklingslandene.

Fællesskabets bistand vil blive rettet mod lavindkomstlandene¹⁹, men prioriteringen vil blive fleksibel, og der vil også blive taget hensyn til kriterier, som ikke er baseret på indkomst. I mellemindkomstlandene²⁰ vil der blive lagt vægt på reform af sundhedssystemerne, så de bliver mere retfærdige og effektive, sammen med støtte til befolkningsgrupper med ringe sundhedsresultater.

Fællesskabet vil arbejde nært sammen med udviklingspartnerne, herunder regeringen, civilsamfundet og den private sektor og i givet fald tilskynde til regelmæssige fora til høring af aktørerne. Det vil skabe de bedst mulige muligheder for fælles arbejde med medlemsstaterne og andre donorer.

¹⁸ Se retningslinjerne for programmering: EF-støtte til sundheds-, AIDS- og befolkningsanliggender, oktober 2001.

¹⁹ Lavindkomstlande - BNI pr. indbygger under 760 USD i 1998.

²⁰ Mellemindkomstlande - BNI pr. indbygger 761-3030 USD i 1998 (lavere mellemindkomst) og 3031-9360 USD i 1998 (højere mellemindkomst).

Den landespecifikke tilgang, støttens omfang og de benyttede instrumenter (bilag 5) vil blive afpudset på baggrund af kvaliteten af den makroøkonomiske forvaltning og budgetforvaltningen, afhængigheden af bistand, kvaliteten af sektorpolitik og -forvaltning i landet. Både budgetstøtten, støtten til den sociale sektor, program- og projektstøtten kan være komplementære, så længe de begge støtter en national politik. Hvor det ikke er egnet at yde budgetstøtte, rettes Fællesskabets finansiering mod programmer og projekter inden for nationale rammer og fokuseres på kapacitetsopbygning. Hvor de nationale rammer ikke er på plads, vil Fællesskabet lette en udvikling i retning af en sektorspecifik tilgang. I de fleste udviklingslande vil Fællesskabet, så længe opbygningen af kapacitet og tillid står på, tilbyde en blandet portefølje (projekter, fælles sektormidler, øremærket budgetstøtte).

I lyset af den igangværende reform af Kommissionens delegationstjeneste, som omfatter dekoncentration af forvaltningen af den eksterne bistand, vil delegationerne blive udvidet til at klare opgaverne med social udvikling.

Regional merværdi

Det Europæiske Fællesskab er indbegrebet af EU's kollektive erfaringer med regional integration. Fællesskabet kan spille en særlig rolle med støtte til regional integration til at behandle grænseoverskridende udfordringer. Blandt tidligere og nuværende regional støtte fra EF kan nævnes HIV/AIDS i Sydafrika, malariaforebyggelse i Sydøstasien, reproduktiv sundhed i Asien og vaccinations- og lægemiddelpolitik og -praksis i Vestafrika. Følgende områder, hvor en regional tilgang kan være af særlig værdi, kommer i første række i betragtning til EF-støtte:

- forsøg med reform af sundhedssektoren og metoderne for levering af sundhedspleje og redskaber med berøring til folkesundhedsprioriteterne; decentralisering, udvikling af de menneskelige ressourcer, overvågning og vurdering af resultaterne i forbindelse med social udvikling
- befolkningsundersøgelser, integreret sygdomsovervågning og epidemi-beredskab
- spørgsmål vedrørende lægemiddelpolitik, herunder lægemiddelregulering, regionale indkøb og kapacitetsopbygning med henblik på anvendelse af TRIPS-aftalen
- støtte til forskning, udvikling, levering og beskyttelse af offentlige goder, særlig AIDS- og malariavacciner, men også viden og uddannelse, fødevarerikkerhed, miljø, fred og sikkerhed, finansiel stabilitet.

Der vil på ovennævnte felter blive sat ind med:

- at levere input til de regionale økonomiske partnerskabsaftaler for at sikre, at sundhedsanliggender behandles på passende måde
- at yde støtte til en kritisk analyse af de regionale institutioners kapacitet
- at opbygge partnerskaber med regeringer, regionale institutioner, multilaterale og bilaterale organisationer, FN, civilsamfundsgrupper, udviklingsbanker og den private sektor
- at yde støtte til at skaffe og administrere ny viden, kapacitetsopbygning og udbredelse af den bedste praksis på grundlag af evidensbaserede tilgange.

De eksisterende EF-finansieringsinstrumenter er tilstrækkelige til at støtte regionale aktiviteter. EF vil udforske, hvordan der kan leveres regional faglig bistand gennem samarbejdsarrangementer med medlemsstaterne. Tidligere og nuværende erfaringer, hvorefter interesserede medlemsstater udstationerer regionale sundhedsekspertter til en EF-delegation, har vist, at det er en yderst effektiv fremgangsmåde, og der vil blive udforsket yderligere ordninger. Man vil også se nærmere på andre ledsageforanstaltninger i forbindelse med en sektortilgang på linje med strategierne for fattigdomslempelse.

Koordination, komplementaritet og synergi med medlemsstaterne

Medlemsstaterne har baseret sig på deres forskellige baggrunde og erfaringer ved udformningen af deres udviklingspolitik. Det har betydet, at de følger en række forskellige tilgange til forbedring af sundhedsresultaterne i udviklingslandene (bilag 6). Der er således stor forskel på, hvor deres styrke og ekspertise ligger, men der er en udtalt komplementaritet og synergi mellem dem og taget sammen med Fællesskabet repræsenterer de en righoldig samling af viden, ressourcer og erfaringer, som der kan drages på.

Der er ganske vist stadig forskelle med hensyn til tilgang og instrumenter, men der er i stigende grad sammenfald i opfattelsen, hvad angår Millennium-udviklingsmålene. Efterhånden som samarbejdet om sundhed på europæisk plan udvides, vil større konsensus og øget koordination og komplementaritet skabe muligheder for at opbygge optimal praksis og maksimere virkningerne af den europæiske udviklingsbistand inden for sundhed.

På **landeplan** skal koordinationen af programmeringen ske under landestrategiprocesen. **Landestrategidokumentet** er det vigtigste flerårige instrument til at lede, forvalte og revidere EF's udviklingsbistand. Det bygger på eksisterende nationale udviklingsrammer, i givet fald også PRSP. Det er udarbejdet sammen med regeringerne og i samråd med medlemsstaterne, andre donorer og civilsamfundet. Partnerskab, koordination og samfinansieringsmuligheder mellem EU-medlemsstaterne er fænomener, som forekommer hyppigere, efterhånden som der sker et skift i retning af sektorstøtte og i nogle lande budgetstøtte. Et styrket EF-partnerskab i de forskellige lande kan lette den operationelle koordination, harmonisering af procedurer, fælles overvågning og i sidste ende fælles finansiel støtte.

I **hovedkvarteret og i delegationerne** har erfaringerne med koordination i de senere år i ekspertgrupper og som led i partnerskaber med multilaterale organisationer givet håndgribelige resultater. EF-ekspertergruppen vedrørende sundheds-, AIDS- og befolkningsanliggender til uformel drøftelse af prioriteter og konsultationer om politik og strategi bør udbygges. Den samlede optræden i internationale policy-dialoger bør styrkes yderligere. Blandt de seneste fælles præstationer kan nævnes fremskridt med afbinding af støtte og etablering af en fælles EU-forskningsplatform for overførbare sygdomme. Initiativet til EF-programmet for en indsats mod de større overførbare sygdomme er et yderligere eksempel på en stærk EF-koordination.

EF vil prioritere følgende områder for arbejde om komplementaritet og koordination med medlemsstaterne:

- praktiske skridt til at skabe en bedre sammenhæng mellem EF's sektorpolitik og -aktiviteter
- øget EF-deltagelse i offentlige/private partnerskaber og i andre donorpartnerskaber
- styrket operationel koordination mellem EF og medlemsstaterne i udviklingslandene.

Der kan på ovennævnte felter blive sat ind med:

- indkredsning af Det Europæiske Fællesskabs og dets medlemsstaters respektive komparative fordele inden for sundhed og fattigdom og udarbejdelse af et forslag til, hvordan ansvar og arbejdsprogrammer bedst kan fordeles for at maksimere EF-komplementariteten på landeplan og globalt plan
- styrkelse af Kommissionens rolle i koordinationen af EU-politik inden for sundhedssektoren og den sociale sektor og sikring af, at Fællesskabets bistand bliver komplementær
- deling af information og knowhow gennem systematisk netværksarbejde i nært partnerskab med udviklingslandene. Som et eksempel på mulige aktiviteter kan nævnes et EF-netsted om sundhed og fattigdom og en database med offentlig adgang med information om alle EF's og medlemsstaternes sundhedsinterventioner
- styrkelse af arbejdet i EF-medlemsstaternes sundhedsekspertgrupper ved hovedkvarteret
- etablering i de forskellige lande af regelmæssige fora og fælles missioner vedrørende EF-samarbejde om sundhed. Dekoncentrationen af EF's og medlemsstaternes bistandsinstitutioner burde lette samarbejdet i landene med et udvidet kvalificeret og direkte ansvarligt personale
- den bedst mulige udnyttelse af kvalificeret personale i medlemsstaterne med en bred ekspertise inden for sundhed gennem en forbedring af deres allokering og i givet fald sammenlægning med henblik på at nå en kritisk masse af europæisk sagkundskab på sundheds- og fattigdomsområdet på landeplan og regionalt plan
- bevidstgørelse og vejledning af personale, der arbejder uden for sundhedssektoren, for at det tager større hensyn til sundheds- og fattigdomsspørgsmål.

Et skarpere fokus på at sikre et komplet og aktivt partnerskab mellem Fællesskabet og medlemsstaterne i forbindelse med sundheds-, befolknings- og fattigdomsanliggender kræver fleksible finansieringsinstrumenter og dertil svarende menneskelige ressourcer.

Input på globalt plan - samarbejde med internationale partnere

Som nævnt i afsnit 4 deler Det Europæiske Fællesskab og dets medlemsstater et ansvar med hensyn til at fastholde principperne i aftaler såsom handlingsprogrammerne fra Cairo (1994), København og Beijing (1995), UNGASS-erklæringen om HIV/AIDS og til at bidrage til at realisere Millenium-udviklingsmålene. Arbejde, som Fællesskabet har taget initiativ til eller finansieret, har påvirket den internationale politik på sundhedsområdet. EF har også investeret i global videnudvikling og kapacitetsopbygning, f.eks. HIV/AIDS-policy-partnerskaberne med Verdensbanken og UNAIDS.

Fællesskabet er en stor donor til De Forenede Nationers særorganisationer²¹ og deltager aktivt i arbejdet i G8. Stærke transnationale forbindelser med særlige partnere som f.eks. USA,

²¹ Forbedring af koordinationen med FN er en prioritet for Fællesskabet, hvor udviklingsbistand er det oprindelige fokus for nærmere samarbejde. Se nærmere i meddelelse til Rådet og Europa-Parlamentet fra Kommissionen om et effektivt partnerskab med De Forenede Nationer om udvikling og humanitære anliggender, april 2000.

Canada og Japan har underbygget virkningerne af EF's sundheds- og fattigdomsprincipper i den internationale debat sammen med en anbefaling af en forøgelse af de nødvendige ressourcer i udviklingslandene. Kommissionen spiller en aktiv rolle i koordinationen af en EF-tilgang i forhandlingerne om den globale konvention om tobak, som WHO har taget initiativ til. Denne konvention vil blive af allerstørste betydning for udviklingslandene.

Den nye globale sundheds- og fattigdomsagenda kræver et styrket internationalt partnerskab med nøgleorganisationer. Følgende områder er med henblik herpå prioriteret for EF-støtte:

- fortsat EF-fokus på globale initiativer vedrørende specifikke globale offentlige goder, overførbare sygdomme, reproduktiv sundhed, tobak, retfærdig finansiering og social beskyttelse
- et sammenhængende respons på tværs af andre policy-områder, hvor EF har kompetence, herunder handel, forskning og udvikling, uddannelse, fødevarerikkerhed, landbrug og miljø
- aktiv deltagelse i udviklingen og operationaliseringen af offentlige/private globale initiativer som f.eks. den globale fond til bekæmpelse af HIV/AIDS, malaria og tuberkulose
- opretholdelse af en høj profil i G8 og andre internationale fora i anliggender vedrørende sundhed og fattigdom
- udforskning og yderligere udvikling af partnerskaber med internationale udviklingsbanker og FN-særorganisationer og kontakter med andre internationale organisationer
- et fortsat nært samarbejde med WHO om sundhedspolitik, lægemiddelpolitik, normative anliggender og med UNAIDS om specifikke spørgsmål vedrørende HIV/AIDS-politik og -foranstaltninger
- fortsat samarbejde med UNFPA og UNICEF om landepartnerskaber og regionale partnerskaber om levering af service og varer
- styrkelse af Kommissionens input i OECD's komité for udviklingsbistand (DAC)
- nærmere samarbejde med Verdensbanken i forbindelse med støtten til PRSP'er og om sundheds- og fattigdomspolitik, programmering, forskning og foranstaltninger i udviklingslandene
- det vil blive undersøgt nærmere, hvordan samarbejdet med og støtten til globale offentlige/private partnerskaber som f.eks. GAVI, IAVI og andre kan forbedres.

Der vil på ovennævnte felter blive sat ind med:

- en udvidet indsats for at tale med én stemme (Fællesskabet og medlemsstaterne) i internationale fora²²

²² EF-traktatens artikel 180 omtaler, at der skal tilstræbes en højere grad af sammenhæng i EF's og medlemsstaternes holdning i internationale fora.

- en styrkelse af bestræbelserne på at præsentere, forklare og projicere Fællesskabets politiske prioriteter i global sammenhæng
- en udvidelse af Fællesskabets tilstedeværelse og input i de forskellige styrelsesorganer i FN-organisationer og andre internationale fora
- udforskning af mulighederne for at samarbejde med private organisationer, der arbejder med og uden gevinst for øje.

Fællesskabets finansieringsinstrumenter vil skulle tages op til fornyet behandling, for at man kan udnytte muligheden for at skabe innoverende partnerskaber med de forskellige aktører og for at bidrage til globale initiativer, hvor det er egnet og berettiget. Der er gjort et første forsøg med de verserende forslag til revision af forordningen vedrørende en særlig budgetpost for fattigdomsbetingede sygdomme (B7-6211), som forventes at blive vedtaget i 2002, og som omfatter finansiel støtte til en komplet inddragelse af Fællesskabet på globalt plan.

Civilsamfundet og ikke-statslige organisationer

NGO-samfundet har som en vigtig forkæmper påvirket den seneste indsats for gældslettelse, adgang til lægemidler til en overkommelig pris og patentspørgsmål og har fungeret som barometer til at måle udviklingsbistandens nyttevirkning og svigten. Kommissionen vil udbygge samarbejdet med ngo'erne/civilsamfundsorganisationerne for at fremme og påvirke policy-dialogen og strategien vedrørende større udviklings- og sundhedsspørgsmål.

På landeplan vil EF fortsætte med at medtage ngo'erne/civilsamfundsorganisationerne i programmer som vigtige partnere til at levere service og overvåge resultater og præstationer. En stor del af EU-investeringerne kanaliseres gennem programmer og projekter med nonprofit-organisationer i den private sektor (bilag 5). Kommissionen vil fortsætte med at sikre sammenhæng mellem ngo'erne/civilsamfundsorganisationernes og regeringernes, donorernes og andre partners arbejder. Den vil nedsætte en arbejdsgruppe for sundhed og fattigdom bestående af repræsentanter for EF og civilsamfundet. Hensigten er at styrke og opretholde arbejdsforbindelser baseret på tillid mellem Kommissionen og repræsentanter for civilsamfundet. Det erkendes hermed, at Kommissionen vil kunne yderligere forbedre sin stilling, særlig på policy-området, hvad angår gennemsigtighed og åbenhed. Der vil kunne afholdes møder to gange om året med alle aktører, dvs. ngo'er/civilsamfundsorganisationer, repræsentanter for erhvervslivet og fagforeninger, medlemmer af Europa-Parlamentet og repræsentanter for medlemsstaterne, og de må ikke overlappes med andre eksisterende regelmæssige fora for konsultationer mellem Fællesskabet og civilsamfundet.

Den private sektor

HIV/AIDS-epidemien har foranlediget mange multinationale selskaber, private virksomheder og investorer i udviklingslandene til at revidere og udvide deres engagement i sundhed og social beskyttelse. Den private sektor kunne endnu gøre en større indsats til fordel for sundhed i udviklingslandene gennem f.eks. den globale fond for bekæmpelse af HIV/AIDS, malaria og tuberkulose, et større tilsagn om at ville påtage sig sit ansvar og fremme af en mere udbredt anvendelse af differentieret prisfastsættelse.

Fællesskabets samarbejde med det private erhvervsliv har været begrænset til dato, men er efterhånden ved at blive mere aktivt i forbindelse med EF-handlingsprogrammet for overførbare sygdomme inden for rammerne af fattigdomslempelse (februar 2001). Der vil

blive sat mere ind på at udforme ordninger for samarbejde med denne gruppe, navnlig på følgende områder:

- der drøftes nye incitamentter til at engagere multinationale selskaber og andre private virksomheder i udvikling af globale offentlige goder
- samarbejdet med private investorer skal udvides for at øge deres ansvar i forbindelse med sundhed i udviklingslandene
- det skal udforskes, hvilke muligheder udviklingslandene har for at øge deres kapacitet til lokal fremstilling af lægemidler. Der vil blive ydet støtte til levedygtige projekter gennem eksisterende investeringsfaciliteter for den private sektor, som EIB formidler.

Europæiske virksomheder vil blive ansporet til at følge OECD-retningslinjerne for udenlandske investorer og føre tilsyn med resultaterne.

6. TILSYN MED INVESTERINGER OG VIRKNINGERNE AF EF'S UDVIKLINGSBISTAND TIL SUNDHED

Fællesskabets udviklingsbistand til sundheds-, AIDS- og befolkningsanliggender har udviklet sig fra det oprindelige fokus på investeringer i særskilte projekter til sektorstøtte og generel budgetstøtte. Overvågningen har på samme måde skiftet fokus fra de specifikke EF-inputs og -outputs til resultatvurdering inden for sektorspecifikke eller nationale udviklingsrammer. Denne vurdering foretages i fællesskab med alle udviklingspartnerne. Der er endvidere ændret fokus i overvågningen, hvor der nu ses på resultater på et højere globalt niveau snarere end på input og output, skønt disse fortsat er vigtige mellemliggende foranstaltninger.

Hvis man overvåger resultaterne på baggrund af de nationale udviklingsrammer, vil udviklingspartnerne bedre kunne forstå og tackle de hindringer, der ligger bag, og som begrænser en effektiv gennemførelse af politikken og strategierne for fattigdomsbekæmpelse og forbedring af fattiges sundhedstilstand.

Kommissionen vil samarbejde med udviklingspartnerne om at finde frem til en effektiv metode til at overvåge sektorspecifikke og tematiske mål på landeplan og globalt plan.

Landeplan: afpasse inputs efter præstationer og resultater inden for sundhed

Sundhedssystemerne i mange udviklingslande lider under manglende ressourcer. Udviklingslandene vil selv skulle tilvejebringe en stor del af de øgede investeringer i bedre sundhedsresultater. Initiativer som de afrikanske regerings (Abuja 2001) til at afsætte 15% af de nationale budgetter til sundhed er prisværdige, men i de fleste lavindkomstlande vil verdenssamfundet skulle supplere landenes offentlige og private investeringer med langsigtet finansiel støtte. Mange lande har brug for faglig bistand og kapacitetsopbygning snarere end større finansielle overførsler.

Landene og deres udviklingspartnere vil skulle overvåge alle inputs, herunder offentlige, private (en større andel i mange lande) og donorressourcer. I overvågningen på landeplan skal der foretages en vurdering af de samlede investeringer, herunder direkte støtte til sundhedssektoren og støtte til andre sektorer, som influerer på støtten til sundhed og den makroøkonomiske støtte.

- Gennem en policy-dialog på landeplan vil EF bidrage til at nå et passende niveau for investeringerne i forbedring af sundhedsresultater. EF vil i den forbindelse trække på en række instrumenter, herunder makroøkonomisk støtte, gældslettelse i forbindelse med de sociale budgetter og finansieringsmidler til specifikke initiativer og klart identificerede finansieringslakuner.

Landestrategierne giver sjældent en analyse af, hvordan program- og sektorstøtte og makroøkonomisk støtte kan omsættes i bedre sundhedsresultater for de fattige. Det respons, der gives, er ofte direkte investeringer i sundhedssektoren uden at se nærmere på, om alternative interventioner i andre sektorer kan have større virkninger for sygdom blandt fattige eller den globale sundhedstilstand.

Som grundlag for budget- og sektorrevisionen er mange lande i færd med at fastlægge basisindikatorer til at måle sundhedssystemets præstationer og fremskridt med hensyn til at opfylde bestemte sundhedsresultater inden for rammerne af fattigdomslempelse og Millennium-udviklingsmålene. Disse indikatorer består typisk af en blanding af input, output, resultater og proces og i mindre omfang data om virkninger. De landespecifikke indikatorer er til tider ikke perfekte, men de forbedres løbende, efterhånden som der indhøstes erfaringer og kapaciteten udvikles.

Det vil skulle evalueres, om indikatorerne har nogen værdi med hensyn til vurdering af forbedring af sundhedsresultaterne for de fattige. Fællesskabet agter at sammenknytte fremtidige udbetalinger med resultater på basis af mål, der er aftalt med landene og deres partnere. Det bliver en formidabel udfordring at definere et begrænset antal resultatindikatorer, hvor de statistiske systemer er lidet udviklede og samtidig kunne give anledning til at fokusere alene på nøgleområder, hvor resultaterne skal måles.

- EF vil undersøge, om det er nyttigt at anvende mellemliggende indikatorer i en række lande, hvor den fremtidige støtte vil blive ydet som makroøkonomisk støtte og/eller sektorstøtte.
- Kommissionen vil sammen med medlemsstaterne og i DAC/OECD-sammenhæng arbejde videre med mellemliggende indikatorer.

Rutinemæssige statistiske systemer er i almindelighed behæftet med fejl og begrænset til serviceleverandører i den offentlige sektor og nonprofit-organisationer. Samlede data kan skjule store variationer og skævheder og har ofte ingen tilknytning til policy-udformning eller finanstildelinger. Nogle lande er i færd med at forbedre informationsforvaltningen og resultatovervågningen gennem en disaggregering af data (efter køn, indkomstniveau, geografisk område, tjenesteleverandør) ved hjælp af en detaljeret analyse og feedback til leverandørerne og gennem samvirke med beslutningstagerne.

- Fællesskabet vil yderligere lette arbejde med at styrke overvågningssystemerne og -kapaciteten i samarbejde med landene og andre nøglepartnere.

Investeringer på regionalt og globalt plan

Nye partnerskaber på globalt plan byder på et yderligere potentiel for flere og mere effektive ressourcestrømme i forbindelse med bedre sundhedsresultater. Der findes ikke noget effektivt system til at følge sundhedsrelaterede investeringer. Millennium-udviklingsmålene er indikatorer på højt plan og er en aftalt international reference. Der er flere tiltag i gang i

udviklingsamfundet til at fastlægge et begrænset antal nøgleindikatorer på mellemliggende niveau til brug af udviklingspartnerne. De globale sundhedsresultater overvåges af WHO.

- EF vil spille en stadig stigende rolle på strategiske områder, hvor EU kan gøre den store forskel med hensyn til at realisere Millennium-udviklingsmålene.
- EF vil sammen med medlemsstaterne og i DAC/OECD-sammenhæng bidrage til arbejdet med indikatorer på højt niveau.

Overvågning af forvaltningen af Fællesskabets bistand

Fællesskabets bistand til sundheds-, AIDS- og befolkningsanliggender nåede et rekordbeløb på 700 mio. EUR i 1998, hvilket svarer til 8% af EF-budgettet. Den samlede portefølje for 1995-2000 beløber sig til 1,4 mia. EUR (bilag 5). Der er en evaluering i gang af den aktuelle portefølje. Blandt de foreliggende henstillinger kan nævnes: behov for en differentieret tilgang, den afgørende betydning af en dekoncentration af EF-bistanden, behov for vedvarende institutionel støtte til landene til udformning af passende sundhedsstrategier, behov for større sammenhæng, koordination og komplementaritet og behov for at få opstillet et passende sæt indikatorer til at måle fremskridt. Disse og andre henstillinger fra tidligere evalueringer af EF's HIV/AIDS-program og vedrørende de særlige budgetposter for AIDS og befolkningsanliggender²³ er indarbejdet i denne meddelelse.

Forvaltningen af EF's bistand til sundhed og fattigdom vil blive yderligere overvåget som led i en løbende proces med berøring til budgetprocessen, porteføljerevisioner, sektorspecifikke og tematiske evalueringer og en årlig rapport over resultater. Ordningerne og de vejledende principper for en effektiv udnyttelse af resultaterne af undersøgelser og evalueringer vil blive beskrevet i nærmere enkeltheder i en specifikt arbejdsprogram til opfølgning af denne meddelelse.

EF-finansieringen i henhold til disse EF-policy-rammer vil blive underlagt tilsyn og finanskontrol fra Kommissionens side ifølge Kommissionens sædvanlige regler, særlig reglerne i finansforordningen vedrørende De Europæiske Fællesskabers almindelige budget og EUF-finansforordningen.

7. KONKLUSIONER OG HENSTILLINGER

Disse policy-rammer er Fællesskabets overordnede svar på verdenssamfundets tilsagn om at ville bidrage til at realisere Millennium-udviklingsmålene i forbindelse med sundhed og fattigdom. Topmødet i Johannesburg byder på en lejlighed til at sætte yderligere gang i dette arbejde og styrke det fælles mål, som er at forbedre bæredygtig udvikling. Et effektivt respons fra EF forudsætter en sammenhængende indsats fra Fællesskabets og dets medlemsstaters side i samarbejde med partnerlandene, internationale partnere og partnere i civilsamfundet, den private sektor, FN og andre multilaterale organisationer og aktører.

²³ 'Evaluation de l'aide de la coopération Nord-Sud en matière de lutte contre l'expansion de l'épidémie du HIV/SIDA et aide aux politiques et programmes démographiques dans les pays en développement 1997 - 1999', af Jean-Claude Deheneffe, et al., november 2000; 'Evaluation of the EC AIDS/HIV Programme in developing countries', af Health Research for Action (HERA), december 1996.

Valget af den foreslåede politik betyder forskellige udfordringer for Fællesskabet. Der må ses meget nøje på nye arbejdsmetoder og yderligere investeringer. Forsøget på at skabe en større indbyrdes sammenhæng mellem politikker, valget at fokusere på sundhed gennem andre sektorer, tilsagnet om at sammenknytte inputs med præstationer og resultater på sundhedsområdet og at øge investeringerne og ressourcerne, hvor det er muligt, kravet om at få Fællesskabets instrumenter til at fungere mere effektivt og med større gennemslagskraft i forhold til det voksende behov er anliggender, som ikke alle kan tackles på en gang. Hovedudfordringen er vel snarere EU-komplementaritet og arbejdsdeling mellem Fællesskabet og dets medlemsstater og udvidet EF-samarbejde med medlemsstaterne om at optræde med én stemme i udviklingsfora og partnerskaber.

Denne meddelelse vil blive fulgt op af et alsidigt arbejdsprogram med nærmere enkeltheder om prioriteter for indsats og de nødvendige menneskelige og finansielle ressourcer, som er forenelig med den eksisterende finansielle planlægning og finansieringsinstrumenterne. Behovet for menneskelige og administrative ressourcer dækkes inden for tildelingen til det administrerende GD i forbindelse med den årlige tildelingsprocedure.

Bilag 1: Millennium-udviklingsmålene

Millennium Development Goals (MDGs)	
Goals and Targets	Indicators
Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger	
Target 1: Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people whose income is less than one dollar a day	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proportion of population below \$1 per day 2. Poverty gap ratio [incidence x depth of poverty] 3. Share of poorest quintile in national consumption
Target 2: Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people who suffer from hunger	<ol style="list-style-type: none"> 4. Prevalence of underweight children (under-five years of age) 5. Proportion of population below minimum level of dietary energy consumption
Goal 2: Achieve universal primary education	
Target 3: Ensure that, by 2015, children everywhere, boys and girls alike, will be able to complete a full course of primary schooling	<ol style="list-style-type: none"> 6. Net enrolment ratio in primary education 7. Proportion of pupils starting grade 1 who reach grade 5 8. Literacy rate of 15-24 year olds
Goal 3: Promote gender equality and empower women	
Target 4: Eliminate gender disparity in primary and secondary education preferably by 2005 and to all levels of education no later than 2015	<ol style="list-style-type: none"> 9. Ratio of girls to boys in primary, secondary and tertiary education 10. Ratio of literate females to males of 15-24 year olds 11. Share of women in wage employment in the non-agricultural sector 12. Proportion of seats held by women in national parliament
Goal 4: Reduce child mortality	
Target 5: Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate	<ol style="list-style-type: none"> 13. Under-five mortality rate 14. Infant mortality rate 15. Proportion of 1 year old children immunised against measles
Goal 5: Improve maternal health	
Target 6: Reduce by three-quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio	<ol style="list-style-type: none"> 16. Maternal mortality ratio 17. Proportion of births attended by skilled health personnel
Goal 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases	
Target 7: Have halted by 2015, and begun to reverse, the spread of HIV/AIDS	<ol style="list-style-type: none"> 18. HIV prevalence among 15-24 year old pregnant women 19. Contraceptive prevalence rate 20. Number of children orphaned by HIV/AIDS
Target 8: Have halted by 2015, and begun to reverse, the incidence of malaria and other major diseases	<ol style="list-style-type: none"> 21. Prevalence and death rates associated with malaria 22. Proportion of population in malaria risk areas using effective malaria prevention and treatment measures 23. Prevalence and death rates associated with tuberculosis 24. Proportion of TB cases detected and cured under DOTS (Directly Observed Treatment Short Course)
Goal 7: Ensure environmental sustainability*	
Target 9: Integrate the principles of sustainable development into country policies and programmes and reverse the loss of environmental resources	<ol style="list-style-type: none"> 25. Proportion of land area covered by forest 26. Land area protected to maintain biological diversity 27. GDP per unit of energy use (as proxy for energy efficiency) 28. Carbon dioxide emissions (per capita) [Plus two figures of global atmospheric pollution: ozone depletion and the accumulation of global warming gases]
Target 10: Halve, by 2015, the proportion of people without sustainable access to safe drinking water	<ol style="list-style-type: none"> 29. Proportion of population with sustainable access to an improved water source
Target 11: By 2020, to have achieved a significant improvement in the lives of at least 100 million slum dwellers	<ol style="list-style-type: none"> 30. Proportion of people with access to improved sanitation 31. Proportion of people with access to secure tenure [Urban/rural disaggregation of several of the above indicators may be relevant for monitoring improvement in the lives of slum dwellers]

Goal 8: Develop a Global Partnership for Development*	
<p>Target 12: Develop further an open, rule-based, predictable, non-discriminatory trading and financial system</p> <p>Includes a commitment to good governance, development, and poverty reduction – both nationally and internationally</p>	<p><i>Some of the indicators listed below will be monitored separately for the Least Developed Countries (LDCs), Africa, landlocked countries and small island developing states.</i></p> <p><u>Official Development Assistance</u></p> <p>32. Net ODA as percentage of DAC donors' GNI [targets of 0.7% in total and 0.15% for LDCs]</p> <p>33. Proportion of ODA to basic social services (basic education, primary health care, nutrition, safe water and sanitation)</p> <p>34. Proportion of ODA that is untied</p> <p>35. Proportion of ODA for environment in small island developing states</p> <p>36. Proportion of ODA for transport sector in land-locked countries</p>
<p>Target 13: Address the Special Needs of the Least Developed Countries</p> <p>Includes: tariff and quota free access for LDC exports; enhanced programme of debt relief for HIPC and cancellation of official bilateral debt; and more generous ODA for countries committed to poverty reduction</p>	<p><u>Market Access</u></p> <p>37. Proportion of exports (by value and excluding arms) admitted free of duties and quotas</p> <p>38. Average tariffs and quotas on agricultural products and textiles and clothing</p> <p>39. Domestic and export agricultural subsidies in OECD countries</p> <p>40. Proportion of ODA provided to help build trade capacity</p>
<p>Target 14: Address the Special Needs of landlocked countries and small island developing states</p> <p>(through Barbados Programme and 22nd General Assembly provisions)</p>	<p><u>Debt Sustainability</u></p> <p>41. Proportion of official bilateral HIPC debt cancelled</p> <p>42. Debt service as a percentage of exports of goods and services</p> <p>43. Proportion of ODA provided as debt relief</p> <p>44. Number of countries reaching HIPC decision and completion points</p>
<p>Target 15: Deal comprehensively with the debt problems of developing countries through national and international measures in order to make debt sustainable in the long term</p>	
<p>Target 16: In cooperation with developing countries, develop and implement strategies for decent and productive work for youth</p>	<p>45. Unemployment rate of 15-24 year olds</p>
<p>Target 17: In cooperation with pharmaceutical companies, provide access to affordable, essential drugs in developing countries</p>	<p>46. Proportion of population with access to affordable essential drugs on a sustainable basis</p>
<p>Target 18: In cooperation with the private sector, make available the benefits of new technologies, especially information and communications</p>	<p>47. Telephone lines per 1000 people</p> <p>48. Personal computers per 1000 people</p> <p><i>Other Indicators TBD</i></p>

* The selection of indicators for Goals 7 and 8 is subject to further refinement

Bilag 2: Udviklingen i EF's sundheds-, AIDS- og befolkningspolitik (1990-2000)

Sundhed

(Kommissionens meddelelse - KOM(94) 77)

Strategiske prioriteter:

- (1) at sikre, at sundhedsdimensionen integreres i udviklingspolitikken, særlig i strukturtilpasningsprogrammerne
- (2) at hjælpe med at korrigere strukturskævhederne i sundhedssystemerne med en indsats rettet mod basisydelse
- (3) at lette institutionel reform ved kapacitetsopbygning på centralt plan og støtte af decentralisering
- (4) at hjælpe landene med at udvikle systemer til at måle og mobilisere ressourcer mere effektivt

HIV/AIDS

(Kommissionens meddelelse - KOM(94) 79)

Strategiske prioriteter:

- (1) at bremse spredningen af epidemien og samtidig hindre diskrimination og udelukkelse af personer, som udsættes for smitterisiko, eller som lever med HIV og AIDS
- (2) at sætte sundhedssektoren i stand til at klare den yderligere byrde med HIV/AIDS
- (3) at mindske virkningerne af epidemien for den økonomiske og sociale udvikling
- (4) at øge den videnskabelige forståelse og knowhow.

(Rådets forordning (EF) nr. 550/97 - i øjeblikket under revision som grundlag for EF-støtte til fattigdomsbetingede sygdomme (HIV/AIDS, malaria og tuberkulose))

Strategiske prioriteter:

- (1) at mindske overførsel af HIV/AIDS og udbredelsen af andre sygdomme, der kan overføres seksuelt eller perinatalt
- (2) at styrke sundhedstjenesterne og de sociale tjenester, således at de kan imødekomme den stigende efterspørgsel som følge af epidemien
- (3) at hjælpe regeringerne og samfundene til at vurdere epidemiens virkninger for de forskellige erhvervs- og sektorer og at fastlægge og gennemføre strategier til at modstå den
- (4) at udvikle den videnskabelige forståelse af epidemien og virkningerne af foranstaltninger med sigte på at forbedre kvaliteten (dog ikke grundforskning).

Befolkning

(Rådets forordning (EF) nr. 1848/97 - i øjeblikket under revision som grundlag for EF-støtte til reproduktiv og seksuel sundhed og rettigheder)

Strategiske prioriteter:

- (1) at sætte mænd, kvinder og unge i stand til frit at vælge, hvor mange børn de vil have og hvornår
- (2) at bidrage til et sociokulturelt, økonomisk og uddannelsesmæssigt klima, der kan befordre dette valg
- (3) at hjælpe til at udvikle eller omlægge systemerne for at forbedre adgangen til og kvaliteten af reproduktiv sundhed.

Overførbare sygdomme

(Kommissionens meddelelse - KOM(2000) 585 og KOM(2001) 96)

Nøgleområder for en fremskyndet indsats:

- (1) Optimering af nyttevirkningerne af bestående interventioner, tjenester og produkter, rettet mod de større overførbare sygdomme, som rammer de fattigste befolkningsgrupper
- (2) Bedre adgang til essentielle lægemidler til en overkommelig pris gennem en alsidig og synergistisk global tilgang
- (3) Øgede investeringer i forskning og udvikling af globale goder til bekæmpelse af de tre alvorlige overførbare sygdomme.

Bilag 3: De større årsager til sygdomsforekomst og dødelighed i udviklingslandene

HIV/AIDS truer med at blive den værste pandemi i verdenshistorien. 40 millioner mennesker lever med HIV, og AIDS har krævet over 22 millioner dødsopfre. Der smittes endnu 5 millioner mennesker hvert år. Næsten en tredjedel af HIV-patienter er også smittet med TB. HIV/AIDS påvirker individet, husholdningerne og samfundet. Det belaster sundheds- og uddannelsessystemerne og forsinker økonomisk vækst. De fleste lande har ikke grebet effektivt ind over for problemet, og smitteraterne vokser. Der er nu over 14 millioner AIDS-forældrelose børn i Afrika, et tal, som forventes at stige til 40 millioner i 2010. Med de nu disponible effektive behandlingsformer er forskellene i HIV-resultaterne mellem rige og fattige samfund og mellem enkeltpersoner blevet større. HIV udgør en trussel for alle lande og samfund. Epidemien spreder sig hurtigst i Østeuropa, og Vestindien er den anden hårdest ramte region efter Afrika.

Halvtreds år efter indførelsen af en effektiv behandling dør to millioner mennesker om året stadig af **tuberkulose (TB)**, og sygdommen er i forbindelse med HIV/AIDS fortsat den største dødsårsag hos voksne. Et effektivt behandlingsforløb koster så lidt som 10 USD, og dog modtager kun en fjerdedel af patienterne på verdensplan passende behandling. TB er ikke blot et problem for de fattigste lande. I det tidligere Sovjetunionens lande har 10% af indsatte i fængsler aktiv TB, og infektionsraten er hundrede gange så høj som blandt befolkningen som helhed. Multiresistente former for TB (MDRTB) er hyppigt forekommende, nu i over 100 lande.

Malaria forekommer i 500 millioner smittetilfælde om året og er årsag til en million dødsfald, særlig i Afrika, hvor malariakontrollen i mange lande næsten er brudt sammen. Sygdommen er vendt tilbage til tidligere kontrollerede områder, og resistensen over for standardbehandling er voksende.

Akutte respirationsinfektioner, diarré sygdomme er fortsat en hovedårsag til svigtende helbred og dødelighed, særlig blandt børn. Begge forårsager og er en følge af underernæring. Diarré sygdomme skyldes ringe hygiejne og begrænset adgang til rent vand. Sygdomme, der kan forebygges ved vaccination, kræver tre millioner dødsopfre hvert år.

Næsten halvdelen af børnedødeligheden i lavindkomstlandene kan tilskrives **underernæring**, som bidrager til sygdomsrekvensen blandt børn og mødre, nedsat indlæringssevne, lavere produktivitet og dødelighed. Nøgleelementer i fattigdomslempelsen er begrænsning af underernæring og behandling af mikronæringsstofmangel.

Reproduktiv og seksuel sundhed og rettigheder er fortsat et centralt folkesundhedsproblem. Hvert år dør 600 000 kvinder og flere millioner nyfødte børn. Barseldødeligheden viser med al tydelighed ulighederne mellem og inden for lande. De fleste dødsfald skyldes fødselskomplikationer, og de fleste kan undgås ved hjælp af eksisterende billige teknologier. I 2000 anslog WHO, at næst efter HIV/AIDS bidrog fødselssygdomme mest til den globale sygdomsbyrde. Trods gode resultater med hensyn til udvidet adgang til information om svangerskabsforebyggelse og kontraception er der stadig en vældig lakune med hensyn til sikre udbredte reproduktive rettigheder.

Livsstilsbetingede årsager til svigtende helbred er blevet meget mere udbredt i udviklingslandene. Befolkninger med et større problem med overførbare sygdomme belastes ofte yderligere med den stigende påvirkning af ikke-overførbare sygdomme som hjertesygdomme og sukkersyge. Særlig fremtrædende er tobaksrelaterede sygdomme (kræft, cardio- og cerebrovaskulære sygdomme og lungesygdomme), som krævede over fire millioner dødsopfre i 1998, heraf to tredjedele i udviklingslandene. Tobaksrelaterede sygdomme forventes at blive fordoblet i de næste 20 år. Mange lande er desuden udsat for voksende ofre for de negative konsekvenser for helbredet af højrisiko seksualadfærd, misbrug af rusmidler, herunder alkohol, vold, konflikt og trafikulykker. Sindssyge er i mange udviklingslande en overset og mere udbredt årsag til dårligt helbred.

Bilag 4: Udviklingstilgange

God forvaltningspraksis er først og fremmest et anliggende på nationalt plan. Demokrati og retsstatsforhold er nødvendige forudsætninger for bæredygtig udvikling. Den politiske reaktion på udfordringer med hensyn til forvaltningspraksis har hidtil været utilstrækkelig på alle planer - nationalt, europæisk og internationalt, offentligt og privat. **Uegnede indenlandske politikker** i mange lande, herunder udviklingslandene, har bidraget til at udvide kløften mellem rige og fattige. Den manglende balance mellem de globale markeds kræfter på den ene side og de globale forvaltningsinstitutioner på den anden side har ligeledes resulteret i, hvad man kunne betegne som en '**global forvaltningslakune**'. Begge faktorer avler utilfredshed og konflikt og undergraver bæredygtig udvikling. Et særligt vigtigt aspekt af ringe forvaltningspraksis er **korruption**, som ikke blot har en skadelig indvirkning på landets eget politiske system og økonomi, men også afskrækker udenlandske investeringer og har negative følgevirkninger i andre lande som følge af hvidvaskning af penge og international kriminalitet.

Der kræves **ejerskab, politisk engagement og lederskab og effektiv planlægning** til at drive en sektorreform, sikre passende finansiering fra både staten og donorer til at prioritere investeringer og en retfærdig ressourceallokering i sundhedssektoren. Samtidig kræves der en indsats for at sikre ansvarliggørelse, tilskynde til bred deltagelse fra aktørernes side, også civilsamfundets, i policy-dialogen, i serviceydelsen og i overvågningen. Manglerne ved tidligere sundhedssystemer har ført til en nyvurdering af statens traditionelle rolle som den vigtigste leverandør af sundhedsydelser. Det erkendes i stigende grad, at regeringen skal spille en mere effektiv rolle som '**forvalter**' (stewardship) og påtager sig ansvaret for overvågning, regulering og kvalitetskontrol af hele sektoren med mange leverandører, der deler ansvaret for serviceydelserne.

Policy-sammenhæng inden for EU. Medlemsstaternes indenlandske politik kan have negative følgevirkninger for andre lande, navnlig udviklingslandene. På mange vigtige områder er de eksisterende EU-politikker i konflikt med sundheds- og fattigdomsmålne. Policy-sammenhæng har **flere dimensioner**: sammenhæng i forskellige internationale organisationers politikker, sammenhæng mellem eksterne politikker, sammenhæng mellem eksterne politikker og indenlandske politikkers virkninger udadtil, sammenhæng mellem EF's og medlemsstaternes politikker, sammenhæng inden for et enkelt policy-område. Det gør det til et politisk set udfordrende koncept, som derfor er vanskeligt at bringe i anvendelse i praksis.

De nationale udviklingsstrategier for fattigdomslempelse nedfældes efterhånden i et **strategidokument for fattigdomslempelse**. Disse alsidige landespecifikke rammer skal sikre, at alle investeringer, statens og donorerne, i de relevante sektorer, også sundhedssektoren, er komplementære og retter sig mod samme overordnede mål, nemlig at nedbringe fattigdommen. Donorerne, også EF, knytter gradvis deres bistand til sådanne strategier, hvori også civilsamfundet og den private sektor inddrages. Strategidokumentet for fattigdomslempelse giver mulighed for at prioritere interventionerne på en sådan måde, at fattigdom nedbringes ved, at en stigende andel af den eksterne bistand kanaliseres gennem det nationale budget.

En sektorspecifik tilgang er en potentielt mere effektiv metode til samarbejde mellem staten og donorerne. Alle større finansieringsmidler til en sektor støtter sektorpolitikken og udgiftsprogrammet under regeringens ledelse, som fastlægger fælles tilgange for sektoren som helhed og bevæger sig mod alene at følge regeringens procedurer for udbetaling og regnskabsføring af alle midler. Denne metode har udviklet sig fra to forskellige retninger: interesse i at forbedre allokeringen af det nationale budget og af donorstrømmene mellem og inden for sektorer, og realiseringen af, at den traditionelle projektilgang ikke har givet bæredygtige forbedringer i servicehenseende. Der er indhøstet positive erfaringer, men processen befinder sig endnu på et tidligt stadium. En af de større udfordringer er at sikre, at der i den forbindelse fokuseres på de fattige.

Afbinding af bistand. Efter henstillinger fra OEDC/DAC er der almindelig enighed i EU om at udforske mulighederne for yderligere at afbinde udviklingsbistanden som et middel til at øge dens nyttevirkninger og gennemslagskraft. EU har indledt processen i forbindelse med tjenesteydelser og produkter til bekæmpelse af HIV/AIDS, malaria og tuberkulose.

Bilag 5: De større finansieringsinstrumenter til EF's støtte på sundheds-, AIDS- og befolkningsområdet

Den Europæiske Udviklingsfond (EUF)

Hovedparten af EF's samarbejde med de 77 AVS-stater sker gennem Den Europæiske Udviklingsfond (EUF). Cotonou-aftalen (2000) danner grundlaget for de femårige finansieringsprotokoller for 9. EUF (2002-2006).

Økonomisk og fagligt samarbejde med Asien og Latinamerika

En rammeforordning udstedt af Rådet i 1992 ligger til grund for det økonomiske og faglige samarbejde med Asien og Latinamerika. Desuden er der indgået aftaler på subregionalt plan eller med enkelte lande, som omfatter samarbejde såvel som handel. Bistanden, der udbetales årligt, kommer direkte fra Fællesskabets eget budget. Alt i alt modtager 18 lande i Latinamerika og 17 lande i Asien bistand fra EF i henhold til samarbejdsprogrammet, som i hovedsagen finansieres via budgetpost B7-300 (Asien) og B7-310 (Latinamerika). Forordningen er i øjeblikket til revision. En aftale med Mexico har udviklet sig til et mere kompleks partnerskab, og andre aftaler med Mercosur og Chile er til forhandling. Der er overordnede regionale strategier og landestrategier under udarbejdelse i en ny form, for at man bedre kan fokusere på prioriterede interventioner, der varierer fra land til land.

Samarbejde med Middelhavslandene i henhold til MEDA-programmet

Euro-Middelhavspartnerskabet blev indstiftet i november 1995 på EU-ministerkonferencen i Barcelona. I partnerskabet lægges der vægt på det menneskelige aspekt af forbindelserne mellem de to regioner. Sundhed spiller en fremtrædende rolle i bestræbelser for at fremme bæredygtig udvikling og velvære i almindelighed, som underbygges med en voksende finansiel bistand. MEDA-programmet er det vigtigste finansieringsinstrument for EF til gennemførelsen af Euro-Middelhavspartnerskabet.

Særlige budgetposter til HIV/AIDS- og befolkningsspørgsmål

Til supplerung af de vigtigste instrumenter i det finansielle og faglige samarbejde er der blevet benyttet særlige tematiske EF-budgetposter til at støtte grundlæggende strategisk udviklingsarbejde vedrørende HIV/AIDS- og befolkningsspørgsmål. Midlerne skal anvendes til at afprøve innoverende metoder og strategier og fremskaffe viden på områder, hvor den sådan mangler. Forordningerne vedrørende disse budgetposter er i øjeblikket til revision og fokuserer på gennemførelsen af EF-handlingsprogrammet for overførbare sygdomme, herunder et bidrag til den globale fond til bekæmpelse af HIV/AIDS, malaria og tuberkulose, og EF-støtten til reproduktiv og seksuel sundhed og rettigheder.

NGO-samfinansiering

Budgetposten vedrørende NGO-samfinansiering blev oprettet i 1976 og er kommet til at spille en vigtig rolle i støtten af sundheds-, AIDS- og befolkningsarbejdet i de senere år. Det har været en fleksibel finansieringsmåde for europæiske NGO'er, hvis samarbejde med deres partnere i udviklingslandene af EF betragtes som et yderst effektivt middel til at nå ud til de fattigste og mest marginaliserede befolkningsgrupper. Ca. 25% af alle NGO-samfinansierede projekter fokuserer i øjeblikket på sundhed.

Humanitær bistand

EF's humanitære bistand dækker en bred vifte af interventioner, herunder katastrofebistand til krigs- og naturkatastrofeofre, flygtningehjælp og kortfristede rehabiliterings- og genopbygningsarbejder. I 1993 overtog ECHO (Det Europæiske Fællesskabs Kontor for Humanitær Bistand) ansvaret for forvaltningen af anden humanitær bistand end fødevarehjælp, og finansieringsmidlerne på dette område er vokset siden da. Sundhedsforanstaltninger og medicinsk bistand har altid udgjort en stor del af al humanitær bistand.

Forskning

EF støtter forskning i sundhedsproblemer i udviklingslandene via budgettet for rammeprogrammet. Tidligere blev der under fjerde rammeprogram bevilget midler inden for rammerne af EF's internationale samarbejdsprogram (INCO-DEV), som tilstræbte et aktivt samarbejde inden for forskning mellem videnskabsfolk fra både udviklingslandene og europæiske institutioner på basis af et lige partnerskab. Under

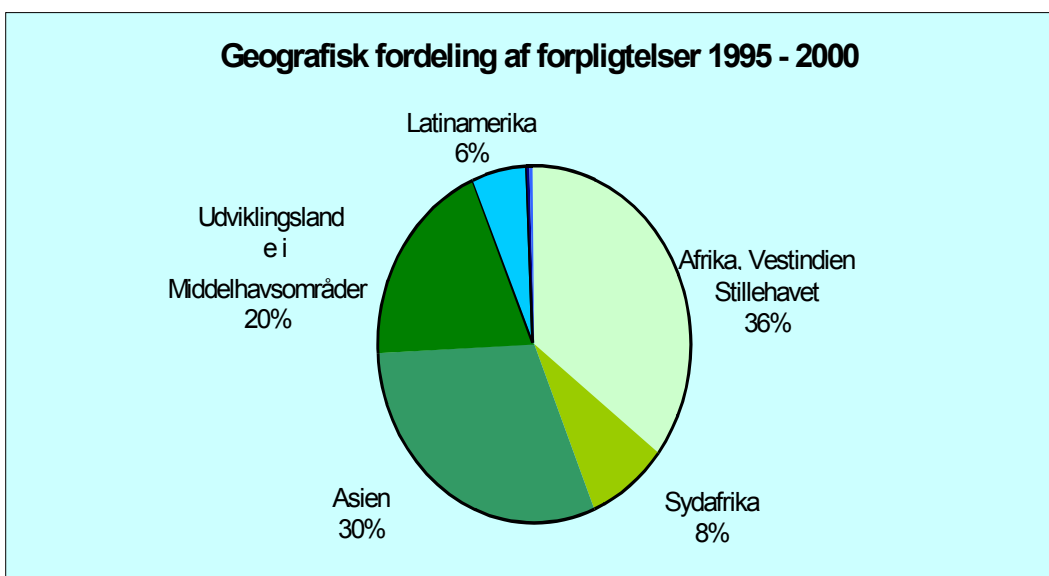
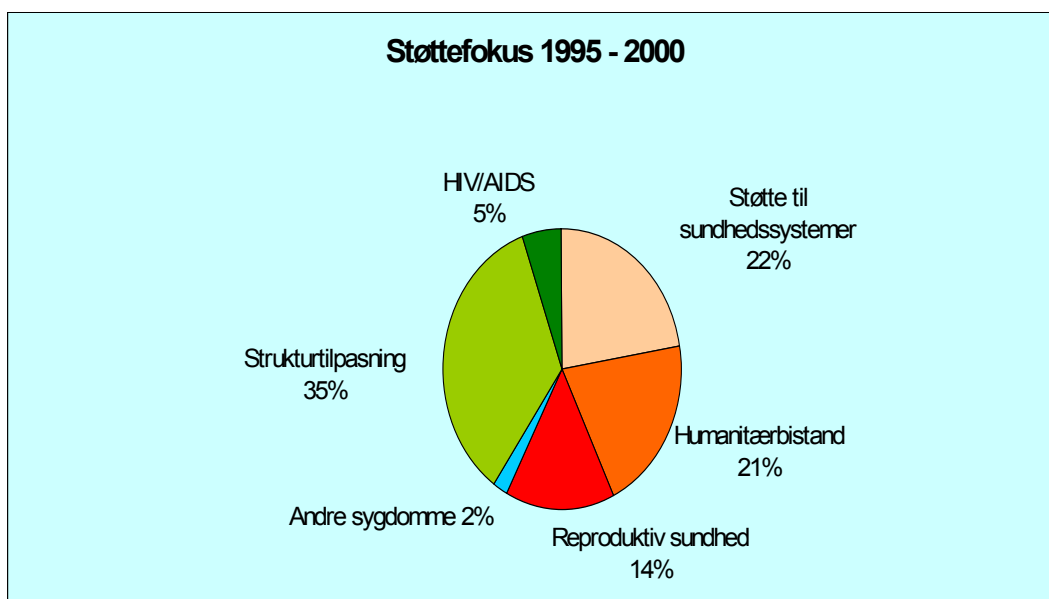
INCO er der finansieret over 300 sundhedsrelaterede partnerskaber, herunder HIV-vaccinearbejde i Kina og Tanzania, og TB-vaccine og FoU i Zambia og Etiopien.

Som en del af femte rammeprogram er aktiviteterne fortsat i følgende programmer: "Befæstelse af EF-forskningen internationale rolle" og "Udvikling af det menneskelige potentiel". Der er lanceret et specifikt initiativ til at udvide afprøvningen af malariavaccine: det europæiske net for afprøvning af malariavaccine. EF's andel af finansieringen af malariamedicinprojekter er også stigende. Der er desuden midler til rådighed til at støtte deltagelse af forskere fra udviklingslandene i EF-finansierede forskningsprojekter.

Portefølje

Fællesskabets bistand til sundheds-, AIDS- og befolkningsanliggender nåede et rekordbeløb på 700 mio. EUR i 1998, hvilket svarer til 8% af EF-budgettet. Den samlede portefølje for 1995-2000 beløber sig til 1,4 mia. EUR. Disse tal repræsenterer EUF-finansiering, midler til Sydafrika og ALAMED, herunder øremærket budgetstøtte for perioden 1995-2000. Det omfatter ikke ngo-samfinansiering, andre særlige budgetposter, forskning, ikke-øremærket budgetstøtte, ECHO's humanitære bistand og forvaltning. De 1,4 mia. EUR fordeler sig med 36% til interventioner i AVS-staterne, 8% til Sydafrika, 30% til Asien, 20% til det sydlige Middelhavsområde (MEDA) og 6% til Latinamerika. En yderligere opdeling pr. instrument og emne viser, at 22% blev tildelt støtte til sundhedssystemer, 21% til humanitær bistand (uden for ECHO), 14% til reproduktiv sundhed, 5% til AIDS og 2% til andre sygdomme. Der er under posten "strukturtilpasning" disponeret over ca. 35% af den samlede portefølje. Kilde: *'Evaluation de l'aide de la CE dans les pays ACP/ALA/MED dans le domaine de la sante'*: af Dr Paud De Caluwe, Jean-Claude Deheneffe, Marlene Abrial, Helene Ryckmans, Delphine Huybrecht, Jean-Pierre d'Altillia; Deltagende institutioner: COTA, AEDES, GRET, IIED. Udkast til rapport, 17.1.2002.

Forpligtelser og geografisk fordeling af investeringerne i HIV/AIDS- og befolkningsanliggender
Samlet portefølje: 1,4 mia. EUR (1995-2000)²⁴



²⁴

Dette omfatter ikke ngo-samfinansiering, andre særlige budgetposter, forskning, ikke-øremærket budgetstøtte eller humanitær bistand, der forvaltes af ECHO.

**SAMLEDE FORPLIGTELSESR VEDRØRENDE HAP-
PROJEKTER/-PROGRAMMER FOR 1995-2000, FINANSIERET MED EUF's OG
ALAMED's INSTRUMENTER FOR FINANSIELT OG FAGLIGT SAMARBEJDE²⁵**

Region	Samlede forpligtelser mio. EUR	Samlede udbetalinger mio. EUR	Udbetalinger versus forpligtelser i alt
Asien	408 620	36 657	31 03%
Latinamerika	111 127	28 128	25 31%
Middelhavsområdet	285 160	126 813	12 86%
AVS (inkl. Sydafrika)	584 970	126 449	21 62%
Tilsammen	1 389 877 mio. EUR	318 047 mio. EUR	22,88%

²⁵

EuropeAid Kontorets opgørelse pr. 7.3.2001. Listen omfatter ikke interventioner, der finansieres med andre instrumenter såsom budgetstøtte (herunder strukturtilpasning), ngo-samfinansiering, forskning, budgetposter vedrørende flygtninge eller ECHO, ej heller finansiering af sundhedsprogrammer under PHARE eller TACIS.

Bilag 6: Sammenfatning af Fællesskabets udviklingspolitiske rammer, EU-medlemsstaternes investeringer og udviklingspolitik på sundhedsområdet

Fællesskabets udviklingspolitik

I EF's udviklingspolitik er der indkredset et begrænset antal områder, der er udvalgt på grund af deres potentielle bidrag til fattigdomslempelse, og på hvilke Fællesskabets indsats kan levere en merværdi. De seks prioriterede udviklingsområder for EF's politik er: transport, støtte af regional integration, sammenkobling af handel og udvikling, støtte af makroøkonomisk politik og fremme af en rimelig adgang til de sociale ydelser, fødevarerikkerhed og bæredygtig udvikling af landdistrikter, styrkelse af den institutionelle kapacitet. Sundhed og uddannelse indgår i det prioriterede område *støtte af makroøkonomisk politik og fremme af en rimelig adgang til sociale ydelser*. I **den fælles erklæring fra Rådet og Kommissionen** af november 2000 fremhæves det, hvilken **vægt** der bør lægges **på de sociale sektorer**: "*I forbindelse med den makroøkonomiske ramme skal Fællesskabet desuden fortsat yde støtte inden for de sociale sektorer (sundhed og uddannelse), navnlig med henblik på at sikre rimelig adgang til de sociale ydelser... I betragtning af problemets globale dimension og situationens alvor, når det drejer sig om overførbare sygdomme og deres indvirkning på fattigdommen, bør det anses for at være absolut nødvendigt, at Fællesskabet og medlemsstaterne fremskynder indsatsen på dette område og tager fat på problemets forskellige dimensioner.*" **Erklæringen giver Kommissionen et klart mandat med hensyn til sammenhæng og bæredygtig udvikling**: "*Større sammenhæng er en nødvendighed mellem de forskellige fællesskabspolitikker for bæredygtig udvikling. Dette kan ske ved en systematisk og uddybende analyse af foranstaltningernes eventuelle indirekte virkninger på de særligt følsomme områder og hensyntagen til udviklingsproblematikken i Kommissionens beslutningsproces.*" I de fleste lande skal EF-bistanden **begrænses til en eller to sektorer og eventuelt makroøkonomisk støtte**. I betragtning af denne begrænsning kan direkte støtte til den sociale sektor, særlig sundhed, ikke altid indtage en fremtrædende plads i EF's bistandspakke til udviklingslandene. Dog vil det samlede bidrag fra Fællesskabet til sundhed i udviklingslandene med makroøkonomisk støtte og støtte til andre sektorer fortsat være betydelig.

EU-medlemsstaternes samlede investeringer i sundhed i udviklingslandene

Medlemsstat	ODA/BNI 2000 i alt	ODA-dispositioner til sundhed - 1999 ²⁶ - i alt	Medlemsstat	ODA/BNI 2000 i alt - %	ODA-dispositioner til sundhed - 1999 - i alt	Medlemsstat	ODA/BNI 2000 i alt	ODA-dispositioner til sundhed - 2000 - i alt
Østrig	0.25	13.4	Tyskland	0.27	2.8	Nederlandene	0.82	5.0
Belgien	0.36	12.9	Grækenland	0.19	4.3	Portugal	0.26	3.0
Danmark	1.06	14.0	Irland	0.30	10.1	Spanien	0.24	6.0
Finland	0.31	6.4	Italien	0.13	5.2	Sverige	0.81	4.2

²⁶

OECD-bistand efter hovedformål, 1999: <http://webnet1.oecd.org/xls/M00002000/M00002855.xls>

Frankrig	0.33	3.8	Luxembourg	0.70	14.5	Det Forenede Kongerige	0.31	5.8
-----------------	------	-----	-------------------	------	------	-------------------------------	------	-----

Medlemsstaternes udviklingspolitik inden for sundhed

Medlemsstat	Fokus på prioriterede sygdomme/de fattiges sygdomsbyrde	Multisektoral tilgang	Rimelig finansiering	Globalt plan
Østrig	Data foreligger ikke (N/A)	N/A	N/A	N/A
Belgien Reference: Udenrigsministeriet, International handel og internationalt samarbejde Nyt sektorpolitisk dokument om "International Co-operation in the Health sector" under forberedelse, 2002 -2006	Styrkelse af sundhedssystemerne (SWAP, reform af sundhedssektoren, decentralisering) Integration af aktiviteter vedrørende forebyggelse og kontrol af større smitsomme sygdomme i basissundhedstjenesterne samt særlig opmærksomhed på reproduktiv sundhed og mødres og børns sundhed AIDS/STI-kontrol og -styring	Sundhed integreres i strategidokumenterne vedrørende uddannelse, socialøkonomi og infrastruktur og i mindre omfang fredskonsolidering og internationalt samarbejde, miljø, landbrug og fødevarerikkerhed	Operationel forskning og støtte til mikrokredit og finansiering af sundhedspleje Støtte til samfundsbaseede finansierungsordninger og gensidige sundhedspleje-forsikringselskaber, der er afpasset efter de lokale forhold og forvaltes af lokalbefolkningen	Fortaler for øget donorstøtte og national støtte for bedre adgang til sundhedspleje Fortaler for bedre adgang til lægemidler Global forskning i lægemidler og vaccine, særlig til oversete sygdomme
Danmark (DANIDA) Udenrigsministeriet, DANIDA, DANIDA-sektorpolitik "Sundhed", november 2000	Forebyggelse af HIV/AIDS, respirationsinfektioner, diarrésygdomme, TB, malaria, barseldødelighed, forebyggelse af underernæring hos børn, immunisering, resultatbæredygtighed, fattigdomslempelse, ligestilling mellem kønnene, sygdomskontrol Reform af sundhedssystemet, partnerskaber mellem den offentlige og private sektor SWAP, lægemiddelforsyning og -forvaltning Indgreb mod nye trusler såsom kroniske sygdomme	N/A	Omorganisering af den offentlige finansiering for at sikre, at de prioriterede områder faktisk finansieres, og at tilskuddene er korrekt fokuseret Mindskelse af de forarmende virkninger af sundhedshændelser, udstikning af retningslinjer for undtagelser og risikodeling	N/A
Finland Udenrigsministeriet, udviklingssamarbejde: "Women, men and development: Gender equality in Finnish Development Co-operation" (1999)"Humanitarian Aid in	N/A	N/A	N/A	N/A

Finnish Development Co-operation” juli 1999 “Finland’s Development Co-operation 2000” årsrapport				
Frankrig “L’action de la France en matière de Coopération, d’Aide au Développement, de Traitement de la dette et de lutte contre la pauvreté” (mars 2000)	Overførbare sygdomme - HIV/AIDS, TB og malaria, trypanosomiasis Styrkelse af sundhedssystemerne gennem reform, decentralisering, udvikling af menneskelige ressourcer, lægemiddelpolitik	N/A	Udformning af bæredygtige sundhedsfinansieringsstrategier	N/A
Tyskland (GTZ) “Investing in health for Poverty reduction, Economic development and Social Security” fra GTZ-sundheds- og befolkningsafdelings sommerseminar i september 2001 “Promotion of initiatives to eradicate Female Genital Mutilation” “Responding to HIV/AIDS in the Developing World, the GTZ contribution: 15 years of experience-an overview” juni 2001 “HIV/AIDS Threat and Prevention in marginalised ethnic groups” juni 2001	Oprette fungerende sundhedssystemer, primær sundhedspleje Leverer præventiv, kurativ og promotiv kvalitetsservice, herunder MTCT og prævention blandt marginaliserede etniske befolkningsgrupper Decentralisering og inddragelse af samfundet i forbedring af sundheden blandt de fattigste befolkningsgrupper, sygdomskontrol, reproduktiv og seksuel sundhed, kvinder Fremme af initiativer til udryddelse af omskæring af piger	Primær miljøpleje Integration af HIV/AIDS-aktiviteter i ikke-sundhedsprojekter (arbejdspladsen, fagskoler, forældreforeninger, folkeskoleelever) Partnerskaber mellem den offentlige og private sektor	Udformning af bæredygtige sundhedsfinansieringsstrategier Partnerskaber mellem den offentlige og private sektor Fremme af social sundhedsforsikring	N/A
Grækenland “Statement on United Nations General assembly on HIV/AIDS” juni 2001	Udvidet adgang til sundhedsydelse for de fattige, herunder primær sundhedspleje og lægemidler Overførbare sygdomme (HIV/AIDS, malaria og tuberkulose), særlig forebyggelse og bekæmpelse af HIV/AIDS Forbedring af mor/barnsundhed og reproduktiv sundhed	Multisektorale tilgange, som involverer sundhed, uddannelse og fattigdom	Udformning af bæredygtige sundhedsfinansieringsstrategier	Støtte til WHO, UNICEF, UNAIDS, UNPFA Adgang til lægemidler
Irland Ireland Aid Strategy and Guidelines for the	Styrkelse af sundhedssystemet på nationalt og lokalt plan Støtte til forebyggelse/kontrol af overførbare sygdomme,	Integrering af HIV/AIDS i alle sektorer	Sikre, at støtte fra Ireland Aid tilføres de nationale budgetter	Fortaler i FN, EU og andre internationale organisationer

<p>Health Sector 2000</p> <p>A HIV/AIDS Strategy for the Ireland Aid Programme 2000</p> <p>Guidelines for Ireland Aid support to Water and Sanitation 2000</p> <p>Promoting Ireland's Interests: strategy statement of the Department of Foreign Affairs 1998 – 2000</p>	<p>reproduktiv sundhed, udvikling af de menneskelige ressourcer, information og overvågning</p> <p>Støtte til decentrale sundhedsydelse og styrkelse af samfundsbaseerede initiativer</p> <p>Støtte til forebyggelse af HIV/AIDS, afhjælpning af sygdommens konsekvenser gennem indgreb fra institutioner, integrering og målrettede aktioner</p>	<p>Undersøgelse af de sundhedsmæssige virkninger af støtte fra Ireland Aid til andre sektorer</p>	<p>Lette udviklingen af MTEF og sundhedsfinansieringsstrategier</p> <p>Støtte til pilotprojekter for omkostningsdækningsordninger</p>	<p>Støtte til internationale initiativer og nogle offentlige/private partnerskaber</p> <p>Støtte til multilaterale organisationer såsom WHO, UNICEF, UNAIDS</p>
<p>Italien</p> <p>Udenrigsministeriet, departementet for udviklingssamarbejde "Linee guida della cooperazione italiana sulla riduzione della povertà" oktober 1999</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>
<p>Luxembourg</p> <p>Udenrigsministeriet, direktoratet for udviklingssamarbejde</p> <p>- Une stratégie pour la coopération luxembourgeoise 1997</p> <p>- La lutte contre la pauvreté dans la coopération luxembourgeoise</p> <p>- Årsrapport 1999</p>	<p>Fortsat investering i menneskelige ressourcer, særlig inden for uddannelse og primær sundhedspleje</p>	<p>Integrerede aktioner for bekæmpelse af fattigdom på forskellige planer (sundhed, transport, landbrug, vand, familieplanlægning, kvindernes rolle, mikrokreditter)</p>	<p>N/A</p>	<p>Partnerskaber med UNFPA, WHO, UNRWA, OECD (DAC-retningslinjer)</p>
<p>Nederlandene</p> <p>Sector-wide approaches for health development: Dutch field experiences in international co-operation (1999)</p> <p>Dutch policy and practice in reproductive health (1999)</p>	<p>Behandling af fattigdomsbetingede sundhedsproblemer</p> <p>Forbedring af reproduktiv og seksuel sundhed</p> <p>Styrkelse af sundhedssystemerne</p> <p>Mindskelse af spredningen af HIV/AIDS og af virkningerne heraf for enkeltpersoner og samfundet</p>	<p>Integrering af sundhedsanliggender i andre sektorer</p> <p>Samarbejde med andre departementer om at forbedre og støtte tværsektorale aktioner</p>	<p>N/A</p>	<p>Støtte til multilaterale organisationer, herunder WHO, UNFPA, UNAIDS, UNICEF, Verdensbanken</p> <p>Globale sundhedsinitiativer</p> <p>Globale offentlige goder</p>

<p>Water supply and sanitation in developing countries (1998)</p> <p>Nutrition: interaction of food, health and care (1998)</p> <p>Progress report on HIV/AIDS (1998, 2002 under udarbejdelse)</p> <p>Poverty and HIV/AIDS (2001)</p> <p>Poverty and health (2001)</p>		<p>Multisektorale anliggender (f.eks. reproduktiv sundhed, ernæring, vand og sanitet) i sundhedsrelaterede SWAPs</p> <p>Integrering af HIV/AIDS</p>		<p>Adgang til lægemidler, WTO/TRIPs</p>
<p>Portugal</p> <p>Sundhedsministeriet</p> <p>“Health a compromise – a health strategy at the turning of the century (1998-2002)”</p> <p>“Guidelines Health – contribution for the great plan options”, 2001</p>	<p>Prioritering af mindskelse af sundhedsforskellene mellem befolkningsgrupper</p> <p>Strategi for forbedring af adgangen til det nationale sundhedssystem for de fattigste befolkningsgrupper og migranter</p> <p>Sundhedsprogrammer og -projekter for familieplanlægning, vaccinationer, HIV/AIDS, og tuberkulose, misbrugere</p> <p>Samarbejdsprogrammer for uddannelse og udviklingssamarbejde</p>	<p>Overvågning af kvaliteten af vand og sanitet</p> <p>Overvågning af miljøforurening</p> <p>Fremme af sundhedsskoler</p>	<p>Samarbejde med ministeriet for arbejde og solidaritet</p>	<p>Støtte til Verdensbanken, WHO, UNAIDS, UN, UNICEF</p>
<p>Spanien</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>
<p>Sverige (SIDA)</p> <p>“Handbook for Mainstreaming Gender in the Health Sector”, juni 1997</p> <p>“Investing for Future Generations. Sweden’s International Response to HIV/AIDS”, 1997</p> <p>“Policy for development Co-operation, Health Sector” June 1997</p>	<p>Udvikling af sundhedssystemet</p> <p>Sikre dækning med sundhedsydelser af acceptabel, omkostningseffektiv kvalitet, ligestilling mellem kønnene, offentlig/privat finansiering</p> <p>Forbedring af seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder</p> <p>Folkesundhed, immunisering og børnesundhed, lægemiddelpolitik og rational anvendelse af lægemidler</p>	<p>Udvidet rolle for sundhedssektoren med hensyn til at påvirke andre sektors sundhedsrelaterede politik</p> <p>Multisektorale tilgange</p>	<p>Udformning af bæredygtige sundhedsfinansieringsstrategier</p>	<p>N/A</p>

<p>“Strategy for Development Co-operation, Sexual and reproductive Health and Rights” 1997</p> <p>“Position Paper: Population, Development and Co-operation” 1997</p> <p>“Facts and Figures 2000: Health and Development”</p>				
<p>UK (DFID)</p> <p>DFID “Better Health for Poor People- Strategies for Achieving the International development targets” November 2000</p>	<p>Angribe fattiges prioriterede sundhedsproblemer</p> <p>Investere i stærke og effektive sundhedssystemer</p> <p>Arbejde for et mere effektivt globalt respons på HIV/AIDS</p> <p>Skabe sociale, politiske og fysiske rammer for forbedring af sundheden</p> <p>Forbedring af reproduktiv og seksuel sundhed</p> <p>Forbedring af sundheden blandt børn</p> <p>Mødresundhed</p> <p>Millennium-udviklingsmålene</p>	<p>Bedre adgang til rent vand og sanitet</p> <p>Integrering af HIV/AIDS</p> <p>Uddannelse</p>	<p>Budgetstøtte</p> <p>SWAPs</p> <p>Fattigdom og sundhed</p>	<p>Investering i fremskaffelse af ny viden gennem WHO og direkte finansierede programmer</p> <p>Globale offentlige goder</p> <p>Adgang til lægemidler</p> <p>Støtte til UNICEF, UNFPA, UNAIDS, IPPF</p>

Af en første vurdering af ovenstående kan der drages følgende konklusioner: De fleste medlemsstater har veludformede sundhedspolitikker for udviklingslandene og nogle har nyformuleret deres politik som led i fattigdomsløpelse. De fleste medlemsstater fokuserer i første række på landniveauet for at forbedre sundhedsresultaterne for de fattige, og nogle spiller en nøglerolle på globalt plan. Man er mindre opmærksom på policy-sammenhængen på landplan og globalt plan. Kun få medlemsstater fokuserer på en multisektoral tilgang inden for sundhed ud over HIV/AIDS. Kun få medlemsstater koncentrerer sig om retfærdig og redelig finansiering af og investering i globale offentlige goder.