

standen i de fattigste modtagerlande. I den sammenhæng er det vigtigt, at FN-organisationerne, udviklingsbankerne og donorlandene følger de principper for god udviklingsbistand, der blev fastsat i Paris i 2005 under ledelse af OECD (Paris Declaration), og at der sikres en mere balanceret finansiering af sundhedssektoren med øget vægt på en generel styrkelse af kapaciteten i modtagerlandenes sundhedssystemer.

Korrespondance: *Jørn Heldrup*, Stenløkken 132, DK-3460 Birkerød.
E-mail: heldrupj@dadlnet.dk

Antaget: 9. april 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Sida. Policy for Health and Development. Stockholm: Swedish International Development Cooperation Agency, 2002.
2. Danidas årsberetning 2004. København: Udenrigsministeriet, 2005.
3. Claeson M, Gillespie D, Mshinda H et al. Knowledge into action for child survival. *Lancet* 2003; 362: 323-7.
4. WHO. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
5. De Savigny D, Kasale H, Mbuya C et al. Fixing Health Systems. Ottawa: International Development Research Centre, 2004.
6. Tanzania Demographic and Health Survey 2004-05. Preliminary Report. Calverton: Measure DHS, 2005.
7. DAC. Development Co-operation Report 2005. Paris: OECD, 2005.
8. www.theglobalfund.org/ januar 2006.
9. www.vaccinealliance.org/ januar 2006.
10. Claeson M, Wagstaff A. The Millennium Development Goals for Health. Rising to the Challenges. Washington: The World Bank, 2004.

Danmarks globale ansvar – den danske bistandspolitik

Udviklingsminister Ulla Tørnæs

Danmark indtager en fornem førerposition som et af de lande i verden, der yder mest i udviklingsbistand pr. indbygger. Vi lægger i regeringen stor vægt på at fastholde vores position. Derfor skal vi vedblive at bruge mindst 0,8% af bruttonationalindkomsten på udviklingsbistand, dvs. langt mere end den internationale målsætning på 0,7%. Personligt glæder jeg mig meget over, at en række lande har besluttet at følge trop og øge deres udviklingsbistand. Ikke mindst lande inden for EU, hvor vi sidste år vedtog konkrete mål for, hvordan medlemslandene skal nå 0,7%-målsætningen i 2015 med et mellemliggende mål på 0,56% i 2010. Det er beslutninger, der giver et rigtigt godt udgangspunkt for at fastholde EU's medlemslande på en øget udviklingsindsats.

På det overordnede plan – i forhold til at sikre øgede finansielle resurser til udviklingslandene – er vi altså på rette vej. Men det er ikke kun et spørgsmål om flere penge. Vi må også konstant arbejde for at sikre, at midlerne anvendes så effektivt som muligt til gavn for verdens fattige. I den sammenhæng er det helt afgørende at samarbejde tæt med de nationale myndigheder i de lande, vi støtter, ligesom det er vigtigt at koordinere indsatsen med andre donorer. Vi støtter udvikling af systemer, der kan forbedre planlægningen og gennemførelsen af udviklingsprogrammer. Og vi prioriterer og fokuserer vores indsats der, hvor behovet og effektiviteten er størst.

Globale målsætninger

Mange steder i Afrika dør der fortsat flere end 150 børn pr. 1.000 levendefødte barn under fem år. I vores del af verden dør der under 25. Gennemsnitslevealderen for mænd i f.eks. Zambia er 39 år. I Danmark er den 75 år. I Zambia dør 750 ud

af hver 100.000 kvinder i barselssengen. I Danmark er det under 10. Disse tal er blot få eksempler, der illustrerer, hvor stor en forskel det gør, om man er født i Zambia eller i Danmark. De illustrerer også betydningen af sundhedssektoren.

Udviklingsbistandsindsatsen på sundhedsområdet skal tage udgangspunkt i netop disse udfordringer.

Gennem de seneste år er globale sundhedsspørgsmål kommet mere i fokus. I 2000 illustrerede en rapport fra WHO [1] sammenhængen mellem fattigdom og dårlig sundhedstilstand og dokumenterede, hvordan sygdomsbyrden i de fattigste lande underminerer landenes udviklingsmuligheder. Investeringer i forbedret sundhed ville som følge heraf, konkluderede man i rapporten, ikke blot forbedre leveforholdene for det enkelte menneske, men også virke stimulerende på den økonomiske udvikling og muliggøre en generel forøgelse af levestandarden.

Da verdens ledere i 2000 vedtog de otte 2015-mål, der som overordnet mål har at reducere fattigdom og skabe bæredygtig udvikling, var sundhedsområdet igen i centrum. Tre af de otte mål vedrører sundhed direkte: mål 4 om at nedbringe børnedødelighed, mål 5 om forbedret mødresundhed og mål 6 om bekæmpelse af hiv/aids, malaria og andre smitsomme sygdomme.

Øget international støtte til sundhedsområdet

Den stigende internationale prioritering af sygdomsbekæmpelse og fremme af sundhedstilstanden i verdens fattigste lande er fulgt op af øget støtte fra det internationale samfund. I de senere år har man kunnet se en markant stigning i udviklingsbistanden på sundhedsområdet. Særligt epidemier af smitsomme sygdomme har fået stor opmærksomhed. De helt overvældende konsekvenser af hiv/aids-epidemien, specielt i en række fattige udviklingslande i det østlige og sydlige

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Afrika, hvor op mod 30% af den voksne befolkning er smittet med hiv, og millioner af børn bliver forældreløse som følge af sygdommen, har stor bevågenhed. Det har resulteret i, at der i stigende omfang allokeres resurser direkte til bekæmpelse af hiv/aids. Samme udvikling, om end i mindre omfang, kan ses i forbindelse med forebyggelse af malaria og tuberkulose, hvor der også findes særlige, sygdomsspecifikke initiativer.

Da Copenhagen Consensus i 2004 fremlagde resultatet af en række analyser af de største udfordringer på udviklingsområdet foretaget af nogle af verdens fremmeste økonomer, prioriterede man investeringer i bekæmpelse af hiv/aids højest. For et par måneder siden fremlagde Copenhagen Consensus endnu en række anbefalinger, denne gang baseret på input fra centrale personer i FN-systemet. Højest prioriteret var nu at øge investeringerne i udviklingslandenes basale sundhedssystemer med henblik på at styrke bekæmpelsen af smitsomme sygdomme.

Denne udvikling afspejler dilemmaet mellem at yde støtte til specifikke, afgrænsede og ofte kortsigtede indsætter f.eks. inden for hiv/aids-området eller yde støtte til en bredere og mere langsigtet opbygning af sundhedssektoren. Netop dette dilemma er helt centralt, når man skal prioritere investeringer på sundhedsområdet.

Prioriteringer af bistandsindsatser på sundhedsområdet

Fra dansk side er det målet at finde en balance mellem både at støtte bekæmpelse af omfattende epidemier, der truer hele udviklingsgrundlaget i en række fattige afrikanske lande, og samtidig sikre, at de nødvendige strukturer til at varetage generelle sundhedsydelse for hele befolkningen er til stede.

Den danske bistand på hiv/aids-området er et godt eksempel herpå. Her støtter vi både en række enkeltstående programmer, bl.a. den Globale Fond, der har til formål at styrke bekæmpelse af hiv/aids, tuberkulose og malaria, og FN-systemets fælles program UNAIDS, samtidig med at vi fastholder det stærke engagement, vi har opbygget gennem mange års arbejde, for at forbedre de nationale sundhedssystemer i en række af Danmarks samarbejdslande. På denne måde er vi med til både at sikre hjælp her og nu til en øget indsats for forebyggelse og behandling på hiv/aids-området og med til at styrke den langsigtede indsats.

Støtte til fremme af kvinders sundhed, herunder kvinders seksuelle og reproduktive sundhed og rettigheder, indgår som en integreret del af den danske bistandsindsats på sundhedsområdet. Her drejer det sig ikke blot om øget adgang til serviceydelser, men også om at sikre kvinders ret til selv at bestemme over deres egen krop. En kvinde skal f.eks. have mulighed for selv at bestemme, hvor mange børn hun vil have og hvornår. Fra dansk side har vi gennem de senere år kæmpet hårdt for at sikre disse rettigheder for verdens kvinder – og for at fastholde den enighed, der blev opnået på den internationale konference om befolkning og udvikling i Kairo i 1994. For os handler det basalt set om at sikre kvinders ret til



Foto: Morten Sodemann.

at træffe egne valg og sikre, at kvinders sundhed kan forbedres i overensstemmelse med de valg, de selv træffer. I den nye fempunktsplan for kvinder i Afrika, som regeringen lancerede i maj i år, er der derfor ud af de i alt 140 mio. kr. afsat 40 mio. kr. til at styrke de afrikanske aktørers arbejde med ligestilling, blandt andet ved at fremme kvinders rettigheder. Derudover er der afsat yderligere 40 mio. kr. til at støtte voldtægtscentre i Sydafrika, hvor voldsofre tilbydes hjælp og støtte. Centrene sikrer, at ofrene får juridisk bistand, psykologisk støtte og medicinsk behandling, herunder behandling for hiv-smitte.

Dansk udviklingsbistand har en stærk profil på sundhedsområdet. Bilateralt har vi været med i front i mange vigtige processer, herunder omfattende reformer og decentraliseringsprocesser på sundhedsområdet i flere udviklingslande. Multilateralt står Danmark som en stærk fortalende for en effektiv og velkoordineret bistandsindsats. Sundhedsområdet vil også i årene fremover stå centralt i den danske udviklingsindsats. Vi vil fortsætte og udbygge støtten til udviklingen af sundhedssystemerne og øge vores støtte til strategisk vigtige indsatser bl.a. inden for bekæmpelse af hiv/aids. Det er derfor regeringens mål, at den danske støtte til sundhedsfremme i udviklingslandene og bekæmpelse af hiv/aids i 2010 skal nå op på 1 mia. kr. årligt.

Korrespondance: *Ulla Tørnæs*, Udviklingsministeriet, Asiatisk Plads 2, DK-1448 København K. E-mail: udviklingsministeren@um.dk

Antaget: 27. juli 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Commission on Macroeconomics and Health. Investing in Health. Geneva: WHO, 2001.