

# 12 Svenskt hälsobistånd: behövs en omstart?

Jesper Sundewall

- Många länder har genomgått en stark ekonomisk utveckling och parallellt sett stora förbättringar i befolkningens hälsa.
- Sveriges bilaterala hälsobistånd har inte följt med i denna utveckling och behöver omprövas. Detta illustreras med exempel från Zambia, Uganda och Bangladesh.
- För att vara fortsatt relevant i framtiden behöver svenskt hälsobistånd fokuseras mer till de allra fattigaste länderna, ha en bredare hälsosystemsansats och bygga ännu tydligare på tillit och partnerskap.

## Introduktion

Det svenska biståndet genomgår just nu stora förändringar. Sedan 2022 har Sveriges regering övergett enprocentsmålet och introducerat en ny biståndspolitik som tydligare kopplar biståndet till andra politikområden, såsom handel och migration. Resurser har omprioriterats från exempelvis forskning till prioriterade länder som Ukraina. Dessutom har Sida fått en ny generaldirektör och genomgått en omorganisation. Regeringens styrning av biståndet, som tidigare byggd på strategier och målsättningar, ses över med målet att minska såväl antalet strategier som antalet mål. Finansieringsmodellen för civilsamhällets partnerorganisationer förändras och i oktober 2024 lanserade regeringen en strategi för biståndet kopplat till migration och återvandring. Kort sagt, det pågår omfattande förändringar inom svensk biståndspolitik.

Med tanke på de förändringar som pågår inom det svenska utvecklingssamarbetet är det ett bra tillfälle att reflektera över en av de främsta prioriteringarna inom svenskt bistånd: hälsa. Under många år har området hälsa utgjort cirka 10–14 procent av Sveriges totala bistånd och omfattat många olika typer av insatser och stöd. Dessa sträcker sig från kärnstöd till FN och Globala fonden till regionalt påverkansarbete inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) samt bilaterala hälsosamarbeten med enskilda länder.

Syftet med detta kapitel är att utifrån mina mer än 20 års erfarenhet inom svenskt utvecklingssamarbete inom hälsa diskutera och kritiskt reflektera över den bilaterala biståndsmodellen, med särskilt fokus på det svenska hälsobiståndet. Mitt fokus är länder där Sverige haft ett långsiktigt utvecklingssamarbete, inte länder som befinner sig i konflikt eller som har ett övervägande humanitärt stöd. Jag kommer främst att använda exempel från Zambia men även från Uganda och Bangladesh. Jag föreslår också hur svenskt bilateralt hälsobistånd kan förändras för att vara relevant även i framtiden.

## **En (personlig) tillbakablick på svenskt hälsobistånd**

Men innan vi kommer dit, låt mig först ta er med drygt 20 år tillbaka i tiden. I oktober 2002 anlände jag till Kampala, Ugandas huvudstad. Det var min första resa till södra Afrika och min debut som konsult inom utvecklingssamarbete. Uganda var det första av tre länder jag skulle besöka inom ramen för ett uppdrag att granska en då mycket populär biståndsmodell inom hälsosektorn, SWAp (”sector-wide approach”), som syftade till att stödja hela hälsosektorn snarare än enskilda delar av den. Under de följande månaderna besökte jag även Zambia och Bangladesh.

Alla tre länder präglades av utbredd fattigdom; 66 procent av Ugandas befolkning levde i extrem fattigdom, jämfört med 55 procent i Zambia och 33 procent i Bangladesh. Samtliga länder stod även inför stora hälsoutmaningar, särskilt Zambia som var hårt drabbat av hiv/aids-pandemin vilket hade bidragit till att den förväntade livslängden sjunkit till så lågt som 47 år (se tabell 1). Gemensamt för de här länderna var också att Sverige har haft en långvarig biståndsnärvaro och har arbetat med långsiktigt utvecklingssamarbete med hälsa som ett av fokusområdena. Inget av länderna klassificerades som konfliktområde eller präglades av större humanitära kriser. Det var länder med låg BNP per capita. De bedömdes ha relativt goda förutsättningar för både ekonomisk och social utveckling, där Sverige gav stöd till breda hälsosektorprogram.

Under de drygt 20 år som gått sedan min första resa har mycket förändrats. Den ekonomiska utvecklingen har tagit fart, särskilt i Bangladesh. Sedan 2015 klassificeras landet som ett lägre medelinkomstland, och även Zambia balanserar på den gränsen. Tack vare storskalig behandling av hiv har den förväntade livslängden också ökat avsevärt, särskilt i Uganda och Zambia (se tabell 1). Sammantaget visar utvecklingen på flera positiva framsteg.

**Tabell 1: Indikatorer för hälsa och ekonomisk utveckling i Zambia, Uganda och Bangladesh 2002 och 2022**

Indikator	2002			2022		
	Uganda	Zambia	Bangladesh	Uganda	Zambia	Bangladesh
Förväntad livslängd (år)	50	47	67	63	61	72
Andel av befolkningen som lever i extrem fattigdom (%)	66	56	33	42	64	5
Mödra-dödlighet (antal dödsfall per 100 000 födselar)	537	465	410	375	213	173
BNP per capita (Int Dollar, PPP)	1 335	2 372	2 382	2 246	3 237	5 911

Källa: Ourworldindata.org. Senaste år, ibland inte 2022.

Trots den till synes positiva utvecklingen av ekonomin och hälsan är bilden mer komplex. Även om Zambia har haft en ekonomisk utveckling så har andelen människor som lever i extrem fattigdom ökat från 55 procent till 64 procent under åren 2002–2022. De ökade klyftorna mellan fattiga och rika visar att ekonomisk tillväxt inte automatiskt gynnar hela befolkningen. Det blev väldigt tydligt när jag själv i november 2023 besökte vårdcentraler utanför Solwezi i nordvästra Zambia. Solwezi är en stad där gruvnäringen expanderat kraftigt de senaste åren och som därmed har vuxit snabbt. Samtidigt var det slående hur lite av den ekonomiska utvecklingen som nått landsbygden utanför Solwezi och det kändes som om tiden stått stilla sedan mitt första besök 2002. Jordbruket bedrivs fortfarande manuellt, elektricitet och mobiltelefon täckning saknas, vårdcentralerna är underbemannade och dåligt utrustade.

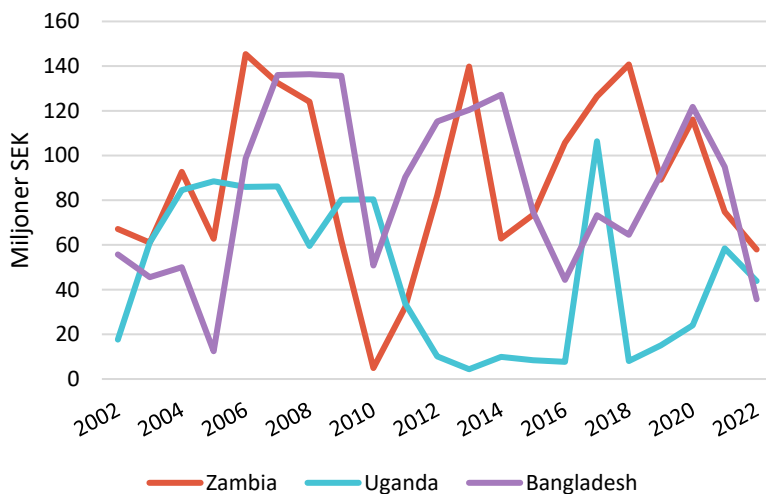
## Från program till projekt

Vad har då skett med det svenska biståndet, särskilt hälsobiståndet som är i fokus för min text, under samma period? En sammanställning av data från Openaid visar att det svenska hälsobiståndet till Uganda, Zambia och Bangladesh har varierat kraftigt över tid (se figur 1). Trots att alla tre länder har varit mottagare av svenskt hälsobistånd i många år har de utbetalade beloppen fluktuerat avsevärt. Vad ligger bakom de stora variationerna? Det finns flera förklaringar, både interna och externa. Till exempel har budgetutrymmet för svenskt bistånd och prioriteringar varierat över tidsperioden, vilket bidragit till svängningarna. Delvis rör det sig också om utbetalningstekniska frågor som att resurser betalats ut i förväg, vilket gett ett högre belopp ett år följt av ett lägre belopp nästa år.

Men det finns också mer specifika förklaringar. Till exempel märks tydligt effekterna av den korrupsionsskandal som uppdagades i Zambia 2008. Då avslöjades att personer på hälsoministeriet, genom bedrägerier, hade stulit miljontals kronor från hälsobudgeten. Eftersom det svenska hälsobiståndet gick direkt in i denna budget kunde delar av de stulna pengarna betraktas som svenska medel. Skandalen ledde till att Sverige tillfälligt frös sitt bistånd till hälsosektorn, vilket också innebar slutet för SWAp-modellen i Zambia. Efter att i många år ha varit en stor mottagare av svenskt hälsobistånd sjönk stödet till nära noll 2010, för att sedan återhämta sig och överstiga 100 miljoner kronor per år 2013, dock genom andra finansieringsmekanismer.

Uganda och Bangladesh har upplevt liknande svängningar i hälsobiståndet. Denna typ av volatilitet har alltid varit ett kännetecken för biståndsinsatser (se till exempel Östlund, 2018 för en bra översikt). Och alldeles oavsett orsak så är volatiliteten en viktig faktor att belysa, eftersom den begränsar biståndets förmåga att långsiktigt bidra till ett lands övergripande utveckling – något som jag kommer att återkomma till senare.

**Figur 1: Svenskt hälsobistånd till Zambia, Uganda och Bangladesh 2002–2022 (mnkr), sektorkoder 120, 130<sup>1</sup>**



Källa: Openaid.se

Men om vi, i stället för att fokusera på de årliga utbetalningarna av bistånd, fokuserar på *hur* biståndet har getts framträder några tydligare trender. Under de första åren av 2000-talet präglades biståndet av en bred, programbaserad ansats. Den dominerande modellen 2002 i alla tre länder var olika varianter av SWAp. Givare beskrev entusiastiskt denna biståndsmodell, vilken innebar att medel kanaliserades till en specifik sektor, till exempel hälsosektorn, eller direkt till statsbudgeten som budgetstöd. I stället för att finansiera enskilda projekt, som dithills varit den dominerande biståndsmodellen, samfinansierade biståndsgivarna en övergripande plan för landets eller hälsosektorns utveckling. I alla tre länderna konkretiserades detta genom en strategisk plan för hälsosektorn och ett budgetramverk som specificerade kostnaderna för att genomföra planen.

<sup>1</sup> Sektorkoder används för att klassificera biståndet. Sektorkod 120 är ”hälsa” och sektorkod 130 är ”befolkningsfrågor och reproduktiv hälsa”. Sektorkod 130 rymmer merparten av Sveriges hälsobistånd som går till SRHR. Tillsammans fångar sektorkoderna 120 och 130 merparten av det svenska hälsobiståndet.

Planen var framtagen av mottagarlandet och finansierades gemensamt av hälsoministeriet och givarna, och den följdes upp vid regelbundna möten. I Zambias fall fanns det vid hälsoministeriet även en särskild enhet vars uppgift var att samordna alla givare (J. Sundewall & Sahlin-Andersson, 2006).

SWAp-modellen för bistånd var i linje med de idéer som växte fram under tidigt 2000-tal om hur biståndet kunde göras mer effektivt. Idéerna formaliserades senare i Parisdeklarationen om biståndseffektivitet 2005 (OECD, 2005). Den bärande idén i Parisdeklarationen, liksom i de initiativ som följde, var att biståndets effektivitet kunde öka genom bättre samordning. Deklarationen beskrev fem huvudprinciper för biståndseffektivitet:

1. Ägarskap: Mottagarländerna ska ha fullt ägarskap över sina utvecklingsstrategier, vilket innebär att de själva formulerar och implementerar sina nationella planer. Detta ger dem mer kontroll och ansvar för hur biståndet används.
2. Anpassning: Givarländerna ska anpassa sitt bistånd till mottagarländernas prioriteringar och system. Det innebär att stödet ska ges inom mottagarlandets institutionella ramar, snarare än genom parallella system som givarländerna själva skapar.
3. Harmonisering: Givarna ska samordna sina insatser för att minska fragmenteringen av biståndet. Detta förhindrar duplicering och ökar effektiviteten genom att biståndsaktiviteter harmoniseras.
4. Resultatfokus: Biståndsinsatserna ska fokusera på att uppnå tydliga och mätbara resultat. Givare och mottagare ska tillsammans följa upp och utvärdera framstegen mot specifika utvecklingsmål.

Ömsesidigt ansvarstagande: Givar- och mottagarländerna ska gemensamt vara ansvariga för biståndets resultat. Båda parter ska hållas ansvariga för att uppfylla sina åtaganden och använda biståndet effektivt.

Även om de flesta givare idag har övergett SWAp som biståndsmodell, och Parisdeklarationen har tappat sin relevans som en vägledande princip för bistånd, lever idéerna från deklarationen kvar i dagens diskussioner om hälsobistånd. Nationellt ägarskap anses fortfarande vara centralt, även om det inte alltid relateras till nationella utvecklingsplaner. Anpassning till mottagarländernas system och harmonisering av insatser anses fortsatt vara viktigt för biståndets effektivitet. Men i takt med att biståndsgivarnas krav och regler blivit strängare har utrymmet för anpassning till mottagarländernas system minskat.

Resultatfokuset har skiftat från att i huvudsak bedöma ett lands övergripande utveckling till att mest fokusera på mätbara resultat som kan kopplas till specifika biståndsgivare. Resultatorienteringen är en av flera förklaringar som har lett till ett ökat fokus på bistånd i projektform, eftersom det är enklare att mäta resultat i avgränsade projekt. Till exempel är det lättare att räkna hur många säkra förlossningar svenskt bistånd har finansierat inom ett specifikt mödrahälsoprojekt än att förklara hur hälsobiståndet bidrar till den övergripande utvecklingen av mödrahälsan i ett land.

## **Dags att ompröva den bilaterala biståndsmodellen?**

Under de senaste 20 åren har vi alltså sett en i många avseenden positiv utveckling i flera länder vad gäller hälsa och ekonomisk utveckling. Samtidigt har det svenska hälsobiståndet gått från en mer övergripande ansats tillbaka till en modell där det i större utsträckning finansierar avgränsade projekt. Mot denna bakgrund finns det flera starka argument för att ifrågasätta det bilaterala hälsobiståndet, eller åtminstone formerna för hur det ofta genomförs. I följande avsnitt tar jag upp tre argument som jag menar är särskilt relevanta: 1) Biståndets ekonomiska betydelse har minskat i många länder. 2) Fokus på resultat och kontroll bidrar till skapandet



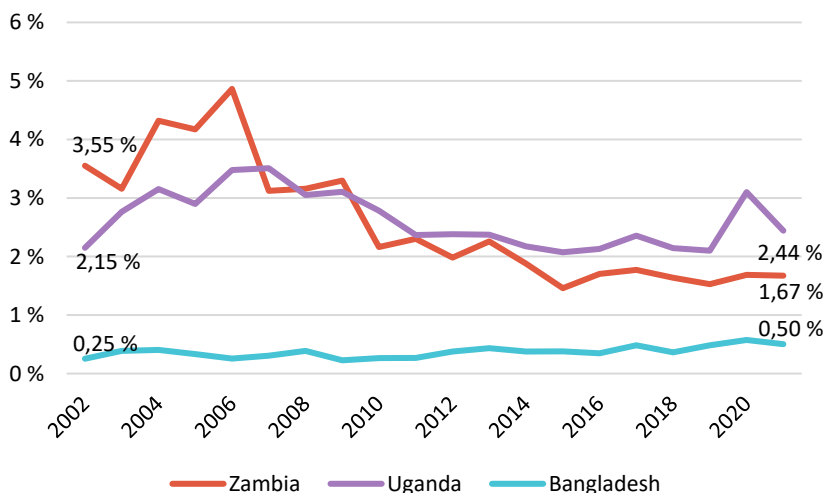
av parallella strukturer. 3) Med ett projektbaserat bistånd blir det svårare att upprätthålla ett fokus på landets utveckling och att stärka dess hälsosystem.

## **Biståndets ekonomiska betydelse har minskat**

Fokus för det svenska hälsobiståndet i de tre länder som behandlas här har varit att öka tillgången till hälso- och sjukvård, särskilt inom mödra- och barnhälsovård. Själva tillhandahållandet av vårdtjänster har alltså varit centralt. Detta har gällt oavsett om hälsobiståndet har fokuserats till projekt eller inom ramen för SWAp. Men hur viktigt är egentligen biståndet för de här ländernas ekonomi? Det är en svår fråga att ge ett kortfattat och enkelt svar på, men låt mig försöka sätta biståndets storlek i perspektiv.

Figur 2 visar hur det totala biståndets andel av BNP har förändrats från 2002–2021 i alla tre länderna. I Uganda, det fattigaste av de tre länderna, har biståndets andel av BNP ökat något. Även i Bangladesh har andelen ökat. I Zambia har det däremot skett en tydlig minskning av biståndet i förhållande till landets ekonomi. I alla tre länderna motsvarade dock biståndet en mycket liten del av den totala ekonomin – mellan 0,5 och 2,4 procent 2021.

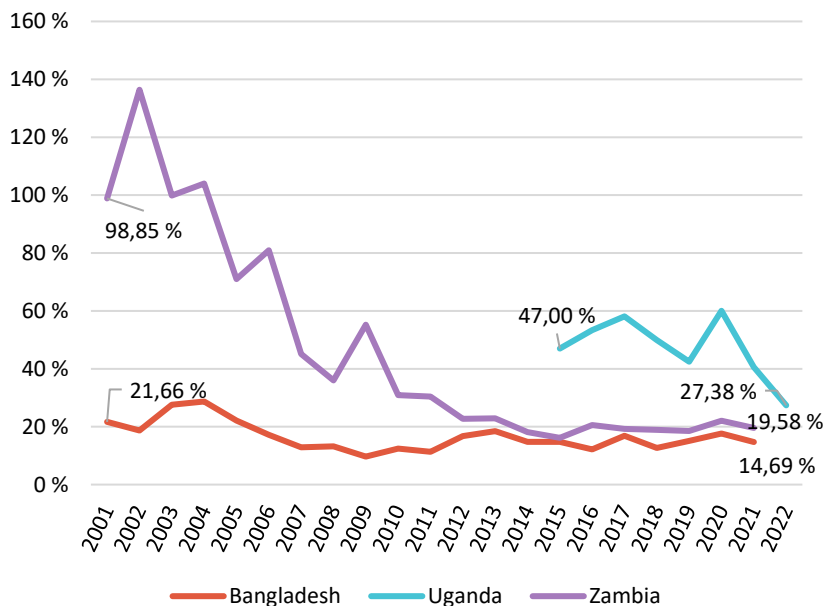
**Figur 2: Biståndet som andel av BNP i Zambia, Uganda och Bangladesh 2002–2021 (totalt bistånd per capita/BNP per capita, US-dollar)**



Källa: Egna beräkningar med data från ourworldindata.org.

Ett annat sätt att förstå biståndets ekonomiska betydelse är att sätta det i relation till storleken på statsbudgeten. Figur 3 visar det totala biståndet i förhållande till statsbudgeten i de tre länderna. I Zambia har det skett en kraftig nedgång, från omkring 100 procent (det vill säga att hälsobiståndet var lika stort som landets egen hälsobudget) 2001 till ungefär 20 procent 2021. I Uganda och Bangladesh har biståndet i förhållande till statsbudgeten också minskat. Minskningen i samtliga tre länder pekar på att biståndets betydelse i förhållande till den totala ekonomin har avtagit och visar att biståndet inte längre är lika viktigt som en överföring av finansiella resurser, även om det fortfarande utgör en betydande andel.

**Figur 3: Biståndet som andel av statsbudgeten i Uganda, Zambia och Bangladesh 2001–2022**



Källa: Egna beräkningar baserat på data från Världsbanken.

Forskning som jag själv varit delaktig har visat att biståndets effekt är som störst när det utgör en betydande del av resurserna i ett land. I vår studie mätte vi effekter av bistånd för SRHR, bland annat andelen säkra förlossningar och användningen av preventivmedel. I båda fallen var effekten av biståndet större när biståndets utgjorde en större andel av de totala hälsoutgifterna (Sundewall, Ekman & Schmit, 2023). Resultatet från vår studie utgör ett argument för att hälsobiståndet bör omprövas när dess andel av de totala resurserna i mottagarlandet är mindre. I ett sådant läge blir det viktigare att fundera på vad biståndet faktiskt finansierar och i vilken utsträckning det tillför resurser som länderna själva har svårt att mobilisera.

I takt med att biståndets ekonomiska betydelse minskar finns det därför goda skäl att reflektera över vad det svenska hälsobiståndet kan och bör bidra med i länder som Uganda, Zambia och

Bangladesh. Min huvudpoäng är att det blir alltmer uppenbart att länderna själva måste stå för den största delen av kostnaderna för hälso- och sjukvård. Hälsobiståndet kan därför fortfarande spela en roll men främst genom specifika stödinsatser som inte i första hand handlar om att tillhandahålla vårdtjänster. Behoven av att utveckla hälsosektorn är fortfarande stora. Hälsoproblemen är många och sjukdomsördan ökar, särskilt med den växande utmaningen som icke smittsamma sjukdomar innebär, vilket Anders Nordström lyfter tydligt i kapitel 2 i den här antologin. Ojämligheter i hälsa och tillgång till vård är fortsatt betydande. Och även om biståndets övergripande ekonomiska betydelse har minskat innebär det inte nödvändigtvis att mottagarlandets resurser för hälsa har ökat i motsvarande grad; många låginkomstländer har haft svårt att öka sina stats- och hälsobudgetar på grund av låg och ineffektiv beskattning.

## **Fokus på resultat och kontroll bidrar till parallella system och strukturer**

Under de senaste 20 åren har svenskt bistånd, inklusive hälso-biståndet, utvecklats mot ett ökat fokus på resultat och kontroll. Som jag tidigare nämnt var SWAp en vanlig samarbetsmodell där biståndsgivare medvetet släppte en del av kontrollen över pengar och prioriteringar för att kunna samfinansiera bredare utvecklingsplaner med resurser som kanaliserades via mottagarlandets budget. På senare år har biståndet rört sig i en riktning som står i kontrast till Parisdeklarationens grundidéer. SWAp som biståndsmodell är mycket mindre vanlig. Två huvudsakliga skäl till dess minskade popularitet är: 1) den upplevda risken för korruption, då många mottagarländer har svagare system för kontroll och revision, och 2) svårigheten att visa specifika resultat som biståndet har uppnått.

För att få en bättre kontroll över pengar, och för att kunna visa tydliga resultat, har biståndsgivare implementerat egna system för revision och uppföljning. Ett exempel från Zambia, som jag följde nära, var att Sverige i sitt stöd till ett projekt för mödra- och

barnhälsa utformade ett eget system för resultatbaserad finansiering (RBF), vilket endast tillämpades på svenska biståndsmedel (och delvis amerikanska medel som delegerats till Sverige) och i de provinser där projektet genomfördes. Tanken bakom RBF-ansatsen i Zambia var att ge incitament för goda prestationer genom ett brett stöd till mödra- och barnhälsa som följdes upp utifrån fem nyckelindikatorer. Men det visade sig besvärligt att följa upp resultaten. Brister i data gjorde uppföljningen svår och tidskrävande. Vårdpersonalen hade också dålig kännedom om hur RBF-modellen fungerade, vilket väckte frågor kring dess effektivitet (Bergman, Forsberg, & Sundewall, 2021). Sida ställde även krav på separat revision, vilket ledde till att ett parallellt revisionssystem behövde införas på både nationell och provinsiell nivå, vid sidan av Zambias hälsoministeriums egna system.

## Projektbistånd stärker inte hälsosystem

Att *stödja* ett hälsosystem innebär att tillhandahålla resurser för att hjälpa systemet att klara sina dagliga funktioner. Att *stärka* ett hälsosystem betyder å andra sidan att förbättra systemets långsiktiga kapacitet och motståndskraft. Under de 20 år jag har följt svenskt hälsobistånd har det gått från att huvudsakligen baseras på program och SWAp-modeller till att bli mer projektbaserat. Ett hälsobistånd i projektform, som fokuserar på att finansiera ökad tillgång till hälso- och sjukvård, kan utgöra ett *stöd* till ett hälsosystem men kommer att ha svårt att bidra till att *stärka* det. Låt mig ge ett exempel.

De huvudsakliga kostnaderna i ett hälsosystem utgörs av a) vårdpersonal och b) läkemedel och medicinska produkter. I Zambia visade en studie som jag var med och genomförde att lönekostnaderna utgjorde cirka 80 procent av distriktens budget för hälso- och sjukvård (Jackson, Forsberg, Chansa, & Sundewall, 2020). Löner till vårdpersonal är alltså den absolut största utgiftsposten i hälsobudgeten.

Generellt har biståndsgivare varit ovilliga att finansiera löpande kostnader, som löner, i hälsosystemet eftersom det ansetts ohållbart om biståndet skulle minska eller upphöra. Trots att Sverige haft långvariga samarbeten med Zambia, Uganda och Bangladesh, har det funnits en ovilja att långsiktigt binda upp resurser. Hälsobiståndet har därmed präglats av kortsiktighet och har inte finansierat de största utgiftsposterna i systemet, samtidigt som vi vet att långsiktighet är avgörande för att bygga upp ett starkt hälsosystem. I stället har hälsobiståndet i många projekt som syftar till att öka tillgången till hälso- och sjukvård finansierat utrustning (som ambulanser och sängar), infrastruktur (som renovering av vårdcentraler) och projektanställd personal för specifika stöd. Det stora svenskstödda hälsobiståndsprojekt i Zambia som jag nämnde tidigare följde denna modell med öronmärkta medel för specifika kostnader på distrikts- och provinsnivå. Samtidigt genomförs denna typ av projekt alltid inom ramen för landets hälsosystem och är därmed helt beroende av den vårdpersonal som redan finansieras via landets hälsobudget.

Det finns en inneboende svaghet i att biståndsprojekt genomförs inom ett lands hälsosystem men samtidigt inte finansierar de huvudsakliga kostnaderna för systemet. Biståndets förmåga att nå resultat är beroende av ett hälsosystem vars största kostnader givarna inte är beredda att täcka. Sverige är inte unikt i sin ovilja; många biståndsorganisationer i andra länder arbetar efter samma logik, vilket har bidragit till en ”vertikaliserings” och ”projektifiering” av hälsosystemen i flera låginkomstländer. Globala fonden har till exempel ofta kritiserats för att deras fokus på tre specifika sjukdomar (hiv/aids, tuberkulos och malaria) har bidragit till vertikala strukturer i mottagarländer. I värsta fall kan biståndsprojekt till och med försvaga hälsosystemet genom att bidra till en ökad fragmentering av ett redan svagt system, till exempel genom fler rapporteringskrav och en ökad administrativ börda för mottagarlandet.

## Ett svenskt hälsobistånd för framtiden

Det finns många starka argument för att Sverige ska ha ett omfattande och generöst bistånd. Jag kan hänvisa till både rättvise- och solidaritetsargument, liksom till det faktum att Sverige kan gynnas av en positiv utveckling i mottagarländerna där relationen går från att vara mellan biståndsgivare och mottagare till ett mer jämlikt partnerskap.

I denna text har jag försökt lyfta fram kritik mot hur Sveriges bilaterala hälsobistånd ofta genomförs idag och betonat behovet av förnyelse. Men min text ska inte tolkas om en önskan om att Sveriges hälsobistånd ska backa tillbaka till hur det var för 20 år sedan. Det fanns många utmaningar med SWAp som biståndsform: SWAp-modellen visade sig i flera fall vara föremål för ökade korruptionsrisker. Den nödvändiga samordningen krävde mycket av såväl givare som mottagare och det saknades ofta tid och resurser för detta.

Det som var positivt med SWAp var att hälsobiståndet hade en bred ansats utifrån en nationell plan, vilket jag vill hävda är svårare att göra med ett hälsobistånd som i huvudsak finansierar projekt. Så, hur borde vi göra i stället?

## Direkt hälsobistånd ska fokusera på de minst utvecklade och mest sårbara länderna

Jag har visat hur biståndet till de tre länderna har fluktuerat i omfattning, format och innehåll. Biståndets ekonomiska betydelse har också minskat. Det är därför rimligt att fråga om svenskt bistånd i länder som Zambia, Uganda eller Bangladesh fortsatt bör finansiera hälso- och sjukvårdstjänster. Slutsatsen är att biståndet antagligen inte bör göra det, särskilt inte i Bangladesh och Zambia. Både Bangladesh och Zambia har nått en nivå av ekonomisk utveckling då det är rimligt att de finansierar tillhandahållandet av hälso- och sjukvård med i huvudsak egna resurser.

Min slutsats är varken unik eller ny. Redan 2013 påpekade Lancetkommissionen om investeringar i hälsa att direkt hälsobistånd för att tillhandahålla vårdtjänster blir allt mindre relevant i länder som nått en viss nivå av ekonomisk utveckling. Kommissionen rekommenderade i stället att direkt hälsobistånd i första hand bör riktas till de allra fattigaste länderna och till länder i konflikt (Jamison et al., 2013). En rekommendation som upprepas av den senaste Lancetkommissionen (CIH 3.0) som sammanfattas i kapitel 3 i den här antologin.

CIH 3.0 argumenterar även för att hälsobistånd till länder som befinner sig högre upp på utvecklingskurvan bör fokusera på områden som av olika skäl kräver extern finansiering. Det kan handla om känsliga SRHR-frågor, som tillgång till abort och preventivmedel, vilka kan vara svåra för länderna att finansiera själva. Andra områden där biståndet kan spela en roll är sådana som kräver samarbete över landsgränser, till exempel kontroll av infektionssjukdomar, pandemibekämpning eller utveckling och tillverkning av läkemedel. Detta är alla exempel på frågor som ett land inte kan hantera på egen hand och som har visat sig svåra att hitta sätt att finansiera. Svenskt hälsobistånd har spelat en viktig roll inom samtliga ovan nämnda områden, men det kan stärkas ytterligare. Frågor kring antibiotikaresistens, pandemibekämpning och läkemedelsutveckling ligger också högt upp bland frågor i EU:s globala hälsost strategi som lanserades 2023 (strategin beskrivs i mer detalj i kapitel 8). Det kan vara värt att överväga om Sveriges engagemang i hälsofrågor av global karaktär i större utsträckning bör drivas genom EU.

Ett ytterligare tänkbart utvecklingsområde för svenskt hälsobistånd är så kallat institutionsbyggande. Det kan innebära att ge stöd för att utveckla myndigheters förmåga att styra hälso- och sjukvården, till exempel genom att bygga upp nationella folkhälsomyndigheter. Det kan också handla om att stärka kompetensen inom hälsoforskning vid nationella universitet. Sverige har historiskt bidragit till uppbyggnad av lokal hälsoforskning, och många framgångsrika



samarbetsprojekt har etablerats genom åren mellan svenska universitet och lärosäten i låginkomstländer (vilket beskrivs i mer detalj i kapitel 9 om forskning). Dock har stödet gått via Sidas forskningsbudget och har därför inte varit en lika tydlig del av det bilaterala hälsobiståndet. Svenskt hälsobistånd skulle kunna spela en större roll i institutionsbyggandet i samarbetsländerna i framtiden genom att bidra med svensk expertis från myndigheter, privat sektor och universitet och erbjuda tillgång till svenska utbildnings- och forskningsresurser i Sverige eller på det egna lärosätet.

## **Hälsobiståndet måste gå hand i hand med mottagarlandets utveckling av hälsosystemet**

En annan utmaning för hälsobiståndet är att hänga med i mottagarländernas utveckling. Som jag tidigare nämnt har Zambia, Uganda och Bangladesh upplevt ekonomisk tillväxt de senaste 20 åren; särskilt gäller detta Bangladesh, där utvecklingen tagit ordentlig fart. Med denna tillväxt har också en växande medelklass uppstått, som lever moderna liv i stora städer. Medelklassen i låg- och medelinkomstländer har legitima förväntningar på att landets hälsosystem utvecklas för att möta även deras behov, som exempelvis behandling av hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Samtidigt har biståndet ett tydligt fokus på fattigdomsbekämpning, där resurserna ska satsas på de fattigaste och mest utsatta grupperna. Utvecklingen har också lett till en expansion av den privata vårdsektorn i dessa länder. Privatvården fungerar ofta parallellt med det offentliga systemet och är svår att nå med bistånd som kanaliseras via nationella regeringar. Här krävs innovativa lösningar för att säkerställa att både offentlig och privat vård samordnas och följer gemensamma riktlinjer och kunskapsunderlag.

Situationen som beskrivs ovan skapar spänningar som biståndsgivare måste förhålla sig till. Zambia är återigen ett intressant exempel. År 2019 införde Zambia en nationell hälso- och sjukvårdsförsäkring som ska täcka alla medborgare och göra specialist- och sjukhusvård

tillgänglig till en rimlig kostnad. Primärvården har länge varit avgiftsfri i Zambia, och försäkringsreformen har av politiker i Zambia beskrivits som landets nästa steg i ambitionen att uppnå allmän hälso- och sjukvård ("Universal Health Coverage", UHC).

Att uppnå UHC är ett av målen inom Agenda 2030 som både Sverige och Zambia stöttar. Trots det har biståndsgivarna, inklusive Sverige, hittills visat ett begränsat intresse såväl för reformen som för att stötta dess genomförande. En anledning är troligtvis att försäkringsreformen berör i huvudsak sjukhusvård, vilket traditionellt inte har varit ett fokusområde för hälsobiståndet. Samtidigt utgör sjukhusen en viktig del av vårdkedjan i ett hälsosystem och reformen syftar till att göra sjukhusvård tillgänglig för alla, inklusive de allra fattigaste. Det finns därför goda skäl för biståndsgivare, särskilt Sverige, att engagera sig i denna reform.

I ett större perspektiv, oavsett vad biståndsgivare anser om Zambias försäkringsreform (och det finns definitivt kritik att rikta mot hur den har genomförts), är den nu implementerad och försäkringen en del av det hälsosystem som svenskt hälsobistånd säger sig vilja stärka. Därför måste svenskt hälsobistånd, oavsett om vi anser att försäkringsreformen är en bra idé eller inte, förhålla sig till den. Det är viktigt att förstå hur reformen påverkar tillgången till vård i ett större perspektiv och, inte minst, hur den kan bidra till förbättrad hälsa för befolkningen.

Biståndsgivarnas begränsade intresse för försäkringsreformen knyter också an till den tidigare poängen om biståndsgivares ovilja att finansiera löpande utgifter i ett lands hälsosystem. Den försäkringsreform som Zambia nu genomför omfattar alla offentliga vårdgivare, vars huvudsakliga resurs är den personal som arbetar i systemet. Det råder ständig brist på vårdpersonal i Zambia, på alla nivåer och i de flesta delar av landet. "UHC är moderskeppet"<sup>2</sup> i ett hälsosystem, som Center for Global Development nyligen uttryckte det, och om

---

<sup>2</sup> <https://www.cgdev.org/blog/five-ideas-future-global-health-financing-road-not-yet-taken>.

svenskt hälsobistånd verkligen vill stärka Zambias hälsosystem är det rimligt att även finansiera löner till hälso- och sjukvårdspersonalen i det offentliga systemet.

## Slutord och rekommendationer

Titeln på det här kapitlet ställer frågan huruvida svenskt bilateralt hälsobistånd behöver en omstart. Svaret är att svenskt hälsobistånd i flera länder behöver, om inte omstartas så i alla fall omprövas. Ett bilateralt bistånd som ska bidra till ett lands övergripande utveckling måste samverka med den riktning som landet självt väljer. Den projektfokuserade biståndsmodell som det bilaterala hälsobiståndet numera ofta följer framstår som alltmer irrelevant, särskilt när den syftar till att stödja direkta vårdtjänster. Direkt stöd för att tillhandahålla hälso- och sjukvård ska dessutom fokusera på de minst utvecklade länderna och länder i konflikt.

Inom svenskt bistånd framhålls ofta att vi är en långsiktig och tålmodig partner. Detta stämmer på många sätt och är positivt, eftersom det ger svenskt hälsobistånd möjlighet att bidra till reformer och omställningar som är komplexa och tidskrävande. Men om svenskt hälsobistånd ska gå från att bara stödja hälsosystem till att faktiskt stärka dem, krävs en ännu större långsiktighet. En ansats med mer flexibel finansiering som i högre grad bygger på ömsesidig tillit och mindre på detaljerade mål och resultatkrav bör anammas inom det svenska hälsobiståndet. Givetvis ska biståndets resultat följas upp, men förväntningar på resultat bör vara mer långsiktiga och måste tolkas med försiktighet och förstås i ett större sammanhang av vilken utveckling som mottagarlandet strävar mot.

Den nya biståndspolitik, ”Bistånd för en ny era – Frihet egenmakt och hållbar tillväxt”, lyfter fortsatt fram hälsa och stärkandet av hälso- och sjukvårdssystem som prioriterat. Det är bra – investeringar i hälsa har positiva effekter för hela samhället. Men hur biståndet ges spelar roll. Menar Sveriges regering allvar med intentionen att vilja stärka hälsosystem är det dags att skifta perspektiv mot hur länderna själva väljer att utveckla sina hälsosystem och hur Sverige kan bidra till detta.

## Referenser

- Bergman, R., Forsberg, B. C., & Sundewall, J. (2021). Results-Based Financing for Health: A Case Study of Knowledge and Perceptions Among Stakeholders in a Donor-Funded Program in Zambia. *Global Health: Science and Practice*, 9(4), 936-947.
- Jackson, A., Forsberg, B., Chansa, C., & Sundewall, J. (2020). Responding to aid volatility: government spending on district health care in Zambia 2006–2017. *Global Health Action*, 13(1), 1724672.
- Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J., Berkley, S., Binagwaho, A., . . . Yamey, G. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*, 382(9908), 1898-1955.
- OECD. (No date). The Paris declaration on aid effectiveness: five principles for smart aid. Retrieved from <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/45827300.pdf>
- Sundewall, J., Ekman, B., & Schmit, J. (2023). The role of aid in the provision of sexual and reproductive health services. Retrieved from Stockholm: [https://eba.se/wp-content/uploads/2023/06/Rapport\\_2023\\_01\\_Webb.pdf](https://eba.se/wp-content/uploads/2023/06/Rapport_2023_01_Webb.pdf)
- Sundewall, J., & Sahlin-Andersson, K. (2006). Translations of health sector SWAps--a comparative study of health sector development cooperation in Uganda, Zambia and Bangladesh. *Health Policy*, 76(3), 277-287.
- Östlund, N. (2018). How predictable is Swedish aid? A study of exchange rate volatility.