

**INSTITUTIONELLA KONSULTER
PÅ
HÄLSO- OCH BEFOLKNINGSOMRÅDENA**

översyn av samarbetet
mellan
Sida/hälsoenheten
och
ICH, IHCAR och PROP



Björn Mothander
Ernst Lauridsen
Kristina Flodman Becker

Advokat Björn Mothander AB

Juni 1996

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förkortningar

0. Sammanfattning

1. Inledning	1
2. Översikt av Sidas hälsobistånd	3
2.1. Strategier, policies och inriktning	3
2.2. Olika Sida-enheters verksamheter	4
2.2. Framtida inriktning	4
3. Resursbasen på hälso- och befolkningsområdena	5
3.1. Behoven	5
3.2. Den existerande resursbasen	5
3.2.1. Akademiska institutioner	6
3.2.2. Den offentliga sektorn	6
3.2.3. Den privata sektorn och enskilda organisationer	7
3.2.4. Utlandet	8
4. Beskrivning av samarbetet med de institutionella konsulterna	9
4.1. ICH	9
4.1.1. Framväxt av verksamheten och av samarbetet med SIDA:s hälsobyrå	9
4.1.2. Målsättningar	10
4.1.3. Den ämnesmässiga utvecklingen	11
4.1.4. Den personalmässiga utvecklingen	12
4.1.5. Verksamhet under budgetåren 1993/94-94/95	12
4.1.5.1. Basuppdraget	12
4.1.5.2. Särskilda uppdrag	13
4.1.6. Finansiell utveckling	13
4.1.7. Samarbete med andra delar av nya Sida	14
4.1.8. Samarbete utanför SIDA/Sida	14
4.1.9. Verksamheten 1996	15
4.2. IHCAR	15
4.2.1. Framväxt av verksamheten och av samarbetet med SIDA:s hälsobyrå	15
4.2.2. Målsättningar	17
4.2.3. Den ämnesmässiga utvecklingen	17
4.2.4. Den personalmässiga utvecklingen	18
4.2.5. Verksamhet under budgetåren 1993/94-94/95	18
4.2.5.1. Basuppdraget	18
4.2.5.2. Särskilda uppdrag	19
4.2.6. Finansiell utveckling	19
4.2.7. Samarbete med andra delar av Sida	20
4.2.8. Samarbete utanför SIDA/Sida	20
4.2.9. Verksamheten 1996	21

4.3. PROP	21
4.3.1. Framväxt av verksamheten och av samarbetet med SIDA:s hälsobyrå	21
4.3.2. Målsättningar	22
4.3.3. Den ämnesmässiga utvecklingen	22
4.3.4. Den personalmässiga utvecklingen	23
4.3.5. Verksamhet under budgetåren 1993/94-95/96	23
4.3.6. Finansiell utveckling	23
4.3.7. Samarbete med andra delar av nya Sida	23
4.3.8. Samarbete utanför SIDA/Sida	24
4.3.9. Verksamheten 1996	24
5. Grundläggande faktorer för bedömningen av samarbetet med de institutionella konsulterna	25
5.1. Inledning	25
5.2. Sidas behov av expertstöd	25
5.3. Resursbasen - specialiserad kompetens inom hälsoområdet inriktad på u-landsfrågor och biståndets behov	27
5.4. Hur ser den framtida efterfrågan på expertkunnande ut?	31
5.5. Institutionella konsulters roll och ställning	32
5.6. Övriga aktörer. Konkurrensfrågor	34
5.7. En svensk eller en internationell resursbas?	35
5.8. Samordning inom Sida	36
5.9. Uppdrag eller bidrag?	36
5.10. Vad styr vetenskapliga institutioners inriktning?	37
5.11. Affärsidéer	37
6. Bedömningsavsnitt - Granskning och kommentarer till samarbetet	39
6.1. Målsättningsanalys	39
6.2. Bassamarbetets betydelse	
6.2.1. Betydelsen för de institutionella konsulterna	40
6.2.1.1. ICH	40
6.2.1.2. IHCAR	41
6.2.1.3. PROP	41
6.2.1.4. Gemensamma frågor	41
6.2.2. Betydelsen för SIDA	42
6.2.3. Betydelsen för biståndsmottagarna	43
6.2.4. Betydelsen för övriga aktörer	43
6.3. Inriktningsanalys	44
6.4. Styrning	45
6.5. Finansiering	47
6.6. Kvalitetskontroll	48
6.7. Kommunikationen med SIDA	49
6.8. Perspektiven	50
6.8.1. Institutionernas kapacitet	50
6.8.2. Institutionernas kompetens och inriktning	50
6.8.3. Institutionernas överlevnadsförmåga	50

7. Rekommendationer	52
7.1. Utgångspunkter	52
7.2. Samordnat synsätt inom Sida	52
7.3. Användningen av institutionella konsulter	53
7.4. Hur kan Sida stödja institutionernas vidare utveckling? Vilka institutioner bör man i så fall stödja?	53
7.5. Vilken resursbas bör Sida medverka till att bygga upp? Hur kan man utveckla resursbasen?	54
7.6. Avveckling av det hittillsvarande stödet till de institutionella konsulterna	55
7.7. Samarbete mellan institutioner. Nätverk - nationellt, nordiskt, internationellt	55
7.8. Kvalitetsaspekter	56
7.9. Synpunkter på konkurrens- och upphandlingsfrågorna. Avtalstyper	56
7.10. Styrning och samarbetsformer. Ersättning	57
7.11. Avslutning	57

Bilagor

Bilaga 1. Uppdragsbeskrivning	
Bilaga 2. Intervjuade personer	
Bilaga 3. ICH	
Bilaga 4. IHCAR	
Bilaga 5. ICH Kostnader 1978/79 - 1994/95	
Bilaga 6. Sammanställning av IHCARs ekonomiska utveckling budgetåren 1983/84- 1994/95	
Bilaga 7. PROPs anslag 1990-96	
Bilaga 8. Förteckning över genomgången material	

FÖRKORTNINGAR

AMREF	African Medical and Research Foundation
BITS	Beredningen för Internationellt Tekniskt Samarbete
CBR	Community Based Rehabilitation
DESO	Demokrati och Social Utveckling
EU	Europeiska Unionen
FINNIDA	Finnish International Development Authority
FRN	Forskningsrådsnämnden
IBRD	International Bank for Reconstruction and Development
IDS	Institute for Development Studies
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IUCN	International Union for the Conservation of Nature and Natural Resources
KI	Karolinska Institutet
MFR	Medicinska Forskningsrådet
NGO	Non Governmental Organisation
NORAD	Norwegian Agency for Development Co-operation
NU	Nytt om U-landshälsovård
RFSU	Riksförbundet för Sexuell Upplysning
SAREC	Swedish Agency for Research Co-operation
SCB	Statistiska Centralbyrån
SEKA	Samverkan med Enskilda organisationer och Katastrofbistånd
SEO	Samverkan med Enskilda Organisationer
SMR	Svenska Missionsrådet
SPRI	Hälsa- och sjukvårdens utvecklingsinstitut
SRH	Sexual and Reproductive Health
STD	Sexually Transmitted Diseases
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations Children Fund
WHO	World Health Organisation

0. Sammanfattning

SIDAS hälsobyrå har sedan 1981 samarbetat med och finansierat basstöd till svenska universitetsinstitutioner, vilka av SIDA benämnts institutionella konsulter. De tidigare biståndsmyndigheterna BITS och SAREC har under åren också haft olika slags samarbete med samma institutioner. De institutionella konsulterna är ICH, IHCAR och PROP. Inför 1997 skall nya former för samarbetet avtalas. En översyn, aktualiserad av tillkomsten 1995 av den nya biståndsmyndigheten Sida, har genomförts med huvudsyfte att lämna förslag rörande formerna för det framtida samarbetet mellan de institutionella konsulterna och Sida. Uppdraget är emellertid inte en utvärdering av samarbetets biståndseffekter eller av enskilda personers arbete.

SIDA har under åren prioriterat hälso- och befolkningsfrågor högt, och detta har som resultat att Sverige idag har ett stort hälsobistånd. Sedan slutet på 70-talet har SIDA försökt att koncentrera biståndet inom hälso- och befolkningsområdena. De senaste åren har tre programområden prioriterats: barnhälsovård och vaccination, sexuell och reproduktiv hälsa samt hälso- och sjukvårdspolitik och planering. Framtida policies och strategier kommer att grundas på nuvarande erfarenheter och prioriteringar från alla Sida-avdelningars insatser inom hälsobiståndet. Man måste räkna med att biståndsvolymen, även inom hälsosektorn, kommer att reduceras i linje med den allmänna neddragningen av biståndsanslaget. Särskilt kommer detta att gå ut över det icke landinriktade biståndet, såsom anslagen för ämnesinriktad verksamhet, vilket hittills varit en viktig källa för finansiering av samarbetet med de institutionella konsulterna.

SIDA har från slutet av 70-talet, önskat bygga upp en svensk resursbas inom alla väsentliga områden av hälsobiståndet, inklusive befolkningsområdet, främst som stöd för den egna verksamheten. Drivkraften bakom denna utveckling var ett växande bistånd. Resursbasen skall finnas för att kunna tillhandahålla ett specialiserat kunnande, anpassat till antingen biståndsadministrationens behov i bilaterala eller multilaterala insatser, eller till u-ländernas behov. Den existerande resursbasen på hälso- och sjukvårdsområdet är mycket stor. Resursbasen på befolkningsområdet är dock på det hela taget mycket liten. De tre institutionella konsulterna utmärker sig genom att gemensamt råda över en bred och kunnig resursbas, täckande nästan alla Sidas aktuella behov. En rad andra akademiska institutioner sysslar också med internationella hälsofrågor. Dessa anlitas sällan av Sida och har också begränsade möjligheter att expandera eller att samarbeta med Sida, eftersom den stora samarbetsvolymen är koncentrerad till de tre institutionella konsulterna inom ramen för fleråriga avtal. Den stora offentliga hälsosektorn har stora resurser, som dock inte är så lätt tillgängliga för Sidas handläggare och som i ett tidigare skede varit mindre relevanta för biståndet. Den kommersiella sektorn på hälsoområdet är mycket litet utvecklad i Sverige. Det finns också en mycket stor frivilligsektor som med undantag för enstaka organisationer tycks ha använts i mycket begränsad omfattning som resursbas. Internationellt finns varje tänkbar resurs inom alla hälso- och befolkningsområden.

Tanken att skapa en enhet för barnhälsovård i u-land hade sitt ursprung i det svenska stödet till barnhälsovården i Etiopien på 50-talet. ICHs verksamhet byggdes upp kring en professur i internationell barnhälsovård i Uppsala 1977. Verksamheten bestod huvudsakligen av forskning på området barnhälsovård och av kurser i u-landshälsovård, från 1981 finansierade via Svenska Missionsrådets (SMR) ramanslag från SEO-byrå. 1981 beslöts att ICH skulle verka som institutionell konsult gentemot SIDA. I detta sammanhang bildades en konsultgrupp för att kunna utföra uppdrag för SIDAS räkning. Under slutet av 80-talet och

början av 90-talet skedde en gradvis uppstramning av verksamheten och från budgetåret 1993/94 delades den upp i ett allmänt utvecklingsuppdrag kallat basuppdrag (basstöd) och fackområdes- eller landuppdrag. 1994/95 avvecklades garantibeloppet för landuppdrag och nuvarande basuppdrag infördes. ICH har också haft samarbete med SAREC och BITS. Den totala finansieringen från SIDA, SAREC, BITS och SMR t.o.m. budgetåret 1994/95 uppgår till 94,7 MSEK.

1981 inrättades en professur i internationell hälso- och sjukvårdsforskning med särskild inriktning på u-ländernas problematik. Denna professur bildade sedan grunden för IHCARs verksamhet. 1984 ingicks ett första konsultavtal med SIDA. Tanken var att SIDA skulle anlita IHCAR särskilt angående läkemedelsfrågor. Under budgetåret 1985/86 började IHCAR verka som institutionell konsult åt SIDA. Från och med 89/90 delade SIDA upp uppdragen i en fast och en särskild del och inför 1993/94 fick IHCAR ett basuppdrag från hälsobyråån för hela budgetåret. IHCAR har sedan 1982 också haft ett omfattande samarbete med SAREC som var aktivt involverade i skapandet av professuren. Ett mindre omfattande samarbete med BITS har också ägt rum. Under hela tidsperioden har SIDA, SAREC och BITS sammanlagt anslagit 80,1 MSEK. Dessutom har IHCAR haft andra finansieringskällor, till en början mest WHO. IHCAR har dock sedan 90-talet fått en växande skara uppdragsgivare, allt ifrån svenska myndigheter och organisationer till olika internationella organisationer.

PROP tillkom 1990 som en rådgivande verksamhet till SIDA med uppdrag att bidra till att skapa en samhällsvetenskaplig resursbas i Sverige på befolkningsområdet. Sedan april 1995 har PROP formellt haft en roll som institutionell konsult till hälsoenheten och har sedan 1994 ett basuppdrag från SIDA. SIDA har totalt sett anslagit c:a 11 MSEK för PROPs verksamhet och är PROPs huvudsakliga finansiär.

SIDAS samarbete med de tre institutionella konsulterna har inte vuxit fram som ett resultat av formellt fastställda målsättningar eller preciserade önskemål från uppdragsgivaren. I stället har det varit baserat på en allmänt utformad och principiell uppfattning att SIDA haft behov av fördjupad kunskap om hälso- och befolkningsfrågor till stöd såväl för SIDAS egen verksamhet som för u-länderna. Sida behöver stöd av extern kompetens för att komplettera sitt kunnande och utföra de egna arbetsuppgifterna, framför allt när det gäller det specialiserade och tvärssektoriella ämneskunnandet, men man behöver också biståndstekniskt stöd. En resursbas bör finnas tillgänglig för att motsvara de krav på kompetenser som myndigheten inte kan möta med egna resurser. SIDA har således önskat bygga upp en resursbas med både stor kompetens och bredd och samtidigt med en institutionell utveckling som skulle säkra en god återväxt.

De nya tendenserna i biståndet kommer att ändra det framtida hälsobiståndet och därmed Sidas behov av den externa resursbasen. Resursbasen måste ha en bredd som överstiger de operativa behoven. Det är osannolikt att enskilda personer eller institutioner på eget initiativ och för egna medel kan utveckla och vidmakthålla en relevant kompetens och samtidigt stå till förfogande för behov av fortlöpande rådgivning, konsultuppdrag, forskningsinsatser och informationsverksamhet. Sida har således ett ansvar för att det finns en resursbas att tillgå för svenskt bistånd. Vi förordar dock bättre målinriktning när det gäller uppbyggnaden av denna resursbas, så att man når de grupper som är av direkt intresse och har kompetens att tillföra utvecklingssamarbetet. Det är vidare väsentligt att nå ut till och engagera fler institutioner i biståndssamarbetet. Utan en kompetent resursbas inom Sverige, eventuellt kompletterad från utlandet är det dessutom knappast möjligt att administrera en årlig volym hälso- och befolkningsbistånd på c:a 1.630 MSEK (1994/95).

Det senaste decenniet har uppvisat vissa nya tendenser i behovet av expertkunnande rörande hälso- och befolkningsfrågor. Funktionen som "gapfiller" eller som rådgivare placerad centralt i ett hälsoministerium är allt mindre efterfrågat. Specialister kommer att behöva erfarenhet, helst en praktisk sådan, från både u-länder och egna länder. Man kommer att kräva att de har en bred tvärvetenskaplig kunskap om vad hälsovårdssystem kan tillhandahålla och vad som efterfrågas i andra sektorer.

De institutionella konsulternas uppgifter inom basuppdragen kan inrangeras i följande kategorier: utvecklingen av den egna institutionen och dess kunnande samt utveckling av resursbasen (inkl. biblioteksverksamhet), handläggningsstöd, särskilda uppdrag, medverkan i de årliga översyner som SIDA gör av olika insatser, rekryteringsmedverkan och medverkan i arbetet i de mellanstatliga organisationerna.

Ett av skälen till den starka utvecklingen av de institutionella konsulterna inom hälso- och befolkningsområdena har varit bristen på kommersiella aktörer. Idag torde det finnas mycket större möjligheter till utökad konkurrens. Den ökade konkurrensen kommer också att ställa krav på att de nuvarande institutionella konsulterna anpassar sig till en marknads krav. Sidas resursbas inom hälso- och befolkningsområdena är idag klart förankrad i Sverige, och främst vid de tre studerade institutionella konsulterna. Alternativet att inom vissa områden använda sig av tillgänglig internationell fackkunskap är många gånger med stor sannolikhet billigare. Vid internationell upphandling av vissa uppdrag bör man dessutom kunna införa en viss konkurrens och samtidigt skaffa sig möjligheter för att jämföra kvaliteten hos den inhemska resursbasen.

SIDA, SAREC och BITS har samtliga stött insatser inom hälso- och befolkningsområdena, vilket innebär att det idag föreligger behov av samordning av arbete och insatser som riskerar att dubblera varandra. Det är önskvärt att man inom Sidas olika enheter skaffar sig ett samordnat synsätt på hur man arbetar med olika typer av konsulter, liksom i vilken mån man skall lämna bidrag till uppbyggnaden av resurser inom och utom konsultföretag och universitetsinstitutioner.

Det tycks föreligga en viss oklarhet både inom Sida och hos institutionerna om vad uppdragen inom bassamarbetet egentligen innebär i förhållande till Sida. Enligt vår mening är varken karaktären på samarbetet, där institutionerna formellt sett avkrävs prestationer, eller biståndsanslagets utformning sådan att det kan vara fråga om bidrag. Bidrag borde stå öppna att söka för vilken institution som helst, vilket ju inte är fallet. De institutionella konsulterna har således hittills arbetat inom ramen för arvoderade uppdrag.

Det är nödvändigt att de institutionella konsulterna skaffar sig en affärsidé, d.v.s. något som anger var institutionens kompetens och styrka ligger. Man måste utveckla en central och för institutionens verksamhet bärande kompetens.

De målsättningar som formulerats i samarbetsavtalen varit mycket allmänt hållna och inte lämpade för att mäta eller utvärdera samarbetet mot. Samarbetsavtalen tillät ett stort mått av flexibilitet när det gällde att ange vilka arbetsuppgifter som skulle utföras. Institutionerna har genom samarbetet givits stor frihet att utvecklas i de riktningar man ansett viktiga. Det förefaller som om det för SIDA varit viktigare att styra samarbetets ämnesmässiga inriktning och antalet personveckor eller månader än det faktiska resultatet. Från och med 1994 blir dock styrningen av de institutionella konsulterna mer professionell. Områdena institutionsutveckling och metodutveckling har främst varit avsedda som ett bidrag till

institutionens utveckling enligt egna prioriteringar, medan uppdragen åt SIDA varit de åligganden som följde med detta. Detta synsätt inte längre är försvarbart.

Genom bassamarbetet har ICHs konsultverksamhet kunnat växa kraftigt, såväl finansiellt som personalmässigt, men också när det gäller ämnesområden. Man har nu hamnat i en situation där budgeten för bassamarbetet i stort sett används för ändamål som inte direkt efterfrågas av Sida och konsultverksamheten har stagnerat. För IHCAR har bassamarbetet varit en viktig, men inte avgörande, finansieringskälla för den egna kompetensutvecklingen. Korsbefruktningen mellan forskningen och konsultuppdrag för SIDA varit påtaglig inom IHCAR. Sidans efterfrågan på PROPs tjänster är mycket mindre än de resurser man har. Snarare söker Sida stöd i samband med olika övergripande studier och för detta behöver man demografiskt skolade personer, men knappast en forskningsverksamhet.

Basstödet har inneburit att SIDA haft tillgång till en professionell kompetens som man annars saknat och detta har säkerligen varit väsentligt för olika hälsoinsatser. Tillgången till de institutionella konsulternas kompetens och kapacitet har också varit värdefull för SIDA både för att förstärka den egna kompetensen och i perioder av bristande kapacitet på hälsobyrå. Vi kan dock inte tycka att den sk löpande rådgivningen (närkonsulteriet) är en rationell användning av den kompetens som de akademiska institutionerna har byggt upp.

Stödet till de tre institutionella konsulterna har resulterat i att SIDA och Sverige har en bred och kompetent resursbas på hälsoområdet och, enligt vår uppfattning, en tillräcklig resursbas på befolkningsområdet. Aktiviteterna för sådan resursbasutveckling som inte avsett den egna institutionens verksamhet har varit begränsade och inte heller tilldelats några större resurser från SIDA. Vi anser att SIDA inte ställt tillräckliga krav på resursbasutveckling utanför institutionerna och att Sida nu måste arbeta för att bredda resursbasen och få in ytterligare institutioner i det aktiva biståndssamarbetet. Samarbetet med de tre studerade institutionella konsulterna har resulterat i att andra universitetsinstitutioner och kommersiella aktörer kommit att stängas ute från biståndet.

Under årens lopp har de tre institutionerna inriktat sig i enlighet med SIDAs huvudprioriteringar, men de har i allmänhet också varit lyhörda när det gäller SIDAs speciella behov eller prioriteringar.

Få länder av Sveriges storlek har en så stor hälso- och befolkningskompetens och så stora resurser på dessa områden och samtidigt en inriktning på utvecklingsproblemen under förvandling och reform. Det är därför något förvånande att de svenska resurserna inte har utnyttjats bättre av andra länder eller internationella organisationer.

Verksamhetsplanerna har utgjort underlaget för inriktningen av samarbetet. Dessa har tillkommit på grundval av förslag från resp institution. I början av samarbetet förefaller SIDA att ha utövat ett mycket begränsat inflytande över styrningen av samarbetet. I nästa fas, som påbörjades i slutet av 80-talet, fördes diskussioner med institutionerna som syftade till att klarlägga deras roll och uppgifter i förhållande till SIDA som ett sätt att förbättra SIDAs möjligheter till styrning. Den tredje fasen representeras av tillkomsten av matrisen som var ett försök att styra institutionernas verksamhet ännu mer i detalj. SIDAs avsikt var att ställa tydligare krav på resultat av de finansierade verksamheterna. Eftersom man inte kan mäta kostnadseffektiviteten i samarbetet och denna måste sättas i relation till producerat resultat är det dock svårt att uttala sig om styrningens inverkan på kostnadseffektiviteten.

Det finns inte några krav, kriterier eller dokumentation för kvalitetskontroll av de avtalade eller förväntade resultat som skall komma ut av samarbetet. Ingen av institutionerna har utvecklat eller infört formella kvalitetskontrollsystem. Vissa kvalitetsrutiner har dock använts. Det förefaller ha varit ganska god överensstämmelse mellan uppdragsgivarnas förväntningar om arbetets kvalitet och det levererade resultatet.

Utvecklingen av det institutionella samarbetet har under åren skett genom en regelbunden dialog mellan de ansvariga på SIDA:s hälsoenhet och de ansvariga cheferna vid institutionerna. Denna översyn har klarlagt, att man från båda SIDA:s och institutionernas sida har haft en rad kommunikationsproblem. Det har vid många tillfällen varit svårt för institutionernas medarbetare att få en klar uppfattning om SIDA:s specifika behov. Detta har i sin tur medfört att SIDA:s handläggare ofta inte har kunnat finna användning för institutionerna i den förväntade omfattningen. Dessa olikheter i synsätt har medfört en rad frustrationer på båda håll. Denna problematik tycks fortfarande inte ha funnit någon tillfredsställande lösning. Någon mekanism för lösning av kommunikationsproblem och missförstånd tycks aldrig ha etablerats. Speciellt frustrerande för institutionerna har varit bristen på uppföljning av rapporter och rekommendationer. Samstämmighet råder dock bland alla institutionernas medarbetare om att kommunikationen har förbättrats de senaste 3-4 åren. Den senaste tidens professionalisering av SIDA:s hälsoenhet har tydligen också förbättrat dialogen och kommunikationen.

FÖRSLAG

För att ett utvecklingssamarbete inom hälso- och befolkningsområdena skall få största möjliga effekt erfordras att Sida har tillgång till en kompetent resursbas, i Sverige och internationellt. En målsättning för Sida är att så mycket som möjligt använda det svenska samhällets resurser i biståndssamarbetet. Sidas krav på denna resursbas bör vara att den har god och relevant ämnesmässig kompetens, att den kan tillmötesgå Sidas behov och krav och att den kan utföra Sidas uppdrag på ett kostnadseffektivt sätt. Höga krav måste ställas på att all av Sida finansierad verksamhet, även när det gäller resursbasutveckling, har tydliga och mätbara målsättningar, avkrävs en relevant rapportering samt följs upp och utvärderas i syfte att klarlägga resultaten och effekterna av verksamheten.

I samband med översynen av de olika verksamheter som Sidas enheter bedriver anser vi det angeläget att man samordnar verksamheterna vid olika enheter sektorvis, så att man har en enhetlig syn och ett likartat förhållningssätt till institutioner, konsulter och andra aktörer inom sektorn.

Vi tycker inte att Sida skall fortsätta samarbetet med de institutionella konsulterna i de former det hittills bedrivit. Den resurs- och kapacitetssuppleering som kunnat motivera ett tämligen opreciserat initialt stöd till institutionerna måste anses vara slutförd och bör ersättas med ett samarbete baserat på att institutionerna tillhandahåller tjänster som biståndsmyndigheten efterfrågar.

Vi anser att de deluppdrag som ryms inom ramen för bassamarbetet, såsom metodutveckling, resursbasutveckling, bevakning av internationella organisationer, biblioteks- och dokumentationstjänster och de särskilda uppdragen, skall lämnas som separata uppdrag med preciserad målsättning, egen tidsplan och särskild rapportering.

Det ligger också i Sidas uppdrag att stödja u-landsrelevant forskning. Vi anser det rimligt att ha ett samordnat synsätt inom Sida på sådant forskningsstöd. Vi rekommenderar

därför att Sida utökar stödet till forskning inom hälso- och befolkningsområdena genom att bli ta i anspråk de medel som nu går till de institutionella konsulterna för finansiering av forskningsprojekt. Sådana forskningsstöd bör ha karaktären av bidrag och grunda sig på en väl utarbetad forskningsplan med konkreta målsättningar. Vår avsikt är inte att stöden skall vara av den allmänna karaktär som bassamarbetet eller SARECs stöd till forskningsmiljöer, utan det skall vara konkret och företrädesvis inriktat på sådana frågor som bedöms vara relevanta inom hälsobiståndet. Sådana stöd bör stå öppna för alla akademiska institutioner och det skall vara möjligt för flera institutioner att få stöd för forskning inom samma ämnesområde. Det är väsentligt att Sida arbetar för att också på annat sätt bredda resursbasen. Däremot ställer vi oss skeptiska till den typ av resursbasutveckling som innefattar seminarierier för utlandsintresserade personer, föreläsningar och allmän informationsverksamhet. Resursbasutveckling av och genom institutionella konsulter i form av allmänna bidrag anser vi inte längre vara behövliga. Däremot kan det finnas skäl att överväga stöd till klart målinriktad resursbasutveckling, men detta bör ske genom särskilda uppdrag.

Samarbetsavtalen med ICH, IHCAR och PROP har sagts upp med verkan från den 31 december 1996. Otvivelaktigt innebär våra förslag en kraftig förändring av de villkor som deras verksamheter hittills bedrivits under. Störst effekt kommer förslagen att få för PROP och för konsultenheten vid ICH. Vi föreslår därför att Sida snarast möjligt överväger sina behov av dessa enheters tjänster inför 1997, så att, om sådana behov föreligger, långsiktiga uppdrag läggs ut som ersättning för basuppdragen. Normala och kortsiktiga uppdrag bör däremot lämnas efter hand, när behovet konstateras.

Vi anser att institutionerna måste organisera sig för att arbeta som konsulter, d v s utan garanti för framtida uppdrag. Detta innebär att de måste ta det reella ansvaret för sin personal och i den mån man bedömer att den inte kan sysselsättas med biståndsuppdrag finna andra lösningar. Vi tror också att institutionernas trovärdighet skulle öka om man utarbetade mer konkreta målsättningar för sin verksamhet, och i den mån verksamheten skall bedrivas som konsultverksamhet, en affärsidé.

I linje med de förslag vi presenterat ovan anser vi att konstruktionen med samarbetsavtal bör avvecklas, i vart fall i den meningen att Sida skulle garantera en viss beläggning vid institutionerna. Vi anser således att Sida framgent skall infordra anbud för vart och ett av de uppdrag som skall ingå i samarbetet. Där så är lämpligt och möjligt bör anbud infordras i konkurrens. Vi anser det också vara förenklande om Sida träffar ramavtal med institutionerna för längre perioder rörande återkommande mindre uppdrag. Inte heller i sådana fall skall Sida göra någon utfästelse om att utnyttja institutionens tjänster.

De nuvarande verksamhetsplanerna och årsbudgetarna bör enligt vår uppfattning utmönstras ur samarbetet. Inför förhandlingar om årliga eller större uppdrag kan det naturligtvis finnas anledning att ha överläggningar om den förväntade omfattningen av det kommande samarbetet, men detta får inte uppfattas som bindande löften eller åtaganden att inte gå ut i konkurrens.

1. Inledning

SIDAS hälsobyrå har sedan 1981 haft samarbete med och finansierat basstöd till svenska universitetsinstitutioner, vilka av SIDA benämnts institutionella konsulter. Detta samarbete har haft många olika syften. De främsta har varit att stärka den akademiska basen för hälsobiståndet och bidra till resursbasutveckling samt att med viss kontinuitet tillfredsställa SIDAS behov av expertis. Under senare år har samarbetet också omfattat stöd till normativt policy- och metodutvecklingsarbete inom ämnesområden där institutionerna besitter speciell expertis.

De institutionella konsulterna är:

ICH: Unit for International Child Health, som är en enhet inom Pediatrika Institutionen vid Uppsala Universitet,

IHCAR: Unit for International Health Care Research, som numera ingår i storinstitutionen för Folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet (KI), och

PROP: Programme on Population and Development, som är en sektion inom Sociologiska Institutionen vid Lunds Universitet.

En mångfald samarbetsformer med de institutionella konsulterna utanför basuppdraget men inom ramen för hälsobiståndet har utvecklats. Via SIDAS stöd till svenska enskilda organisationer och ramavtalet med Svenska Missionsrådet har ett stort stöd utgått för kursverksamheten vid ICH.

De tidigare biståndsmyndigheterna BITS och SAREC har under åren också haft olika slags samarbete med och givit stöd till samma institutioner. BITS har bidragit till tekniskt samarbete i vilket institutionerna har varit en part. Forskningsanslag via SAREC har dels gått till institutionsstöd, dels till enskilda forskare vid institutionerna.

Den totala volymen av biståndsfinansierad verksamhet vid de institutionella konsulterna 1994/95 var ca 23 MSEK, i vilket även ingår forskningsanslag och vissa övriga uppdrag.

Tillkomsten år 1995 av den nya biståndsmyndigheten Sida aktualiserar en översyn av former och principer för Sidas samarbete med de institutionella konsulterna.

Sida/DESO/Hälsoenheten har sagt upp avtalen med ICH, IHCAR och PROP att sluta gälla den 31 december 1996. Inför 1997 skall nya former för samarbetet avtalas. Sida har därför beslutat göra en översyn av samarbetet med de institutionella konsulterna. Uppdragsbeskrivningen för översynen bifogas som bilaga 1.

Uppdraget att genomföra översynen lämnades till företaget Advokat Björn Mothander AB, och det har utförts av Björn Mothander och Kristina Flodman tillsammans med Dr Ernst Lauridsen från Euro Health Group i Danmark.

Samarbetet med de tre institutionella konsulterna har varit mycket omfattande och sträcker sig över en tidsperiod av 17 år för ICH, 12 år för IHCAR och fem år för PROP. Uppdragsbeskrivningen behandlar ett stort antal frågor. Det har därför varit nödvändigt för oss att koncentrera översynen till de väsentligaste frågorna och till dem som vi anser ha störst betydelse för utformningen av det framtida samarbetet.

De tre institutionella konsulterna har under sin verksamhetstid använt c:a 185 MSEK i olika biståndsfinansierade aktiviteter. Enbart bassamarbetet med SIDA har kostat 45 MSEK. För detta belopp har man utvecklat en imponerande kompetens på många för hälsobiståndet centrala områden och institutionerna har byggt upp en avsevärd institutionell kapacitet. Inte desto mindre måste frågan ställas om resultatet och effekterna motsvarar kostnaderna. Som kommer att visas i denna rapport finns det inte några inbyggda mekanismer i samarbetet som kan ge direkta svar på denna fråga. Vi vill emellertid understryka att uppdraget inte är en utvärdering av samarbetets biståndseffekter eller av enskilda personers arbete. Dess huvudsyfte är att lämna förslag rörande formerna för det framtida samarbetet mellan de studerade institutionella konsulterna och Sida.

Den verksamhet som Sida finansierat har varit av mycket stor betydelse för de institutionella konsulterna, och en förändrad syn på samarbetet kommer att ha stora konsekvenser för deras fortsatta finansiering. Vår grundsyn är dock att relationen till Sida är ett uppdragsförhållande, där beställaren avgör vilka tjänster man har behov för.

Översynen har utförts på följande vis. Vi har gått igenom den skriftliga information som funnits tillgänglig på Sida rörande samarbetet. En förteckning över det viktigaste materialet återfinns i bilaga 8. Vi har dock inte studerat dokumentationen i enskilda insatser. Vi har vidare fått tillgänglig och för ändamålet sammanställd information från institutionerna. Vi har besökt alla de tre institutionerna och intervjuat ett stort antal berörda personer vid dessa, liksom ett antal handläggare på Sida samt tidigare chefer för hälsobyran. I allt har vi intervjuat 44 personer. En lista över dessa bifogas i bilaga 2.

Vår strävan har varit att använda uttrycket **SIDA** när vi avser beslut och verksamheter före sammanslagningen av biståndsmyndigheterna den 1 juli 1995 och **Sida** för perioden därefter. I många sammanhang handlar det dock om att beskriva skeenden som påbörjats före denna tidpunkt men som fortsatt efter den och vi har då, när detta verkat naturligt, använt beteckningen Sida på biståndsmyndigheten.

Vi vill tacka alla dem som bistått oss under översynen. Många personer på Sida och på institutionerna har lagt ned mycket tid och arbete på att ta fram och sammanställa information till oss. Vi har också haft möjlighet att föra mycket stimulerande samtal med alla dem vi intervjuat och dessa har villigt delat med sig av sin tid och sina erfarenheter. Även om många av de synpunkter som framförts inte återfinns i rapporten har de berikat oss och påverkat vårt tänkande. Vi har känt oss mycket välkomna till alla de institutioner vi besökt och vi vill tacka för den gästfrihet som visats oss.

2. Översikt av Sidas hälsobistånd

2.1 Strategier, policies och inriktning

SIDA har tidigare och nya Sida kommer i fortsättningen också att följa olika strategier med den överordnade målsättningen att bistå u-länder med en förbättring av folkhälsan, främst för målgruppen kvinnor och barn. Detta görs vid direkt bilateralt och regionalt samarbete med c:a 15 länder. Indirekt stöds samma målsättning genom finansiering av och samarbete med internationella organisationer inom FN-systemet (WHO, UNICEF, UNFPA, IBRD och andra) jämte en rad nationella och internationella NGOs (IPPF, AMREF och andra).

SIDA har under åren prioriterat hälso- och befolkningsfrågor högt, och detta har som resultat att Sverige idag har ett stort hälsobistånd (1994/95 totalt SEK 1.603 millioner) med många olika slags insatser, kanaler och mottagare som finansieras från många olika anslagsposter.

Sedan slutet på 70-talet har SIDA försökt att koncentrera biståndet inom hälso- och befolkningsområdena till en rad prioriterade ämnesområden, med hänsynstagande till existensen av en relevant svensk resursbas och svenskt samhällsintresse. Prioriteringen har gradvis ändrats i ljuset av utvecklingen i tredje världen, internationella och egna erfarenheter och under de senare åren i ljuset av internationella konferenser om hälso- och befolkningsfrågor, inklusive "gender" - frågor.

De senaste åren har hälsobiståndet koncentrerats till 3 programområden:

- * Barnhälsovård och vaccination
- * Sexuell och reproduktiv hälsa (inklusive AIDS och Sexuellt överförda sjukdomar)
- * Hälso- och sjukvårdspolitik och planering

Därutöver har en rad andra ämnen prioriterats, om än biståndet på dessa områden totalt har varit av mindre omfattning:

- * Folkhälsofrågor inkl. miljöhälsa och nutrition
- * Läkemedelsfrågor
- * Sjukdomskontroll (TBC/Malaria/Lepra)
- * Befolkningsfrågor/Demografi
- * Distriktshälsovård
- * Handikappfrågor.

Strategier och policies inom hälso - och befolkningsbiståndet har varit en kombination av mottagarländernas egna policies och strategier, av internationellt gällande policies och strategier och för de flesta ämnesområdena interna SIDA policydokument, med underlag i "issue papers" och annan typ av faktaunderlag.

Särskilda ansträngningar för att koncentrera biståndet har gjorts under senare år. En process påbörjades under 1995 för att ta fram policydokument och riktlinjer för bistånd inom hälsosektorn. Denna process kunde inte slutföras i avvaktan på genomförandet av beslutet om inrättande av det nya Sida. Vidare har ett positionspapper om befolkningsfrågor utarbetats.

2.2 Olika Sida-enheters verksamheter

Förutom det land- och ämnesinriktade hälsobistånd som administreras av hälsoenheten har även SAREC och BITS finansierat verksamheter inom sektorn. SAREC har stött mer än 20 forskningsinstitutioner inom hälsosektorn i Sverige, liksom många sådana i mottagarländerna. SAREC stöder också långsiktigt institutionellt samarbete mellan institutioner i Sverige och sådana i mottagarland. BITS har finansierat ett antal projekt där svenska hälsoinriktade institutioner genomfört utbildningssatsningar i Sverige och tillsammans med u-landsinstitutioner i projektform eller som kursverksamhet. I beskrivningen av de studerade institutionella konsulternas verksamhet redogörs närmare för det stöd som lämnats av SAREC och BITS till sådana insatser.

2.3 Framtida inriktning

Sidas och därmed hälsoenhetens strategi i den nuvarande övergångsfasen är att utforma gemensamma policies, strategier och riktlinjer för identifiering och planering av Sidas bistånd. Detta utvecklingsarbete kommer att genomföras i projektform med DESO/hälso som uppdragsgivare. Planerna för arbetet är mycket välutvecklade och de framtida riktlinjerna kommer att stämmas av mot övrigt relevant pågående policyarbete inom Sida. Befolkningsfrågorna kommer att beaktas i andra enheters policyarbete.

Framtida policies och strategier kommer att grundas på nuvarande erfarenheter och prioritering från alla Sida-avdelningars insatser inom hälsobiståndet. Det är inte att förvänta att den ovan redovisade ämnesinriktningen kommer att ändras i någon avgörande mån. Däremot måste man räkna med att biståndsvolymen, även inom hälsosektorn, kommer att reduceras i linje med den allmänna neddragningen av biståndsanslaget. Särskilt kommer detta att gå ut över det icke landinriktade biståndet, såsom anslagen för ämnesinriktad verksamhet, vilket hittills varit en viktig källa för finansiering av samarbetet med de institutionella konsulterna.

3. Resursbasen på hälso- och befolkningsområdena

3.1 Behoven

Erfarenheter från industriländer med stort bistånd till utvecklingsländerna visar tydligt, att ingen administration mäktar att utveckla bistånd och att aktivt ta del i internationellt samarbete inom en given sektor utan tillgång till en relativt välutvecklad resursbas. En del organisationer, som t.ex. utvecklingsbankerna, har egna tekniska avdelningar med experter inom olika områden. Andra använder i stort sett endast externa resurser, inhemska eller internationella eller en kombination av dessa.

SIDA har från den tidiga utvecklingen av hälsobiståndet, och speciellt från slutet av 70-talet, önskat bygga upp en svensk resursbas inom alla väsentliga områden av hälsobiståndet, inklusive befolkningsområdet, främst som stöd för den egna verksamheten. När det svenska hälsobiståndet började expandera i början på 70-talet, fanns knappast någon egen svensk resursbas. Enskilda personer hade arbetat med sjukvård och hälsovård som missionärer i Afrika och enstaka läkare hade börjat arbeta med internationella hälsofrågor. I den akademiska världen fanns mycket liten intresse för tredje världen på den tiden.

I brist på svensk expertis vände sig SIDA till IDS i Sussex, England där det fanns en grupp mycket erfarna personer med inriktning på internationella hälsofrågor, inklusive hälsoplanering och hälsoekonomi. Inom ramen för ett avtal mellan SIDA och IDS i Sussex, som ingicks 1973, upphandlades ett antal konsultuppdrag till stöd för främst SIDA:s bilaterala hälsoinsatser. Parallellt med denna utveckling började en liten grupp svenska läkare verksamma i Etiopien att intressera sig för utvecklingen av en resursbas i Sverige, initialt vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala. Kritik riktades också mot SIDA för användningen av utländsk expertis, och krav om utveckling av ett svenskt IDS framfördes från flera håll. Efter omfattande diskussioner internt och med den nyttillkomna svenska resursbasen inleddes det första formella samarbetet med ICH i Uppsala 1978. För detaljerna i denna utveckling hänvisas till kapitel 4.

Drivkrafterna bakom denna utveckling av en svensk resursbas var alltså ett växande bistånd och ett starkt personligt engagemang på flera håll. Någon samlad analys av vad denna resursbas skulle användas till gjordes däremot inte. Ett exempel är tillkomsten av u-landsutbildningen vid Sandöskolan som ett alternativ till värnpliktstjänstgöring. Det sågs som självklart att unga svenska läkare skulle arbeta inom sitt yrke i u-land under några år. Bristen på utbildad personal i dessa länder var tillräckligt skäl.

I dagsläget är situationen annorlunda. Resursbasen skall finnas för att kunna tillhandahålla ett specialiserat kunnande, anpassat till antingen biståndsadministrationens behov i bilaterala eller multilaterala insatser, eller till u-ländernas behov.

3.2 Den existerande resursbasen

Den svenska resursbasen på hälso- och sjukvårdsområdet är mycket stor. Cirka 8% av Sveriges bruttonationalprodukt omsätts i hälso- och sjukvård. Därtill kommer en rad akademiska institutioner, statliga verk, frivilligorganisationer och bolag som sysslar med hälso-

sociala, sexuella, statsvetenskapliga, demografiska och ekonomiska ämnen. Ett begränsat antal av dessa sysslar med problem direkt relaterade till u-länderna, men mycken erfarenhet och fackkunskaper kunde säkert användas redan idag och i framtiden kommer sådana kunskaper och erfarenheter att efterfrågas allt mer. Resursbasen på befolkningsområdet är dock på det hela taget mycket liten.

3.2.1 Akademiska institutioner

De tre studerade institutionella konsulterna utmärker sig genom att gemensamt råda över en bred och kunnig resursbas, täckande nästan alla Sidas nuvarande behov. Bäst täckt är givetvis hälsoområdet genom ICH (12 akademiker och 7 administrativ personal) och IHCAR (24 akademiker och 6 administrativ personal), och i mindre omfattning demografi och befolkningsfrågor genom PROP (3 akademiker, 1 administratör). Alla tre institutionerna har ett rikhaltigt bibliotek och en stor tidskriftssamling. Varken institutionerna eller SIDA har lyckats skapa något gemensamt nätverk och samarbetet mellan de tre institutionerna har varit begränsat. Informella kontakter har dock förekommit.

En rad andra akademiska institutioner sysslar också, om än i begränsad omfattning, med internationella hälsofrågor. Dessa anlitas sällan av Sida och har också begränsade möjligheter att expandera eller att samarbeta med Sida, eftersom den stora samarbetsvolymen är koncentrerad till de tre institutionella konsulterna inom ramen för fleråriga avtal. Under flera år på 80-talet hade SIDA/Hälso samarbetsavtal med Nordiska Hälsovårdsskolan i Göteborg och med Institutionen för näringslära vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Relevanta resurser finns också vid:

- Avd. för epidemiologi och folkhälsa, Umeå Universitet
- Infektionskliniken, Umeå Universitet
- Inst. för pediatrik, Östra Sjukhuset, Göteborg
- Inst. för klinisk samhällsmedicin, Allmänna Sjukhuset, Malmö
- Inst. för obstetrik och gynekologi, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
- Inst. för pediatrik, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
- The Baltic International School of Public Health, Karlskrona.
- Sociologiska institutionen, Lunds Universitet
- Socialantropologiska institutionen, Stockholms Universitet
- Vårdhögskolan i Stockholm
- Hälsouniversitetet i Linköping

3.2.2 Den offentliga sektorn

Den offentliga hälsosektorn har stora resurser, som dock inte är så lätt tillgängliga för Sidas handläggare och som i ett tidigare skede har varit mindre relevanta för biståndet. Den har i stort använts genom förmedling av de institutionella konsulterna eller kommersiella konsultbolag.

Relevanta eller framtida resurser bör finnas eller kan utvecklas vid:

Läkemedelsverket:	Läkemedelsfrågor
Apoteksbolaget:	Läkemedelsfrågor
Smittskyddsinstitutet:	Vaccin, mikrobiologi
Arbetslivsinstitutet:	Yrkesmedicin
SPRI:	Hälsoekonomi, administration
Landstingen	
Folkhälsoinstitutet	
Lantbruksuniversitetet:	Nutrition och jordbruksaspekter
SCB:	Demografi, hälsoinformationssystem
Riksförsäkringsverket:	Hälsofinansiering, försäkring
Handikappinstitutet:	Handikapp och rehabilitering
Socialstyrelsen	

Sida har samarbetsavtal med Smittskyddsinstitutet och Handikappinstitutet.

3.2.3 Den privata sektorn och enskilda organisationer

Den kommersiella sektorn på hälsoområdet är mycket litet utvecklad i Sverige, speciellt vid jämförelse med t. ex. USA och England. Sida har inte sett det som en uppgift att främja en kommersiell, u-landshälsovårdsinriktad privat sektor och detta har utan tvekan verkat som hämsko på en sådan utveckling. Enstaka konsultbolag har utvecklats och när Sidas engagemang i hälsosektorn i Vietnam krävde omfattande administrativa resurser för personal- och fastighetsadministration skapades företaget Indevelop som ett samriskbolag mellan Uppsala Universitet och projektledningsföretaget HIFAB.

Landstingen skapade företaget SwedeHealth som instrument för sin tjänsteexport, men företaget har aldrig blivit någon stor aktör inom biståndet.

Det finns i Sverige en mycket stor frivilligsektor som med undantag för enstaka organisationer tycks ha använts i mycket begränsad omfattning som resursbas. Flera av ICHs medarbetare kommer från frivilligsektorn. Många av dessa organisationer bedriver eget hälsobistånd, oftast med finansiering från Sida.

Bland dessa organisationer märks:

Svenska Röda Korset
 Rädda Barnen
 RFSU
 Diakonia

3.2.4 Utlandet

Internationellt finns varje tänkbar resurs inom alla hälso- och befolkningsområden. Dock är utbudet mycket begränsat i de övriga nordiska länderna. Flest resurser finns i Nordamerika, främst USA, samt i England, Holland och Frankrike. Dessa finns såväl inom de mest sofistikerade akademiska institutionerna, som inom mycket stora konsultbolag och en stor kommersiell och icke-kommersiell konsultsektor samt inom en rad mindre kommersiella bolag. I utlandet, liksom till en viss grad i Sverige, finns tillika en del enskilda personer, som mot eller utan arvode är beredda att ställa sitt fackkunnande till förfogande för den offentliga biståndssektorn. På demografi- och befolkningsområdet finns mycket goda resurser främst i USA. I en del större utvecklingsländer finns numera goda resurser i både den statliga, akademiska och privata sektorn.

4 Beskrivning av samarbetet med de institutionella konsulterna.

4.1 ICH

4.1.1 Framväxt av verksamheten och av samarbetet med SIDA:s hälsobyrå.

Tanken att skapa en enhet för barnhälsovård i u-land uppstod redan på 50-talet och hade sitt ursprung i det svenska stödet till barnhälsovården i Etiopien. I början av 60-talet bildades en barn-nutritionsenhet i Addis Abeba med professor Bo Vahlquist från pediatrika kliniken i Uppsala som en starkt drivande kraft. 1965 skapades institutionen för näringslära vid Uppsala Universitet, samtidigt som ansträngningar gjordes för att få till stånd en professur i internationell barnhälsovård.

1973 startade Socialstyrelsen en tioveckors u-landshälsovårdskurs vid Sandöskolan i samarbete med pediatrika kliniken i Uppsala och tropik-medicinska kliniken i Stockholm. 1977 tilldelades Yngve Hofvander en personlig professur i internationell barnhälsovård vid Uppsala Universitet och 1978 flyttades hälsovårdskursen till Uppsala. Yngve Hofvander hade arbetat med kursen i u-landshälsovård sedan 1973 och dessutom varit chef för barn-nutritionsenheten i Addis Abeba. Kring denna professur byggdes ICH och dess verksamhet upp och enheten bildades formellt den 1 juli 1977.

Samarbetet påbörjades då SIDA tog över finansieringen av kursen från Socialstyrelsen 1977. ICH bestod då av professorn och en sekreterare, finansierad av SIDA. Till en början kontrakterades Yngve Hofvander för olika konsultuppdrag i personlig kapacitet. Under slutet av 70-talet började planerna på ett utvidgat samarbete att ta form.

1981 beslöts att ICH skulle verka som institutionell konsult gentemot SIDA inom området internationell hälso- och sjukvård. Samtidigt fördes finansieringen av u-landshälsovårdskursen över till SEO-byråns anslag och kanaliserades via SMRs ramanslag.

ICH kom under de följande åren på 80-talet alltmer att betraktas som en närkonsult till SIDA, där ICHs konsultpersonal arbetade med direkt rådgivning till SIDA:s handläggare och medverkade i bedömningen av insatser och olika ansökningar. Genom att man delvis utförde sitt arbete inom SIDA:s lokaler stod man till förfogande på kort varsel då hälsobyråns resurser behövde förstärkas.

Under hösten 1983 utökades samarbetet med ett tilläggsavtal som innebar att ICH skulle ansvara för planering, genomförande och uppföljning av det svenska hälsostödet till Vietnam.

Under 1985/86 planerades en utökning av kompetensen inom nutrition och rehabilitering på begäran av SIDA:s hälsobyrå. Jämfört med tidigare år gjordes också en fastare plan för samarbetet varvid 60% av tiden in-tecknades för program i något mottagarland eller vissa ämnesområden.

Under 80-talet utkristalliserade sig den fortfarande gällande organisatoriska strukturen på ICH uppdelad i en konsultdel, en undervisningsdel och en forskningsdel, som överlappade varandra till viss del men, som vi uppfattar det, framför allt verkade som separata enheter. I de allra flesta fall anställdes konsultgruppens medlemmar för att huvudsakligen verka som konsulter och inte som forskare. Man betonade dock synergieffekten av att ha dessa olika typer av verksamhet under samma tak, speciellt i förhållande till undervisningen. Även forskningen och den praktiska biståndsverksamheten ansågs dra fördel av varandra. Administrations-, dokumentations- och informationsverksamheten verkade som stödfunktioner.

Inför budgetåret 1990/91 skedde en förändring: i stället för att finansiera enskilda tjänster garanterade hälsobyran ett veckoarvode inklusive administrationspålägg (40%) och förvaltningskostnad (12%) upp till totalt 394 veckor. Detta arvode var differentierat från person till person och antalet veckor fördelades på Allmän Utveckling, Dokumentation/Information samt Särskilda Uppdrag.

Inför 1993/94, som ett försök att ytterligare strukturera formerna för samarbetet, delades verksamheten upp i ett allmänt utvecklingsuppdrag, också kallat basuppdrag, och fackområdes- eller landuppdrag. Från och med nu formulerades också tydligare uppdragsbeskrivningar från SIDA. 1994/95 avvecklades garantibeloppet för landuppdrag och nuvarande basuppdrag infördes.

4.1.2 Målsättningar

Allmänt sett har målsättningar för samarbetet endast formulerats på en övergripande nivå och i undantagsfall i relation till olika delområden. ICH har i flera omgångar formulerat målsättningar för den egna verksamheten, dock också de relativt generellt hållna. I en PM från början av 1979 angavs följande syfte: *ICH skall bedriva undervisning, forskning samt ge information och rådgivning rörande barnårens hälsoproblem främst med inriktning på u-ländernas förhållanden.* I verksamhetsplanen för 1984/85 formulerade ICH dessutom syftet för samarbetet med SIDA: *En övergripande målsättning för ICHs verksamhet i dess samarbete med SIDA har varit att bidra till en breddning av den svenska resursbasen för internationellt biståndsarbete inom hälso- och sjukvårdsområdet.*

De övergripande målsättningarna för samarbetet med SIDA har formulerats i de fleråriga samarbetsavtalen.

I det första avtalet 1978-07-01 - 1979-06-30 formulerades målsättningen på följande sätt: *ICH ska på nedan angivna villkor ställa sitt kunnande och sina resurser till förfogande för användning inom ramen för svensk biståndsverksamhet med anknytning till området internationell barnhälsovård.*

I avtalet från 1991 förtydligades målsättningen något: *Målsättningen med samarbetet är att ICH ska bistå SIDA med rådgivning rörande hälsoinsatser samt bistå med utbildning och information inom hälsosektorn. ICH ska ställa sitt kunnande och sina resurser i övrigt till SIDA:s förfogande.*

1994 angavs målsättningen på följande sätt:

Samarbetet ska syfta till att:

- ge SIDA möjlighet till bättre planerings- och beslutsunderlag för biståndet genom att ICH dels kontinuerligt bevakar utvecklingen inom överenskomna ämnesområden särskilt avseende u-landsfrågor och dels för SIDA:s räkning genomför kortare uppdrag.
- ICH, genom att bevaka ämnesområdena och genomföra kortare uppdrag, ges möjlighet till egen kompetensutveckling och kontinuerlig utveckling av resursbasen för svenskt bistånd.

I början av 90-talet formulerades en målsättning för kursverksamheten:

Den övergripande målsättningen är att ge deltagarna de kunskaper och färdigheter som behövs för arbete på perifera sjukhus och inom primärhälsovård i de minst utvecklade länderna samt för utbildning av vårdpersonal och utveckling av hälso- och sjukvårdsorganisationer i dessa länder.

I uppdragsbeskrivningen för 93/94 formulerades också generella målsättningar för varje ämnesområde inom basuppdraget, där syftet var att möjliggöra för ICH att utveckla och underhålla en kompetens inom respektive område. Från 1994/95 delades dessutom varje ämnesområde upp i sex funktionella delar: institutionell utveckling samt metodutveckling och försöksverksamhet (specificerat institutionsstöd), resursbasutveckling och samarbete med internationella organisationer, samt löpande rådgivning och specifika uppdrag (närkonsultfunktion). Antalet veckor för basuppdraget las in i en matris som kombinerade de olika ämnesområdena med samtliga funktionella delar. Detta förtydligade målsättningen med verksamheten såtillvida att för varje ruta i matrisen fanns en specifik målsättning att arbeta inom ett visst ämnesområde med en viss funktion under ett visst antal veckor.

4.1.3 Den ämnesmässiga utvecklingen.

Ursprungligen var forskningen på ICH inriktad mot ämnesområdena amning och spädbarnshälsa, barnhälsa och nutrition, vilket påverkade profilen på konsult-verksamheten. Kursverksamhetens praktiska inriktning och omfattning har dock präglat ICH i så måtto att ICH:s verksamhet tidigt kom att omfatta flera ämnesområden inom internationell hälsa. Under 1985/86 gjordes en utökning av konsultgruppens kompetens inom ämnet rehabilitering av personer med funktionshinder, dels på begäran av SIDA:s hälsobyrå, dels för att en person med den erfarenheten blev tillgänglig. Området rehabilitering har sedan dess varit föremål för ett specialintresse på ICH. De nästkommande åren uttrycker SIDA också intresse för områden som läkemedel och läkemedelsanvändning, hälsoundervisning, AIDS samt under 1992/93 även befolkningsfrågor. Antalet ämnesområden har ökat över åren men 1993/94 tog SIDA initiativ till att begränsa konsultgruppens huvudområden parallellt med uppstramningen av samarbetet.

Pediatriker har varit knutna till konsultgruppen i olika omgångar, dock inte kontinuerligt under hela tidsperioden och inte sedan 1993. Professorn har dock alltid varit pediatriker. Forskningen på ICH är allmänt sett fortfarande koncentrerad kring barnhälsovård och nutrition.

4.1.4 Den personalmässiga utvecklingen.

1980 var förutom professorn och en sekreterare, en vårdlärare och en kursassistent anställda på enheten. Idag är totalt sett 18 personer anställda på ICH, förutom professorn. Av dessa är två vårdlärare, två nutritionister, två läkare, en dietist, en sociolog, en rehabiliteringsspecialist, en speciallärare, en laboratorieassistent samt en redaktör för NU och sex administrativ personal. Dessutom är tolv forskare, varav sju doktorander, knutna till ICH.

Under budgetåret 1994/95 bestod konsultgruppen av en läkare, en vårdlärare, två nutritionister och en rehabiliteringsexpert. Ytterligare en läkare var också knuten till gruppen. Inom ramen för basuppdraget finansieras också en administratör till 35% och 1,5 sekreterartjänster (se bilaga 5 för totala antalet personer knutna till ICH sedan 1988/89)

4.1.5 Verksamhet under budgetåren 1993/94-94/95.

4.1.5.1 Basuppdraget.

Det allmänna utvecklingsuppdraget, också kallat basuppdraget, omfattade 1993/94 176 veckor och landuppdraget 74 veckor. Från och med 1994/95 avvecklades garantibeloppet för landuppdrag och garantivolymen blev 170 veckor. De olika ämnesområdena delades upp i sex funktionella delar: institutionell utveckling, metodutveckling och försöksverksamhet, resursbasutveckling, samarbete med internationella organisationer, löpande rådgivning och specifika uppdrag.

När basuppdraget formulerades för första gången inför budgetåret 1993/94 definierades fyra huvudområden för verksamheten: barnhälsovård och övrig u-landshälsovård, nutrition, handikapp/rehabilitering och sexuell och reproduktiv hälsa (SRH). SRH innefattar bl.a. ungdomssexualitet, preventivmedel, aborter, mödrahälsovård, amning, STD (Sexually Transmitted Diseases), AIDS, utbildnings- och lagstiftningsfrågor men även demografi och sociala aspekter av befolkningsfrågor.

Basuppdraget för 1994/95 formulerades lite annorlunda, dvs koncentrerat till sju ämnesområden:

- barn- och ungdomshälsovård samt bevakning av barnkonventionen;
- vaccinationer;
- SRH
- amning och tillvänjning;
- nutrition;
- handikappinsatser och
- kompetensutveckling.

Se bilaga 3 (4.1.5.1) för den tidsmässiga fördelningen per ämnesområde.

4.1.5.2 Särskilda uppdrag.

Utöver basuppdraget har ICH för närvarande ett antal pågående projekt reglerade av separata avtal som nästan uteslutande finansieras över Sidas landramar. Ett samarbete mellan ICH och Tanzania Food and Nutrition Centre (TFNC) har pågått sedan 1985. Ett samarbete mellan ICH och University of Kelaniya, Faculty of Medicine, Sri Lanka, har pågått sedan 1993 och har inneburit upprättandet av ett Disability Studies Unit som bl.a. genomfört internationella kurser om rehabilitering.

Informationsservicen och databasen om rehabilitering i u-länder, DIS, som skapats av ICH och AHRTAG i samarbete har fungerat sedan 1991. Sedan 1994 arbetar ICH och AHRTAG med att utöka informationsservicen genom att samverka i ett nätverk.

Sedan mitten av 80-talet har Sidas hälsobyrå lämnat stöd till en sjuksköterskeskola i Luanda, Angola, till Health Information Unit vid Angolas hälsoministerie och till ett Essential Drugs Programme inom ministeriet. ICH har verkat som institutionell konsult för detta hälsostöd sedan 1986, där vissa mindre uppdrag kvarstår idag.

Ett samarbete mellan ICH och "Nutrition Unit" vid Zimbabwes Hälsoministerium (Ministry of Health and Child Welfare) har pågått sedan 1987. Detta samarbete samfinansieras med Världsbanken.

Se bilaga 3 (4.1.5.2) för en mer utförlig beskrivning.

4.1.6 Finansiell utveckling.

Inledningsvis bör noteras att siffror för ICHs totala omsättning saknas före 1988/89, vilket omöjliggör en övergripande analys av hela tidsperioden 1978/79-1994/95.

Från en mycket blygsam nivå på 80.000 kronor för det första verksamhetsåret började volymen långsamt växa under 1981/82 i samband med att SMR tog över ansvaret för kursverksamheten och ICH började få en växande mängd uppdrag. Från 1983/84 tillkommer, i och med Vietnaminsatsen, en särskild budget för särskilda uppdrag, vilket ökar volymen på verksamheten märkbart. Mellan 1985/86 och 1994/95 utbetalas c:a 28 MSEK för särskilda uppdrag mot 16,5 MSEK för det fasta samarbetet.

1988/89 kan man konstatera att av den totala omsättningen anslår SIDA 36%, SAREC och BITS 27% och SMR 22%, dvs. totalt 85% av verksamheten. Övriga finansiärer, som WHO och Riksbankens Jubileumsfond svarar för de resterande 15%. Under 1994/95 är motsvarande siffror 55% för SIDA, 7% för SAREC och BITS samt 32% för SMR, d.v.s. 94% av den totala verksamheten.

Den totala finansieringen från SIDA, SAREC, BITS och SMR t.o.m. budgetåret 1994/95 uppgår till 94,7 MSEK.

Se bilaga 5 för den finansiella sammanställningen.

4.1.7 Samarbete med andra delar av nya Sida.

Som tidigare nämnts har kursverksamheten på ICH sedan 1981 finansierats via Svenska Missionsrådet (SMR) genom ett ramavtal med SEKA (tidigare SEO-byrån). 1992/93 övertog SMR dessutom finansieringen av dokumentations- och informationsverksamheten vid ICH, vilken framför allt innefattar biblioteksverksamheten och publikationen av tidskriften NU. Det avtal som för närvarande reglerar samarbetet gäller till den 31 december 1996.

Samarbetet med BITS har pågått sedan början på 80-talet. Professor Hofvander var personligen mycket engagerad i denna del av verksamheten.

Ett utbytesprogram för utbildning och forskning inleddes 1981 mellan Sudans hälsoministerium och Khartoums universitet å ena sidan och ICH å andra sidan. Insatsen bestod av utbildning av sudanesisk vårdpersonal i Sverige samt utbildning av svensk vårdpersonal i Sudan och pågick under 11 år. Sammanlagt 75 sudanesiska läkare och sjuksköterskor har utbildats i Sverige och 50 svenska läkare och sjuksköterskor har utbildats i Sudan.

1988 beslutade BITS om ett bidrag på 2,2 M SEK för ett tvåårigt institutionssamarbete mellan ICH och det kinesiska hälsoministeriet, avseende barn- och mödrahälsovård. Under våren 1990 inkom framställan om förlängning av samarbetet som sedermera frystes p.g.a. händelserna i Kina. 1992 fattade regeringen ett beslut om ett restriktivt återupptagande av samarbetet. Insatsen avslutades 1994 och har resulterat i utbildning av 50 kineser.

Samarbete mellan ICH och Pakistani Institute of Medical Sciences beslutades i januari 1992. Insatsen syftar till att ge utbildning, inklusive forskarutbildning, inom området barnhälsovård med fokus på småbarnsnutrition (amning och avvänjning) utifrån ett samhällsperspektiv. Insatsen avslutades 1993. 25 pediatriker har utbildats.

BITS bidrog också med 146.000 SEK för samarbetet mellan ICH och China Disabled Persons Federation i Kina för Förebyggande Vård och Rehabilitering av Jodbristsjukdomar.

Mellan 1985 och 1992 har, som en del av basuppdraget, samarbete ägt rum mellan ICH och personalrekryteringsbyrån på SIDA vad gäller rekrytering och information av personal som anställts för tjänstgöring inom SIDA-stödda projekt i olika programländer. Detta samarbete skedde i synnerhet i relation till rekryteringen för hälsosektorstödet till Angola.

Samarbetet med SAREC har pågått sedan 1983/84 och har enbart innefattat individuella forskningsbidrag.

Se bilaga 3 (4.1.7) för en mer utförlig beskrivning.

4.1.8 Samarbete utanför SIDA/Sida.

Uppsala Universitet finansierar, förutom lokaler, hyra och drift, professorstjänsten, en sekreterare på halvtid och en kurs i Globalmedicin. Sedan budgetåret 94/95 finansieras också en administratör på halvtid.

Mellan 1988/89 och 1993/94 har forskningen, utöver SAREC, huvudsakligen finansierats av WHO och Riksbankens Jubileumsfond (se bilaga 6).

Viss kursverksamhet för 1994/95 finansierades från annan källa, bl.a. en kvällskurs i internationell medicin och en kurs i global medicin under dagtid. Kurserna är finansierade av medicinska fakulteten och har på senare år fått stöd från SIDA:s hälsobyrå.

4.1.9 Verksamheten 1996.

Basuppdraget för 1996 omfattar 102 veckor med en sammanlagt anslag på 2,9 MSEK.

Det tidigare BITS-programmet för Förebyggande Vård och Rehabilitering av Jodbristsjukdomar i Kina har fått anslag på 3,1 MSEK från Sida/INEC för 1996.

För insatserna avseende Nutrition Unit (Zimbabwe), TFNC (Tanzania Food and Nutrition Centre) och Faculty of Medicine, University of Kelaniya, Sri Lanka har anslagits sammanlagt 1,6 MSEK för 1995/96.

Under våren 1996 har en tre veckor lång kurs genomförts för hälsocentralchefer i Guinea Bissau på uppdrag av den danska missionen, DCA och Sida.

4.2 IHCAR

4.2.1 Framväxt av verksamheten och av samarbetet med SIDA:s hälsobyrå.

1981 tilldelades Göran Sterky en professur i internationell hälso- och sjukvårdsforskning (Health Services Research) med särskild inriktning på u-ländernas problematik. Tjänsten finansierades av Medicinska Forskningsrådet och fördes över till Karolinska Institutet 1990. SAREC var också aktivt involverade i skapandet av denna professur som sedan bildade grunden för IHCARs verksamhet. Från 1982 verkade Göran Sterky, i sin individuella kapacitet, som konsult åt Medicinska Forskningsrådet, SAREC och WHO. Under 1982/83 utgick ett mindre institutionsstöd från SAREC. 1984 påbörjades ett samarbete mellan läkaren Erik Nordberg och Göran Sterky. Samma år ingicks ett första konsultavtal med SIDA med verkan från den 1 januari 1984. Tanken var att SIDA skulle anlita IHCAR särskilt angående läkemedelsfrågor.

Under budgetåret 1985/86 började IHCAR verka som institutionell konsult åt SIDA inom följande uppdragsområden: konsultverksamhet, rekrytering, utbildning, dokumentation och information. I uppdraget ingick även att ge råd avseende de internationella organisationernas verksamhet. Framför allt verkade Göran Sterky som konsult i WHO-frågor.

IHCARs personal har i allmänhet inte fungerat som handläggare på hälsobyrån. Däremot har exempelvis vissa av IHCARs medarbetare verkat som landkonsulter för Kenya och Etiopien.

Från den 1 juli 1987 blev IHCAR en självständig enhet inom K.I. 1988 utökades uppdraget från SIDA till att också omfatta resursbasutveckling, d.v.s. att medverka i stärkandet av resursbasen i Sverige för personalkategorier av betydelse för hälsobiståndet. Samarbetet styrdes gradvis in till vissa ämnesområden och vissa länder. SIDA använde IHCAR för rådgivning i direkt anslutning till olika landprogram.

Från och med budgetåret 1989/90 delade SIDA upp uppdragen i en fast och en särskild del. 1990/91 förtydligades uppdelningen och det fasta uppdraget gjordes till ett allmänt utvecklingsuppdrag avseende vissa ämnesområden inom vilka SIDA önskade att IHCAR skulle utveckla sin kompetens. Den särskilda uppdragsdelen bestod framför allt av specifika landinsatser. I detta skede var budgeten för forskning av samma storleksordning som budgeten för konsultuppdragen.

Inför budgetåret 1993/94 stramades samarbetet upp ytterligare och IHCAR fick, liksom ICH, ett basuppdrag från hälsobyrån för hela budgetåret. SIDA formulerade också väsentligt tydligare uppdragsbeskrivningar. Uppdrag avseende landinsatser lämnades separat, vilket innebar att hälsobyrån inte längre garanterade IHCAR ett visst antal uppdragsveckor.

1993 slogs IHCAR och avdelningen för socialmedicin (Kronan) samman till en storinstitution kallad Institutionen för Internationell Hälsa och Socialmedicin. Göran Sterky blev prefekt för institutionen.

Sedan 1995 tillhör IHCAR Institutionen för Folkhälsovetenskap, som förutom IHCAR består av avdelningen för socialmedicin, avdelningen för yrkesmedicin och avdelningen för stressforskning. Från den 1 juli 1996 tillkommer avdelningen för samhällsmedicin vid Huddinge sjukhus.

Enligt IHCAR har en grundprincip för deras arbete varit att länka samman forsknings- och konsulterfarenheter för att nå en synergieffekt. Den optimala balansen mellan dessa två delar har diskuterats flitigt över åren. Medarbetarna har i regel kombinerat forskningsarbete med konsultinsatser, i de allra flesta fall i u-länder.

Det har alltid hos IHCAR funnits en ambition till tvärdisciplinärt arbete t.ex. genom att man kombinerat sjukvårdspersonal och samhällsvetare. Genom att organisera interna seminarier eller projektmöten har man gett medarbetarna tillfälle att diskutera sina respektive ämnesområden. IHCAR har sysslat mycket lite med grundutbildning och har framför allt koncentrerat sig på forskarutbildnings-, magisters- och i viss utsträckning fortbildningsinsatser.

Redan tidigt var hållningen från IHCARs sida att inte ta något genomförandansvar för biståndsinsatser. Man har enbart arbetat som rådgivare. IHCAR har velat betrakta sitt åtagande som kollektivt och förbehållit sig ett inflytande över personvalet för varje enskilt uppdrag. Denna uppfattning har förstärkts i takt med att IHCAR mer och mer uppfattat sig som en institutionell konsult snarare än som en samling individer som utför vissa uppdrag åt SIDA.

4.2.2 Målsättningar

Målsättningarna för samarbetet mellan SIDA och IHCAR har formulerats i samarbetsavtalen. Liksom i fallet ICH är målsättningarna nästan uteslutande formulerade i relation till det totala samarbetet.

Enligt det första avtalet 84-01-01 - 85-06-30 var målsättningen följande: *Enheten för hälso- och sjukvårdsforskning skall efter framställning från SIDA bistå med rådgivning och utredningar såväl av övergripande karaktär som i samband med beredning, förvaltning och utvärdering av insatser/projekt där hälsovårdsaspekter särskilt bör beaktas. I nästkommande två avtal fram till 1994 formulerades målsättningarna ungefär likalydande: KI (genom IHCAR) skall inom ramen för av SIDA:s anvisade medel på angivna villkor ställa resurser till SIDA:s förfogande att användas inom ramen för svensk biståndsverksamhet inom hälsoområdet.*

I och med det avtal som slöts 1994 försökte man förtydliga målen med samarbetet och gav samarbetet med IHCAR likadana målsättningar som samarbetet med ICH:

Samarbetet ska syfta till:

- att ge SIDA möjlighet till bättre planerings- och beslutsunderlag för biståndet genom att IHCAR dels kontinuerligt bevakar utvecklingen inom överenskomna ämnesområden särskilt avseende u-landsfrågor och dels för SIDA:s räkning genomför kortare uppdrag.
- att IHCAR, genom att bevaka ämnesområden och genomföra kortare uppdrag, ges möjlighet till egen kompetensutveckling och kontinuerlig utveckling av resursbasen för svenskt hälsobistånd.

I uppdragsbeskrivningen för 93/94 formulerades syftet för varje delområde, som att uppdraget skall göra det möjligt för IHCAR att utveckla och underhålla en kompetens inom ett visst område och att IHCAR skall fungera som närkonsult för hälsobyrå i dessa frågor. Liksom för ICH delades från 1994/95 varje ämnesområde upp i sex funktionella delar och antalet veckor för basuppdraget las in i en matris som kombinerade de olika ämnesområdena med samtliga funktionella delar. Detta förtydligade målsättningen med verksamheten såtillvida att för varje ruta i matrisen fanns en specifik målsättning att arbeta inom ett visst ämnesområde med en viss funktion under ett visst antal veckor.

4.2.3 Den ämnesmässiga utvecklingen.

Redan från början var verksamhetsinriktningen bred, vilket framgår av professurens benämning "internationell hälso- och sjukvårdsforskning". Utifrån denna breda inriktning har IHCARs arbete både inom forskningen och konsultverksamheten fokuserats på områden som läkemedelsanvändning, mödra- och barnhälsovård och senare sexuell och reproduktiv hälsa. Trots att en stor del av IHCARs läkare alltid varit barnläkare säger representanter för IHCAR att man avsiktligt avstått från att utveckla IHCARs verksamhet inom området barnhälsovård med tanke på ICHs arbete. Däremot har man sedan slutet av 80-talet arbetat med mödra- och förlossningsvård. Från 1989/90 har arbetet för att finna effektiva metoder för att förebygga HIV/AIDS ägnats mycket tid.

IHCAR har också avsett att utveckla miljöhälsoområdet, men enligt egen utsago med begränsad framgång. Däremot anser man att IHCAR under senare år byggt upp kompetens avseende bedömning och studier av kontrollprogram för sjukdomar, ungdomshälsovård med fokus på ungdomars sexuella hälsa samt policier inom hälsoområdet, såsom nationella läkemedelsprogram och nationella hälsopolicies.

Antalet ämnesområden inom vilka IHCAR varit verksamma ökade fram till slutet av 80-talet. Parallellt med att verksamheten då strukturerades i större utsträckning tog SIDA initiativ till att begränsa antalet huvudområden.

4.2.4 Den personalmässiga utvecklingen.

Under de första verksamhetsåren bestod IHCAR av ett antal personer som närmast i individuell kapacitet gjorde uppdrag åt SIDA, nämligen Göran Sterky, Erik Nordberg, Göran Tomson och senare ytterligare en läkare. 1985/86 utökades personalstyrkan med två barnmorskor, en socialantropolog, en pediatriker och en epidemiolog och under de efterföljande åren skedde en snabb ökning av personalantalet vid IHCAR. Antalet arbetade månader för IHCAR ökade från totalt c:a 20-30 mellan 1981/82 - 1983/84 till över 100 under 1987/88 och över 200 under 1989/90.

I ett första skede bestod IHCAR av medicinare och en socialantropolog. Sedan ökade samhällsvetarkompetensen, då antropologer, ekonomer (hälsoplanerare), sociologer och forskare med administrativ bakgrund tillkom. Parallellt anställdes sjuksköterskor, i första hand barnmorskor, som i allmänhet kommit till IHCAR för forskarstudier.

1996 utgjordes staben vid IHCAR, förutom sex administrativ personal, av åtta medicinare, nio samhällsvetare, fyra barnmorskor samt en journalist, en apotekare och en pedagog. Tidigare fanns även en obstetriker knuten till IHCAR men under de senaste åren har man hyrt in obstetriker för särskilda uppdrag. 94/95 har personer med följande specialiteter knutits som konsulter till SIDA:s basuppdrag: fyra läkare, två hälsoekonomer och en barnmorska.

Från IHCARs sida diskuteras ofta den s.k. kritiska massa som konsultgruppen bör ha för att vara en fungerande kapacitet i relation till SIDA. Kring 1987/88 bedömde man att IHCAR borde ha en minimistorlek på 6-8 fackkunniga plus administrativ personal. IHCARs målsättning var i det skedet att under en treårsperiod uppnå den önskade minimistorleken.

4.2.5 Verksamhet under budgetåren 1993/94 - 94/95

4.2.5.1 Basuppdraget

Uppdraget för 1993/94 motsvarade det tidigare allmänna utvecklingsuppdraget samt fackområdesuppdragen. Uppdrag avseende landinsatser lämnades separat, vilket innebar att hälsobyråen inte längre garanterade IHCAR ett visst antal veckor för sådana uppdrag.

Basuppdraget 1993/94 omfattade 175 veckor samt följande sex områden: hälsoplanering och hälsoekonomi, sexuell och reproduktiv hälsa, miljöhälsa, läkemedel, tuberkulos och malaria samt epidemiologi.

Basuppdraget 1994/95 omfattade 200 veckor inom samma områden med tillägg för vaccinationer.

Se bilaga 4 (4.2.5.1) för den tidsmässiga fördelningen per ämnesområde.

4.2.5.2 Särskilda uppdrag.

SIDA har anlitat IHCAR som genomförandekonsult för det bilaterala hälsostödet till Laos sedan dess början 1992. Ett treårsavtal för perioden 1992/93-94/95 upprättades. Insatsen omfattar två huvudkomponenter: utarbetandet av en nationell läkemedelspolitik respektive hälsoplanering. IHCAR har samordnat konsultinsatser från olika länder, framför allt från Sverige och Thailand, medverkat i att göra årliga arbetsplaner samt vid uppföljning och rapportering, arrangerat studiebesök och medverkat i lokala seminarier och andra former av utbildning. Den ursprungliga insatsen håller nu på att avslutas och Sida avser att infordra anbud för en fortsatt insats som begränsas till läkemedelsområdet.

”Sexual and Reproductive Health in four African Countries, SAHRA” är ett uppdrag som IHCAR och The Stockholm Group of Development Studies fick genom anbud i juli 1993. Målsättningen med uppdraget var att beskriva och analysera situationen avseende sexuell och reproduktiv hälsa i Angola, Etiopien, Kenya och Zambia samt föreslå formerna för framtida Sida-stöd. Uppdraget utfördes under budgetåret 1993/94.

Hälsoministeriet i Zambia har påbörjat en reform av hälsosektorn. Därmed uppstod ett behov av utbildning samt av en ny organisation. IHCAR valdes ut tillsammans med fem svenska institutioner för att bistå med tekniskt stöd genom institutionssamarbete. Programmet var i sitt initialske under denna tidsperiod och påbörjades på allvar under 1995/96.

4.2.6 Finansiell utveckling.

Under de tre första åren ökade finansieringen från SIDA markant från 45.000 SEK till 1.08 MSEK under 1985/86, IHCARs första år som institutionell konsult. Det året utgjorde SIDA:s andel 60% av IHCARs totala verksamhet och SARECs 27%, sammanlagt 87%. Under den resterande delen av 80-talet är SIDA:s genomsnittliga andel av verksamheten 67% och SARECs andel 23%.

Mellan 1990/91 och 1994/95 är den genomsnittliga andelen av verksamheten 46% för SIDA och 30% för SAREC. För 1994/95 är andelen 39% för SIDA och 34% för SAREC, sammanlagt 74%. Man kan alltså konstatera en minskning av SIDA:s andel av den totala omsättningen över tiden och en motsvarande ökning av SARECs andel.

Under hela tidsperioden har SIDA utbetalat 50,5 MSEK varav c:a 16 MSEK för det fasta samarbetet. SIDA, SAREC och BITS har sammanlagt anslagit 80,1 MSEK, d.v.s. 80% av IHCARs totala omsättning.

Se bilaga 6 för den finansiella sammanställningen.

4.2.7 Samarbete med andra delar av Sida.

Samarbetet med SAREC började redan 1982. Som nämnts ovan var SAREC aktivt involverade i skapandet av professuren. I ett ännu tidigare skede fanns dessutom tankar från SARECs sida att finansiera denna professur. Institutionella stöd utgick mellan 1987/88 och 1992/93 d.v.s. under två treårsperioder. Det institutionella stödet prövades vid två tillfällen i konkurrens med andra institutioner. Under 1985/86 och 1986/87 anslogs även ett mindre institutionellt programstöd från SAREC.

Sedan 1986/87 har individuella forskningsbidrag utgått varje år till forskare på IHCAR. Dessutom har samarbetet avsett ett HIV/AIDS projekt (Inter-disciplinary research into HIV/AIDS prevention in Africa) som påbörjades 1988/89 och som fram till 94/95 fått anslag på c:a 12,5 MSEK. Programmet består av olika forskningsprojekt i Kenya, Zambia och Tanzania. Ett program som avser hälsosystemforskning i Vietnam är ett annat SAREC-stött projekt som påbörjades 1993 och som löper fram till 1996 med ett totalt anslag på 1.6 MSEK. Under en tioårsperiod har SAREC bidragit med över 27 MSEK till IHCARs verksamhet.

Anslag från BITS har utgått under fyra av de tolv budgetåren. 1986/87 finansierades kursen "Medicines and Society", en kurs om läkemedelsanvändning, tillsammans med SIDA och WHO. Under 1991/92 stödde BITS "Workshop on Society and Medicines - Essential Drug Information". Övriga finansiärer var SIDA, SAREC, WHO och UNICEF.

För närvarande pågår ett projekt med beteckningen: "Technology assessment, health systems and social welfare development in Thailand - TASSIT". Insatsen, med en total budget på c:a 2 MSEK, utgör den första fasen av ett samarbete mellan IHCAR och Health System Research Institute (HSRI) i Thailand. Projektet inleddes i maj 1994 med två års löptid och avser konsultinsatser för forskning och utbildning.

4.2.8 Samarbete utanför SIDA/Sida.

Sedan begynnelsen har IHCAR haft uppdrag för WHO. Under 80-talet är SIDA och SAREC huvudfinansiärer för verksamheten. I början av 90-talet ökar antalet uppdragsgivare för att under 90/91 innefatta exempelvis NORAD, FINNIDA, UNICEF och Världsbanken men också olika svenska myndigheter som socialstyrelsen och socialdepartementet.

Under de senaste åren har de huvudsakliga finansiärerna, utöver SIDA och SAREC, varit Apoteksbolaget, Forskningsrådsnämnden (FRN), Cancerfonden, WHO/UNICEF, Socialstyrelsen, Medicinska forskningsrådet (MFR), Arbetsmiljöfonden och Folkhälsoinstitutet tillsammans med Rockefeller Foundation.

4.2.9 Verksamheten 1996.

Basuppdraget för 1996 omfattar 120 veckor med ett sammanlagt anslag på 2,7 MSEK.

Övriga uppdrag är följande:

Institutionssamarbetet med Zambia påbörjas under 1995/96. Budgeten för 1996 är 1,8 MSEK och insatsen beräknas pågå i tre år.

På uppdrag av InDevelop bidrar IHCAR med senior advisors för hälsosektorstödet till Vietnam inom projektet "Drug policy and control", Vietnam.

Norska Utrikesdepartementet finansierar en utvärdering av det norska HIV/AIDS-programmet med en budget på 1,5 MSEK under 1996.

EU finansierar projektet "Pharmacy practice in Thailand and Vietnam" med en budget på 240.000 ECU över en treårsperiod

UD och Socialdepartementet finansierar en utvärdering av WHO med en budget för 1995/96 på 1,5 MSEK.

4.3 PROP

4.3.1 Framväxt av verksamheten och av samarbetet med SIDA:s hälsobyrå.

I början av 90-talet önskade SIDA bygga upp kompetens när det gällde sambanden mellan befolkning och samhällsutveckling, inklusive miljö, hälsa och fattigdom. Bertil Egerö som arbetade som befolkningsrådgivare på SIDA 1985-88, fick i uppdrag från SIDA att bygga upp denna kompetens. Då Bertil Egerö hade anknytning till Lund sökte han en lämplig institution vid Lunds Universitet som kunde vara intresserad av att inlemma ett institut för befolkningsfrågor i u-land i sin verksamhet och fick kontakt med Sociologiska Institutionen, vars verksamhet delvis haft en inriktning mot u-landsfrågor. 1990 tecknades ett korttidsavtal mellan SIDA och Sociologiska institutionen för samarbetet mellan SIDA och PROP (The Programme on Population and Development in Poor Countries). 1991 förvandlades avtalet till ett löpande avtal.

PROP tillkom därmed som en rådgivande verksamhet till SIDA med uppdrag att bidra till att skapa en samhällsvetenskaplig resursbas i Sverige på befolkningsområdet. PROP skulle förstärka arbetet inom SIDA med att föra ut och förankra nya synsätt på ämnesområdet "befolkning och utveckling".

Mellan 1990 och 1994 var PROP:s främsta uppgift resursbasutveckling. Enligt PROP hade man under denna tid stor frihet att själva styra inriktningen på verksamheten. 1992-1994 ägnade man sig mycket åt informationsarbete riktat till SIDA och enskilda organisationer.

Dessutom skrevs flera utkast till policytext för SIDA. Från 1993 ägnar man sig delvis åt uppdrag som avser rådgivning till SIDA:s handläggare. Hösten 1993 präglades verksamheten i stor utsträckning av befolkningskonferensen i Kairo. Sedan april 1995 har PROP formellt haft en roll som institutionell konsult till hälsobyran. Verksamheten hade dock redan från 1 juli 1994 strukturerats enligt ett basuppdrag budgeterat med antal veckor för respektive ämnesområde. Basuppdraget för 1995 omfattade 77 arbetsveckor.

Enligt avtal med Sida har det skett en övergång till mer Sida-uppdrag och mindre resursbasutveckling, framför allt under 1995 och 1996.

Forskning är en mycket liten verksamhet inom PROP.

4.3.2 Målsättningar.

Enligt PROP:s programförklaring är syftet med PROP att *"verksamheten skall bidra till att samhällsvetenskaplig kompetens och kunskap utvecklas inom ett brett spektrum av frågor kring sambanden mellan befolkning och samhällsutveckling, inklusive dess kopplingar till miljö, hälsa och fattigdom. Målet är att skapa en resursbas av värde både generellt i det svenska samarbetet med u-länder, för olika uppgifter inom biståndet samt för utbildning och forskning."*

Målsättningar för samarbetet har formulerats i samarbetsavtalen. Enligt avtalet 1990-06-28: *Institutionen ska inom ramen för av SIDA anvisade medel och resurser ställa sitt kunnande och resurser till SIDA:s förfogande för uppbyggnad och utnyttjande av kompetens inom området befolkningsutveckling i u-länder.*

I avtalet 95-06-30 sägs: *samarbetet och dess syften är:*

- att ge SIDA möjlighet till bättre planerings- och beslutsunderlag för biståndet genom att PROP dels kontinuerligt bevakar utvecklingen inom överenskomna ämnesområden, särskilt avseende u-landsfrågor och dels för SIDA:s räkning genomför kortare uppdrag.
- att PROP, genom att bevaka ämnesområden och genomföra kortare uppdrag, ges möjlighet till egen kompetensutveckling och kontinuerlig utveckling av resursbasen för svenskt hälsobistånd.

Liksom för ICH och IHCAR definierades en matris som fördelade antalet veckor på ett antal ämnesområden i kombination med olika funktionella delar med avsikten att förtydliga målsättningarna med samarbetet.

4.3.3 Den ämnesmässiga utvecklingen.

I början definierades PROP:s verksamhetsområde generellt som befolkningsutveckling i u-länder. I samband med basuppdragets utformande under 1994 definierades tydligare ämnesområden, i ett första skede befolkningsrelaterade frågor utanför hälsosektorn och sexuell och reproduktiv hälsa, och för 1994/95 fyra ämnesområden:

- befolkningspolitik;
- fruktsamhet;

- dödlighetsförändring och samhällsutveckling kopplat till AIDS;
- befolkning och miljö.

4.3.4 Den personalmässiga utvecklingen.

Idag är fyra personer anställda vid PROP. Bertil Egerö är ansvarig för verksamheten och har en kompetens inom sociologi, demografi och utvecklingsforskning. Dessutom finns en kulturgeograf, en socialantropolog och en sociolog som anställdes respektive 1990, 1992 och 1995.

4.3.5 Verksamhet under budgetåren 93/94-95/96.

Det första basuppdraget utarbetades för perioden 1 juli till 31 december 1994. Det omfattade 63 veckor och var uppdelat på fyra ämnesområden: befolkningspolitik och boståndspolitik, fruktksamhet, dödlighetsförändring och samhällsutveckling kopplat till AIDS samt befolkning och miljö. Dessa delades upp i fem funktionella områden: specifika uppdrag, löpande rådgivning, institutionell utveckling, studier och metodutveckling samt resursbasutveckling.

Basuppdraget för 1995 omfattade 77 arbetsveckor. Istället för att dela upp verksamheten på ämnesområden fördelar man veckorna mellan de olika enheter på Sida med vilka samarbetet sker.

4.3.6 Finansiell utveckling.

Budgeten från SIDA ökade från 415.000 SEK för 90/91 till knappt 2 MSEK för 1995. Övriga anslag per april 1996 uppgår till totalt 414.000 SEK, vilket motsvarar 4% av de totala anslagen. SIDA:s totala budget för hela perioden, c:a 11,1 MSEK, utgör därmed 96% av den totala omsättningen.

Se bilaga 7 för den finansiella sammanställningen.

4.3.7 Samarbete med andra delar av nya Sida.

Sedan starten 1990 har PROP haft samarbete med flera andra enheter på SIDA, nämligen informationssekretariatet, planeringssekretariatet, personalbyrån, naturbruksbyrån, infrastrukturbyrån samt undervisningsbyrån (se bilaga 7). Dock har pengarna betalats ut från hälsobyrån. Sedan PROP blivit institutionell konsult till hälsobyrån måste samarbetet med andra delar av Sida godkännas av denna. Under 1995 assisterade PROP naturbruksbyrån med en uppföljning av IUCNs utvecklingsarbete och INFRA med ett policyarbete för urbanbistånd. Under 1996 har antalet veckor för samarbete med andra enheter minskats och PROP samarbetar för närvarande främst med naturbruksbyrån.

4.3.8 Samarbete utanför SIDA/Sida.

Bidragen från andra finansiärer är som anges ovan mycket blygsamma. Under 1994 utgick ett bidrag för en forskarkurs från bl.a. SAREC och FRN på sammanlagt 220.000 SEK.

4.3.9 Verksamheten 1996.

Basuppdraget omfattar 69 veckor. Under 1996 har PROP utanför basuppdraget fått ett uppdrag via en kommersiell konsult som avser en sektorgenomgång av biståndet till Etiopien. Dessutom har man genom Utan Gränser deltagit i en studie om "Food Security"

5. Grundläggande faktorer för bedömningen av samarbetet med de institutionella konsulterna

5.1 Inledning

SIDAs samarbete med de tre institutionella konsulterna inom hälsoområdet har, såsom framgått av beskrivningen ovan, inte vuxit fram som ett resultat av formellt fastställda målsättningar eller preciserade önskemål från uppdragsgivaren. I stället har det varit baserat på en allmänt utformad och principiell uppfattning att SIDA haft behov av fördjupad kunskap om hälso- och befolkningsfrågor till stöd såväl för SIDAs egen verksamhet som för u-länderna.

Inom resp institution har det funnits drivande personer som haft förmåga att utveckla institutionens verksamhet på ett sådant sätt att man tillmötesgått SIDAs omedelbara behov samtidigt som man breddat verksamheten inom olika områden. Detta har i mycket skett genom att man tagit till vara de möjligheter som utvecklats, antingen i form av särskilt kompetenta personer som sökt sig till institutionerna eller genom att man bearbetat något speciellt ämnesområde som varit i fokus för biståndet vid viss tidpunkt. I vissa fall, särskilt då det gäller IHCAR, har utvecklingen också varit uttryck för en önskan att ha ett tvärvetenskapligt perspektiv inom verksamheten.

En stor och kompetent resursbas har utvecklats som aktivt har bidragit till att förbättra kvaliteten på det svenska hälsobiståndet. SIDA har dock vid flera olika tillfällen reagerat på institutionernas tillväxt genom att försöka styra deras verksamhet mot områden som biståndsmyndigheten ansett vara prioriterade. Detta har skett genom reduktion av budgeten för allmän institutionsuppbyggnad. Den senaste utvecklingen härvidlag är den matris som ställts upp för respektive basuppdrag och som dels anger inom vilka ämnesområden institutionen skall arbeta, dels anger med vad man skall arbeta inom resp ämnesområde, uppdelat på institutionsutveckling, metodutveckling, resursbasutveckling, arbete med internationella organisationer, allmän rådgivning åt Sida samt särskilda uppdrag, varvid det för varje ruta inom matrisen angivits hur många personveckor Sida finansierar.

Vi tror att matrisen kräver alltför mycket uppföljning för att kunna fungera som styrinstrument, och vi tror också att vare sig Sida eller institutionerna önskar en sådan detaljstyrning. För att kunna föreslå andra instrument för samarbetet och former för dess styrning erfordras dock att några väsentliga faktorer av grundläggande betydelse för bedömningen av samarbetet diskuteras. Detta är avsikten med följande kapitel. Denna diskussion kompletterar bedömningen av det hittillsvarande samarbetet i kapitel 6.

5.2 Sidas behov av expertstöd

Biståndets komplexitet ökar ständigt, dels som ett resultat av växande insikter, dels som en följd av ämnesmässig expansion. En starkt bidragande orsak till den ökande komplexiteten är insikten om makrofaktors avgörande påverkan på alla utvecklingsansträngningar, vilket lett till en fokusering på institutionell utveckling i dess vidaste mening, innefattande lagstiftning, förvaltning, organisationer, utbildning, attityder och

kulturella faktorer. Detta kräver ett tvärsektoriellt kunnande. Samtidigt ställs mycket större krav på specialiserat fackkunnande. Många av dem vi intervjuat har dessutom påpekat att biståndsmottagarna idag är mycket mer intresserade av hur vi i Sverige löst våra samhällsliga problem.

Kraven på Sida-handläggarna är mycket stora. Deras främsta uppgift är att bereda biståndsinsatser till beslut, vilket innebär att de måste ha kompetens när det gäller a) svensk förvaltning, b) det egna ämnesområdet, c) biståndsteknik och d) de länder med vilka man arbetar. *Förvaltningskunnandet* är nödvändigt för att kunna klara av Sidas myndighetsuppgifter. Dessa kan man inte kontraktera ut. Kompetensen inom *det egna ämnesområdet* måste vara tillräcklig för att man skall kunna föra en konstruktiv dialog med biståndsmottagarens personal och med de olika svenska resurser som anlitas för insatserna. Samtidigt täcker Sidas insatser inom varje sektor mycket breda ämnesområden vilket har till följd att handläggarna måste ha en motsvarande bredd i sin kompetens. Därför är det knappast önskvärt att handläggarna har ett starkt specialiserat kunnande; ett sådant måste komma utifrån. Den mest centrala aspekten av *det biståndstekniska kunnandet* är att veta vilken typ av insats som passar i en viss situation. Handläggarna måste veta hur en biståndsinsats skall planeras, vilka aspekter som skall bedömas inför beslut, hur insatsuppföljningen går till; allt frågor som belyses av Sidas biståndshandböcker. *Upphandlingskunnandet* är väsentligt i detta sammanhang - hur går man till väga för att skaffa fram de resurser som erfordras för att genomföra insatsen? *Landkunnandet* måste i första hand biståndssektionerna vid ambassaderna tillföra, men för att handläggare i Stockholm skall kunna föra en meningsfull diskussion med sina kollegor ute krävs kunskap om biståndsmiljön.

Uppenbarligen behöver Sida stöd av extern kompetens i många olika former för att komplettera sitt eget kunnande och utföra de egna arbetsuppgifterna. Framför allt behöver man stöd när det gäller det specialiserade och tvärsektoriella ämneskunnandet, men man behöver också biståndstekniskt stöd. I det förra fallet vänder man sig till de organisationer, företag och institutioner som sysslar med motsvarande frågor i Sverige och som besitter denna specialiserade kompetens. Av särskild betydelse är forskningsinstitutioner och specialiserade konsultföretag. I det senare fallet vänder man sig till konsultföretag med biståndskunnande som specialitet. I den mån uppdragen avser planering eller uppföljning av biståndsinsatser är det angeläget att kombinera expertkunnandet med biståndskunnande.

Sida och framför allt avnämarna av biståndet behöver också företag och institutioner som kan ta ett större ansvar i samband med genomförandet av biståndsinsatser. Även detta är uppgifter som kräver en kombination av kompetenser, såväl ämnesmässigt som biståndstekniskt, men sammanhållet av en övergripande projektledningskompetens.

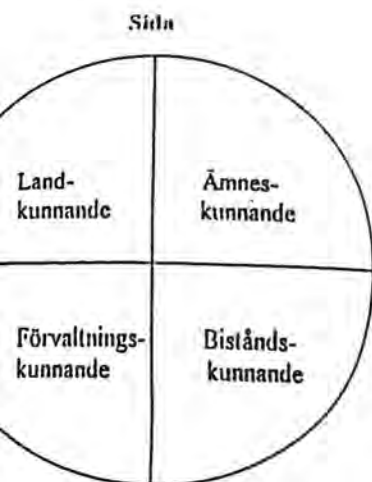
I illustrationen på nästa sida har vi försökt beskriva dessa olika kompetensers fördelning hos de olika aktörer som uppträder i biståndssamarbetet.

Samarbetet med de institutionella konsulterna på hälsoområdet visar att man utnyttjat dessa institutioner inte bara för deras specialiserade kunnande, utan också som handläggare, som biståndstekniker, för deras landkunnande och som genomförare av större biståndsinsatser (ICH i Vietnam). Vi anser att det är av avgörande betydelse för ett effektivt resursutnyttjande att Sida gör klart vilken typ av kompetens man efterfrågar när man vänder sig till olika

institutioner, och att dessa utnyttjas för uppgifter som motsvarar deras kompetens och inriktning.

Fördelning av Kompetenser i Biståndssamarbetet

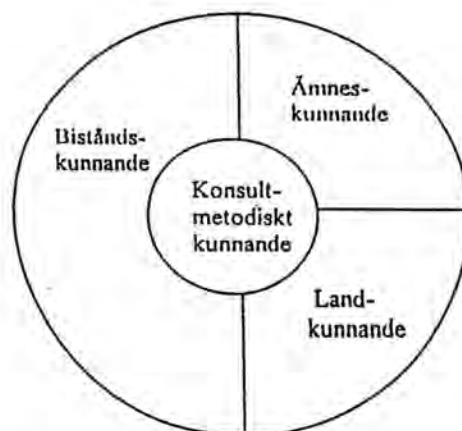
Specialiserade Institutioner



Genomförandekonsulter



Biståndskonsulter



5.3 Resursbasen - specialiserad kompetens inom hälsoområdet inriktad på u-landsfrågor och biståndets behov.

I avsnitt 3.1 redovisade vi hur den svenska resursbasen på hälsoområdet växte fram. I detta avsnitt diskuterar vi främst resursbasen ur behovssynpunkt.

Ur biståndsmyndighetens synvinkel bör en resursbas finnas tillgänglig för att motsvara de krav på kompetenser som myndigheten inte kan möta med egna resurser. Kompetensen måste motsvara de aktuella behoven och helst kunna användas utan besvärlig upphandling eller ständig diskussion om arvoden, tjänstledighet och dylikt. Myndigheten behöver också kunna bygga upp och vidmakthålla resursbasen inom nya områden när man ändrar sina prioriteringar.

SIDA har behov av personer som kan agera som närkonsulter och som har kapacitet, länderkunnande och biståndsadministrativ erfarenhet som lämpar sig för arbete med sektoranalyser, projektidentifikation, projektutveckling samt översyn och utvärdering av

SIDAS insatser. Inte minst när det gäller policyutveckling är det viktigt att ha tillgång till både djup och bredd i den fackmässiga kompetensen.

Periodvis har SIDA också haft behov av resurspersoner som var villiga att arbeta som handläggare åt SIDA vid spetsbelastningar eller för speciella uppgifter. Detta var vanligt i början av samarbetet med ICH. IHCAR har däremot varit mycket återhållsam med att ställa sina medarbetare till förfogande som handläggare. PROP har haft en person som vikarierat längre tid som handläggare. I de flesta fall har de institutionella konsulternas personal inte varit ansvariga för myndighetsbesluten, men de har arbetat med sådana arbetsuppgifter som måste anses vara SIDAS egna, såsom yttranden över inkomna förslag och ansökningar, bedömningar, och råd i löpande ärenden, vilket inneburit att de fungerat som de facto handläggare. Under 1980-talet förekom det att ICH-konsulter arbetade vissa dagar i veckan i SIDAS lokaler. Under senare år har denna typ av arbetsuppgifter för de institutionella konsulterna minskat, och även om det i deras basuppdrag ingått att stå till förfogande för att yttra sig över olika inkommande ärenden har de endast i begränsad utsträckning utnyttjats för detta.

Deltagande i internationella möten, konferenser och även FN-toppmöten kräver tillgång till personer med förmåga och kompetens till att delta som rådgivare, med kunnande och erfarenhet som på betryggande vis kan representera Sverige och SIDA.

En viktig funktion för resursbasen är att vara rekryteringsgrund för olika insatser i utland. Därvidlag har kraven på resursbasen påtagligt förändrats. U-ländernas behov av kompetens utifrån är idag inte i första hand grundade på bristen på kompetent personal. Framförallt handlar det om att arbeta med policy-, kompetens- och personalutveckling. För att den svenska resursbasen skall vara operativt användbar krävs att den besitter såväl ett brett fackmässigt kunnande på en övergripande nivå inom det aktuella ämnesområdet, som ett kunnande om hur man genomför den angivna typen av utvecklingsprojekt.

SIDA har således önskat bygga upp en resursbas med både stor kompetens och bredd och samtidigt med en institutionell utveckling som skulle säkra en god återväxt. Kompetenskraven har aldrig specificerats. Däremot har det förväntats att kompetensen med tiden skulle utvecklas och vidmakthållas på en nivå som motsvarade de bästa akademiska institutionerna i andra industriländer.

Sidas interna dokument och våra intervjuer visar mot nya tendenser i biståndet och ändringar i synsätt, som givetvis kommer att ändra det framtida hälsobiståndet och därmed Sidas behov av den externa resursbasen. Biståndet kommer att ytterligare fokuseras, med tyngdpunkten på hälsovårdsreform och sexuell och reproduktiv hälsa. Där strävas också mot att ha färre länder som huvudmottagare och att reducera antalet delinsatser per land. En rad övergripande frågor kommer att ytterligare integreras i hälsobiståndet. Ökad vikt kommer att läggas vid jämställdhets- och fattigdomsaspekter jämte arbetet med barnfrågor i bredare betydelse (barnkonventionen). Hänsynen till sambanden med områden som svenska prioriteringen. "Svenskt" synsätt kommer därför också i framtiden att genomsyra svenskt bistånd. Det förändrade sjukdomspanoramata i många u-länder kommer att ägnas ytterligare uppmärksamhet.

Som en följd av de nya riktlinjerna kommer Sidas hälsoenhet att behöva omorganisera sitt arbete och utveckla nya arbetsformer. I samband med Sidas omorganisering kommer strategier, behov och former för upphandling av tjänster från den externa resursbasen också att omdefinieras.

Resursbasen på befolknings- och demografiområdet måste kunna komplettera arbetet inom olika andra sektorområden. Detta kommer att kräva ett tvärsektorielt synsätt.

Resursbasen måste emellertid ha en bredd som överstiger de operativa behoven; den måste nå ut längre än vad som efterfrågas vid varje tillfälle. Det måste finnas en bas för en diskussion av u-landsproblemen genom ett levande forskningsarbete inriktat på olika ämnesområden, liksom på vad som brukar kallas "policy research". En sådan verksamhet kan inte bedrivas meningsfullt om den inte sker i samarbete med liknande institutioner i andra länder, särskilt då u-länder. När det gäller de specialiserade ämnesområdena inom hälso- och befolkningssektorerna måste man konstatera att de är mycket tekniska, många av dem är under snabb utveckling, och de kräver fackkunnande, engagemang och tid till att syntetisera egna och andras erfarenheter.

Dialog och informationsverksamhet gentemot den svenska befolkningen var och är dessutom av stor vikt för att förankra biståndet i allmänhetens medvetande. En fackmässig dialog, baserad på aktuell och relevant forskning, är ett viktigt supplement till den generella debatten om biståndets form och innehåll.

Utan tvivel är Sida den enda svenska myndighet som har ett av statsmakterna pålagt ansvar för att det skall finnas en biståndsdebatt. Informationsavdelningen har anslag för detta ändamål. Även i mer inskränkt mening kan det vara ett Sidas intresse att mer sektoriella frågor diskuteras utan direkt knytning till det operativa biståndet. Men detta torde dock vara undantagsfall. En allmänt riktad folkupplysningsverksamhet anser vi inte ligga inom hälsosektionens ansvarsområde och därför inte heller ett uppdrag för dess konsulter.

Vi ser inte heller resursbasen som i första hand en rekryteringsbas, den är snarare den samlade u-landskunskapen inom ett visst område. Resursbasen är inte enbart inriktad på biståndsadministrationens behov, men den är en garant för ett levande u-landsintresse. Detta leder över till frågan om vem som är ansvarig för att finansiera resursbasen. Uttryckt på annat sätt: går Sidas intresse för resursbasen längre än Sidas operativa behov?

Vi kan först konstatera att det är osannolikt att enskilda personer eller institutioner på eget initiativ och för egna medel kan utveckla och vidmakthålla en relevant kompetens och samtidigt stå till förfogande för ovan nämnda behov av fortlöpande rådgivning, konsultuppdrag, forskningsinsatser och informationsverksamhet. Den privata sektorn kan utan tvekan utföra konsult- och projektuppdrag, men ett privat bolag kan knappast vidmakthålla en kompetens som delvis är baserad på sjukvårds- och hälsoforskning i utvecklingsländerna. Lika osannolikt är det att ett privat bolag för egen räkning vill vidmakthålla och komplettera ett stort bibliotek täckande viktiga programområden inom det internationella hälso- och befolkningsbiståndet.

Universitetsinstitutioner har alltid upprätthållit internationella kontakter, annars har de riskerat att stagnera. Men det är naturligtvis institutionens egen inriktning och de enskilda forskarnas intresse som avgör vilka forskningsområden man engagerar sig i. U-lands- och biståndsforskning är sällan ett prioriterat område som de egna resurserna anslås till. Inte heller forskningsrådets anslag går i någon större utsträckning till dessa områden, dels är sådan forskning sällan i teknologifronten, dels tycks forskningsråden i stor utsträckning anse SAREC ha ansvaret för att finansiera sådan forskning. I den mån man önskar sig en u-landsinriktad forskning av någon bredd och kontinuitet återstår således endast finansiering över biståndsanslaget eller från internationella organisationer. Vi anser detta vara naturligt.

Vi anser att stöd till forskning är det viktigaste komplementet till den operativa biståndsverksamheten för att bygga upp och vidmakthålla en resursbas. Under denna utrednings gång har begreppet "kritisk massa" använts av och om samtliga de institutioner vi talat med. Kritisk massa avser såväl kunskapsmängd som antal personer. Kritisk massa är dock inget absolut begrepp. Det måste ses i relation till ett specifikt ämnesområdes svårighet och komplexitet, i relation till en viss arbetsuppgift, eller vilket vi tror är den vanligaste uppfattningen, som uttryck för att en organisation har en trovärdig kapacitet i förhållande till de uppgifter man åtar sig. Vi tror därför inte att man kan arbeta med begreppet "kritisk massa" för att bestämma omfattningen av det forskningsstöd som bör lämnas. Den kritiska massan kan också avse personer som är aktivt engagerade i den operativa biståndsverksamheten, i forskningen eller i debatten. Vi tror inte heller att detta är ett giltigt begrepp. Det avgörande är om man kan möta de faktiska behoven av kompetens.

Vår bedömning är att den svenska resursbasen såväl på hälsoområdet som på befolkningsområdet är tillräcklig, men att den behöver tillföras nya kunskaper, vilka vi diskuterar i följande avsnitt. Vi tror däremot inte att kurs- och seminarieverksamhet utan en bestämd målsättning eller nätverksbyggande av den typ som förekommer flitigt i rapporterna från de institutionella konsulterna, men vars värde det är svårt att avläsa eller bedöma är ett tillräckligt eller ens bra sätt att vidmakthålla och utveckla resursbasen. Däremot tror vi att det är viktigt att det finns u-landsinriktade miljöer där sådan forskning och undervisning bedrivs och där man har tillgång till bibliotek och liknande resurser.

Sida har således ett ansvar för att det finns en resursbas att tillgå för svenskt bistånd, med den inriktning och de restriktioner vi diskuterat ovan. Vi förordar dock bättre målinriktning när det gäller uppbyggnaden av denna resursbas, så att man når de grupper som är av direkt intresse och har kompetens att tillföra utvecklingssamarbetet och så att man inte engagera fler institutioner i biståndssamarbetet.

Hälsoenhetens ansvar anser vi dock i första hand vara begränsat till att bygga upp en kompetens som kan stå till förfogande för Sidas egna behov. Därvid bör man också beakta att uppdrag ingår också att inom biståndsområdet verka för att den akademiska världen. I Sidas till expertis för sitt internationella agerande. Något ansvar för att den svenska regeringen har tillgång för u-ländernas behov kan vi dock inte anse att Sida har.

Slutligen skall vi konstatera att utan en kompetent resursbas inom Sverige, eventuellt kompletterad från utlandet, är det knappast möjligt att administrera en årlig volym hälso- och befolkningsbistånd på ca. 1.630 MSEK (1994/95). Detta så mycket mera som biståndet det året var fördelat på 15 länder och över 300 delinsatser, och att över 60% av medlen administrerades direkt av Sida/Hälso.

5.4 Hur ser den framtida efterfrågan på expertkunnande ut?

Det senaste decenniet har uppvisat vissa nya tendenser i behovet av expertkunnande rörande hälso- och befolkningsfrågor. Det expertkunnande som tidigare behövdes för funktionen som "gapfiller" eller som rådgivare placerad centralt i ett hälsoministerium eller en delstatsadministration är allt mindre efterfrågat. Givetvis är dock erfarenheter från denna typ av arbete i tredje land väsentliga för en förståelse av problemen i mottagarländerna och för att bedöma olika förslag till biståndsinsatser.

Expertkunnande inom de klassiska tropiksjukdomarna är redan nu efterfrågat endast i begränsad omfattning. De flesta tropikländer har redan tillräckligt fackkunnande, och tropikmedicinsk forskning bedrivs bäst i dessa länder eller i institutioner med erfarenhet och stora resurser för tropikmedicinsk forskning.

Framtida expertkunnande kommer till stor del att bero på vilken typ av land som avses. Den tidigare benämningen "u-länder" som enhetligt begrepp är inte fullt adekvat. Det finns numera ett flertal kategorier:

- * länder med hög dödlighet, hög fertilitet, låg BNP per capita och extremt begränsade resurser tillgängliga för hälsosektorn,
- * länder med relativt låg fertilitet och dödlighet, medelhög BNP och större resurser för hälsosektorn,
- * länder inom någon av de ovanstående kategorierna, men under omvandling från en socialistisk planekonomi till en mer marknadsorienterad ekonomi,
- * länder under återhämtning från inbördeskrig, ekonomiskt och socialt sammanbrott, samt
- * länder där krigstillstånd råder, med svält, flyktingproblem och epidemier.

Specialister kommer att behöva erfarenhet, helst en praktisk sådan, från både u-länder och egna länder. Man kommer att kräva att de har en bred tvärvetenskaplig kunskap om vad hälsovårdssystem kan tillhandahålla och vad som efterfrågas i andra sektorer. Det kommer även att finnas specialister inom områdena sjukförsäkringssystem, sjukhusförvaltning, malariabekämpning, HIV/AIDS, akutmedicin etc. Alla kommer dock förväntas ha en gedigen kunskap om den politiska, ekonomiska, tekniska och epidemiska situationen i landet.

Den framtida hälsorådgivaren måste också snabbt kunna sammanställa och analysera relevant information inom och utanför hälsosektorn, för att kunna fastställa prioriteringar baserade på ett kostnadseffektivt "paket" bestående av hälsovård, förebyggande vård, bot, rehabilitering och smärtlindring och terminalvård. Man måste ha kunskap om användandet och begränsningarna av hälsosystem och management information systems.

Expertis kommer att efterfrågas på en rad områden med huvudinriktning på:

- * hälsovårdsreformer, inklusive organisation och förvaltning.
- * organisationsutveckling av hälsoministerier och distriktshälsoorganisationer.
- * vårdkvalitet på alla nivåer.
- * information, utbildning och kommunikation.
- * sjukhusadministration och förvaltning.
- * hälsovårdsfinansiering innefattande sjukförsäkringsmedicin, speciella hälsovårdsskatter och bidrag.
- * välfärdssjukdomar, innefattande näringslära och drogmissbruk.
- * prioriteringar inom hälso- och befolkningsrelaterad forskning.
- * befolkningsfrågor, innefattande sexuell och reproduktiv hälsa, familjeplanering, utvandring och sociala- och miljöfrågor relaterade till demografiska förändringar.
- * epidemiska, sociala och ekonomiska katastrofer och hur man återställer en normalsituation i ett land.

Tidigare har expertkunnandet varit inriktat mot problemen i u-länderna och med mycket liten vikt på erfarenheter från det egna landet. Detta kommer nu med all sannolikhet att ändras, inte minst om u-länderna utöver fortsatta problem med fattigdomsrelaterade sjukdomar också får ett ändrat sjukdomspanorama med folkhälsoproblem relaterade till tobak, alkohol, olyckor, våld och ålderdomssjukdomar som följd av den ändrade demografiska situationen.

En i-landsinriktad expertis finns i stat och landsting idag, men är troligen svår att få tillgång till. Den viktigaste uppgiften inom resursbasutvecklingen är att engagera denna expertis i biståndssamarbetet. Däremot är det mindre troligt att det går att på ett kostnadseffektivt sätt vidmakthålla sådant expertkunnande genom samarbete av den typ Sida haft med de institutionella konsulterna.

5.5 Institutionella konsulter roll och ställning

SIDA hade 1994 samarbetsavtal inom olika ämnesområden med ett trettiotal statliga myndigheter och universitetsinstitutioner, vilka betecknades som institutionella konsulter. (Även Handikappinstitutet och RFSU betecknades som institutionella konsulter.) De flesta av dessa avtal har tagits över av Sida. SIDA:s avsikt med dessa avtal var att försäkra sig om tillgång till den typ av specialiserat kunnande som vi diskuterat ovan och vilket kommersiella konsulter inte kunde tillhandahålla. Avtalen var också ett sätt att dra in andra myndigheter i biståndet, vilket ju tidvis varit statsmaktens önskan ("En samlad u-landspolitik"). Ytterligare en avsikt har varit att skapa kontinuitet i samarbetet. Från institutionernas sida har det funnits en växlande grad av entusiasm för sådant samarbete. Dock har man varit villiga att bygga upp resurser för sådant samarbete om SIDA garanterat att kostnaderna för verksamheten skulle täckas, främst genom olika uppdrag.

Begreppet institutionell konsult är idag inte helt lyckat. Eftersom begreppen institutionssamarbete, som avser samarbete mellan en organisation i i-land och en likartad organisation i u-land, resp institutionell utveckling, som syftar på en organisations eller samhällselig sektors utveckling, kommit att användas allt oftare i biståndssamarbetet, föreligger

en risk för sammanblandning av begreppen. Dessa begrepp har nämligen ingen direkt knytning till begreppet institutionell konsult. I den mån en institutionell konsult arbetar i ett institutionssamarbete är ett sådant samarbete normalt ett uppdrag utanför det som här kallas basuppdraget. Dessutom har Sida idag ramavtal även med en rad kommersiella konsulter med ett förenklat upphandlingsförfarande. Den stora skillnaden mellan dessa två kategorier är därför att de institutionella konsulterna har vissa löpande uppdrag, och att man i vissa fall har en garanterad kostnadstäckning.

Vi har i kapitel 4 beskrivit de tre nu studerade institutionella konsulternas uppgifter inom basuppdragen. Dessa motsvarar tämligen väl vad andra institutionella konsulter gör inom andra sektorer. Dock finns det inom hälso- och befolkningssektorn betydligt färre kommersiella konsulter som skulle kunna utgöra ett alternativ till de institutionella konsulterna.

Uppgifterna inom basuppdragen kan inrangeras i följande kategorier:

a) utveckling av den egna institutionen och dess kunnande samt utveckling av resursbasen (inkl biblioteksverksamhet). Olika försök har gjorts att mer eller mindre tydligt definiera dessa uppgifter, bl a genom den ovan beskrivna matrisen, men i princip har SIDA överlåtit till institutionerna att själva avgöra hur man skall stärka den egna organisationen och kapaciteten. Restriktionen från SIDA har varit de finansiella resurser som ställts till förfogande. Inom ramen för utvecklingen av institutionen har man också bedrivit metodutveckling. Detta tycks i allmänhet inte ha bedrivits i projektförm och det framgår inte av de årsrapporter som vi tagit del av vilka resultat som uppnåtts eller om denna metodutveckling bedrivs till förmån för den egna institutionen, SIDA eller u-länderna. Inom andra delar av SIDA, exempelvis NATUR, har sådan metodutveckling bedrivits med avsevärt tydligare inriktning på u-ländernas behov. Resursbasutvecklingen utanför den egna institutionen har både när det gäller ICH och IHCAR fått mycket lite resurser under senare år.

b) handlägningsstöd. De institutionella konsulterna har en särställning i så måtto att de på ett sätt som andra konsulter inte gör står till förfogande för att svara på frågor, skriva remissyttranden, göra mindre utredningar, och ge råd till Sidas handläggare. I några fall har de också fungerat som vikarierande handläggare. Detta är inte förvånande eftersom de institutionella konsulternas personal ibland haft anställning på SIDA eller biståndskontoren och det således funnits nära band mellan denna personal och SIDA. Vissa institutionella konsulter har värjt sig mot sådana arbetsuppgifter som inneburit stöd och rådgivning i löpande ärenden, mest tydligt IHCAR, men sådana uppgifter tycks alltid förekommit.

c) särskilda uppdrag, ofta kallade landuppdrag. Detta har motsvarat normala konsultuppdrag inriktade på projekt eller program inom det bilaterala biståndet.

d) En viktig uppgift av landuppdragskaraktär har varit att medverka i de årliga översyner som SIDA gjort av olika insatser. Därvid har konsulterna ibland kommit att uppfattas som eller uppfatta sig som representanter för SIDA, med mandat att uttala sig för SIDA. Denna risk för "rollsammanblandning" är dock inte unik för de institutionella konsulterna utan gäller alla konsulter som gör sådana uppdrag.

Den roll som beskrivits i b), c) och d) har ibland kallats "närkonsult". Med detta uttryck, som på senare tid utmönstrats ur den godkända vokabulären, har avsetts konsulter som har haft många och återkommande uppdrag för SIDA och som utfört löpande uppkommande arbetsuppgifter av delvis handläggningskaraktär. Det har varit bekvämt för SIDA att utan större administrativt besvär kunna lägga ut sådana uppgifter, särskilt om de krävt fackkunnande och det förefaller som om man har man känt ett större förtroende för de institutionella konsulterna än för de kommersiella. Våra intervjuer med handläggarna på Sida ger emellertid ett samstämmigt intryck av att handläggarna ansett de institutionella konsulterna vara svårare att styra än de kommersiella.

e) rekryteringsmedverkan, de institutionella konsulterna förväntas ha den bästa kunskapen om den svenska resursbasen inom olika fackområden och de har därför utnyttjats av SIDA:s rekryteringsenhet som stöd för att identifiera kandidater, annonsering efter kandidater och för bedömning av sökanden.

f) medverkan i arbetet i de mellanstatliga organisationerna. Det är viktigt att Sida kan utnyttja de institutionella konsulternas kompetens i dessa sammanhang och att man arbetar och uppträder tillsammans. Den akademiska status som institutionerna kan åberopa är också viktig för trovärdigheten i olika ställningstaganden som inte är av ren politisk eller finansiell art. De institutionella konsulterna på hälsoområdet har haft stor betydelse inte bara för Sida utan för det samlade svenska uppträdet internationellt. Samtidigt skall väl sägas att detta är exklusiva uppgifter som utförs på framför allt regeringens vägnar, och där regeringen kan och bör utnyttja den bästa expertis som finns i landet oavsett dess knytning till Sida.

5.6 Övriga aktörer. Konkurrensfrågor

Ett av skälen till den starka utvecklingen av de institutionella konsulterna inom hälso- och befolkningsområdena har varit bristen på kommersiella aktörer. På senare tid har dock några av konsultföretagen skaffat kompetens och erfarenheter inom området. InDevelop är dock fortfarande ensamt som genomförandeföretag. Det är dock troligt att denna situation kommer att förändras tämligen snart. Inom den svenska sjukvården har det bildats ett antal företag med inriktning mot entreprenaduppdrag för främst landstingen. När dessa etablerat sig kan man räkna med att de kommer att söka även andra marknader, och då ligger biståndsmarknaden nära till hands. Inom biståndet till Öst- och Centraleuropa är redan flera landsting verksamma. Det finns även planer inom socialdepartementet att engagera sig mera systematiskt som tjänsteexportör inom sjukvård, hälsovård och socialförsäkring.

Konkurrensen mellan aktörerna inom hälso- och befolkningsbiståndet har hittills varit begränsad. Delvis har detta berott på avsaknaden av andra aktörer än de tre institutionella konsulterna, och dessa har endast i något fall konkurrerat öppet med varandra när det gäller enskilda uppdrag. Däremot föreligger självfallet en professionell konkurrens, såsom mellan alla akademiska institutioner. Den bristande konkurrensen inom sektorn har emellertid också berott på att SIDA inte lyckats stimulera denna, trots vissa försök att få in andra institutioner i biståndet. SIDA har också på senare år antytt att man inte är främmande för att de institutionella konsulterna konkurrerar med varandra.

Idag torde det finnas mycket större möjligheter till utökad konkurrens. Detta bör öka biståndets effektivitet, men det bör också leda till att man får in nya kompetenser och att man ökar resursbasen på kommersiell väg. Även om lagen om offentlig upphandling endast är bindande för Sida i begränsad utsträckning anser vi det ligga i Sidas intresse att stärka konkurrensen i sektorn. I vart fall bör man inte arbeta med modeller som aktivt motverkar konkurrens och uppkomst av nya tjänsteleverantörer.

Den ökande konkurrensen kommer också att ställa krav på att de nuvarande institutionella konsulterna anpassar sig till en marknads krav. IHCAR har redan gjort detta, men även de övriga måste inse att en stor del av de tjänster de tillhandahåller Sida är konkurrensutsatta.

5.7 En svensk eller en internationell resursbas?

Sidas resursbas inom hälso- och befolkningsområdena är idag klart förankrad i Sverige, och främst vid de tre studerade institutionella konsulterna. Den historiska bakgrunden för detta har beskrivits i avsnitt 3.1. Det politiska och administrativa klimatet går också fortfarande i riktning mot att använda en svensk resursbas. Detta utesluter givetvis inte en omfattande kontakt med den övriga delen av världen. De institutionella konsulterna och andra institutioner och bolag har givetvis ett stort nätverk, inom Sverige och i utlandet. Tendensen tycks vara en ytterligare utbyggnad av det internationella nätverket, givetvis underlättat av Internet.

SIDAS tillgång till utländskt fackkunnande har ofta varit indirekt genom de institutionella konsulterna och deras kontakter i utlandet. Detta tycks vara en praktisk realitet och det är osannolikt att det nya Sida kommer att kunna etablera ett eget mer omfattande internationellt nätverk. De av Sida anlitate institutionella konsulterna och andra konsulter med uppdrag från Sida och internationella kontakter kommer även i fortsättningen att förmedla, filtrera och eventuellt kontrollera förmedlingen av resultaten av internationellt arbete på hälso- och befolkningsområdena.

Vi har i avsnitt 5.3 framhållit nödvändigheten av en kompetent resursbas för att kunna leverera ett högkvalitativt bistånd på hälso- och befolkningsområdena. Det är givetvis administrativt bekvämt att ha tillgång till sådan kompetens inom Sverige, främst om denna är lätt tillgänglig genom samarbetsavtal. Frågan är dock om Sida skall vidmakthålla en nationell kompetens på alla, eller nästan alla, Sidas huvudområden inom hälso- och befolkningsbiståndet. Detta är en både politisk och ekonomisk fråga. Alternativet att inom vissa områden använda sig av tillgänglig internationell fackkunskap, som andra har betalt för att utveckla och vidmakthålla, är många gånger med stor sannolikhet billigare. Vid internationell upphandling av vissa uppdrag bör man dessutom kunna införa en viss konkurrens och samtidigt skaffa sig vissa möjligheter för att jämföra kvaliteten hos den inhemska resursbasen. Vi anser således att även om Sida inte kan upprätthålla ett omfattande internationellt nätverk med olika forskningsinstitutioner, bör man fortsätta arbetet med att utveckla kontakter med sådana utländska institutioner och enskilda som kan engageras som konsulter åt Sida.

5.8 Samordning inom Sida

SIDA har haft samarbetsavtal med ett 20-tal olika universitetsinstitutioner med syfte bland annat att bidra till resursbasutvecklingen inom deras ämnesområden. Samtidigt har SAREC lämnat stöd till utveckling av forskningsmiljöer till ett stort antal universitetsinstitutioner, delvis som i fallet IHCAR överlappande med SIDA's bassamarbete.

SIDA har anlitat de institutionella konsulterna för uppdrag inom samarbetsavtalens ram, under särskilda avtal och ibland i konkurrens. En del av uppdragen har syftat till institutionsutveckling. Sådant forskningssamarbete har även finansierats av SAREC och BITS. Utbildningsverksamheten vid ICH har finansierats av SIDA genom ett bidrag till SMR över anslaget för stöd till enskilda organisationer. BITS har finansierat kurser för u-landsdeltagare som genomförts av både ICH och IHCAR.

Det nya Sida samlar de resurser som förut hanterades av SIDA, SAREC, BITS och SwedeCorp. Alla de tre förstnämnda stödde således insatser inom hälso- och befolkningsområdena, vilket innebär att det idag föreligger behov av samordning av arbete och insatser som riskerar att dubblera varandra. En verksöverspännande fråga är naturligtvis hur man skall bygga upp, vidmakthålla och utnyttja den svenska resursbasen. En annan är hur man skall handla upp konsulter, och i vilka situationer man kan frångå upphandling i konkurrens. Detta behandlas nedan.

Ännu pågår arbetet inom Sida med att se över de olika biståndsinstrument man har till sitt förfogande och därför kan inga mer konkreta rekommendationer lämnas om hur samordningen bör ske. Det är dock önskvärt att man inom Sidas olika enheter skaffar sig ett samordnat synsätt på hur man arbetar med olika typer av konsulter, liksom i vilken mån man skall lämna bidrag till uppbyggnad av olika resurser inom och utom konsultföretag och universitetsinstitutioner.

Särskilt inom området institutionellt samarbete tror vi det är viktigt att Sida skaffar ett gemensamt synsätt.

5.9 Uppdrag eller bidrag?

Det tycks föreligga en viss oklarhet både inom Sida och hos institutionerna om vad uppdragen inom bassamarbetet egentligen innebär i förhållande till Sida. Ibland ifrågasätts om bassamarbetets olika uppgifter verkligen är uppdrag för Sida. Det hävdas i stället att de är ett stöd till institutionen, som den visserligen skall redovisa användningen av men som institutionen egentligen själv avgör hur man vill använda. Det sätt institutionerna redovisat basuppdragen på antyder att man egentligen inte i annat än mer allmän mening ansett sig bunden av den mer eller mindre tydliga uppdragsbeskrivning som gällt.

Detta avspeglas också i ordvalet runt förslagen till de årliga verksamhetsplanerna. I dessa förekommer såväl uttrycket anslag som bidrag, trots att vad man egentligen lägger fram är ett förslag till budget för ett uppdrag.

Enligt vår mening är varken karaktären på samarbetet, där institutionerna formellt sett avkrävs prestationer, eller biståndsanslagets utformning sådan att det kan vara fråga om bidrag. Bidrag borde stå öppna att söka för vilken institution som helst, vilket ju inte är fallet. De institutionella konsulterna har således hittills arbetat inom ramen för arvoderade uppdrag, med skyldighet att redovisa uppnådda resultat.

5.10 Vad styr vetenskapliga institutioners inriktning?

Akademiska institutioners inriktning styrs, enkelt förklarat, av tradition, forskning och undervisning. När det gäller medicinska institutioner finns tillika ett stort element av service i form av diagnos och behandling av patienter. Rådgivning, konsultuppdrag och uppdrag med insatser utomlands hör traditionellt inte till vetenskapliga institutioners intresseområden. I den mån institutionernas medarbetare utför konsultarbete är detta oftast i form av kontrakt under tjänstledighet och icke som en del av institutionens arbete. På senare år har emellertid uppdragsforskningen blivit allt viktigare.

Intresset och inriktningen mot internationella frågor har accentuerats sedan många år tillbaka. Alla universitet, och icke minst universitet med hög prestige, är ofta mycket internationellt orienterade. Det internationella intresset går dock i riktning mot forskning och samarbete med vetenskapliga institutioner i länder i industrivärlden. I den medicinska världen är inriktningen övervägande orienterad mot biomedicinsk forskning och undervisning. Policy, management, hälsoekonomi och, paradoxalt nog, också folkhälsoproblem är främmande kroppar i den traditionella medicinska världen.

Denna problemställning har också präglat utvecklingen av speciellt ICHs och IHCARs och i något mindre omfattning PROPs relationer till sitt moderuniversitet. Det har krävts mycket starka personligheter för att övertyga universitetsledningen om behovet av att utveckla institutioner med inriktning mot forskning och undervisning i frågor som rör tredje världen och speciellt där forskningen har väsentligt annan karaktär än den rent biomedicinska forskningen.

5.11 Affärsidéer

Den typ av akademiska institutioner som de institutionella konsulterna representerar kan inte för sin överlevnads skull nöja sig med att hänvisa till forskningens frihet och rätten att själv välja sin inriktning. Eftersom de är nästan helt kontraktsfinansierade måste de anpassa sig till beställarnas önskemål. Detta är typiskt för all uppdragsforskning. Å andra sidan kan man inte heller vara alltför anpasslig till beställarnas önskemål eftersom man då kan hamna i en situation där den egna kompetensen inte motsvarar beställarnas växlande krav eller där man utför uppdrag för vilket man inte har en konkurrenskraftig kompetens.

Det är därför nödvändigt för en forskningsinriktad institution att liksom kommersiellt inriktade organisationer skaffa sig vad som kan kallas en affärsidé, något som anger var institutionens kompetens och styrka ligger. Enligt vår uppfattning är det alltså inte tillräckligt att ange ett mycket vidsträckt ämnesområde som institutionens verksamhetsområde och inom detta åta sig vilka som helst uppkommande uppdrag eller forskningsuppdrag. Man måste

utveckla en central och för institutionens verksamheten bärande kompetens. Denna centrala kompetens måste man ständigt sträva efter att utveckla och fördjupa. Det typiska för ett konsultföretag är att kompetensen är ett visst metodkunnande, och även en akademisk institution skulle kunna göra detta till sin affärsidé. Det är dock vanligare att en institution har ett ämnesområde som sin centrala kompetens. Vi är övertygade om att den ökande konkurrens som såväl de studerade institutionella konsulterna som andra likartade institutioner kommer att möta och utsättas för, kommer att kräva av dem att de ägnar mycket uppmärksamhet åt att formulera och utveckla konkreta verksamhetsinriktningar.

6 Bedömningsavsnitt - Granskning och kommentarer till samarbetet

6.1 Målsättningsanalys

En av huvuduppgifterna för denna översyn har varit att undersöka vilka målsättningar som uppställts för samarbetet mellan SIDA och de studerade institutionerna. Vi har ovan konstaterat att de målsättningar som formulerats i framför allt samarbetsavtalen varit mycket allmänt hållna och inte lämpade för att mäta eller utvärdera samarbetet mot. Vi tror att detta väl motsvarar de ursprungliga avsikter som berörda beslutsfattare haft med samarbetet. SIDA har önskat sig en resurs som stod till förfogande för olika uppkommande uppgifter inom ramen för biståndet. Samarbetsavtalen tillät ett stort mått av flexibilitet när det gällde att ange vilka arbetsuppgifter som skulle utföras av institutionerna. Institutionerna å sin sida har genom samarbetet givits stor frihet att utvecklas i de riktningar man ansett viktiga och har därigenom kunnat utveckla en god kompetens på dessa områden. Detta har också varit ett av SIDA:s underliggande syften med samarbetet.

Det förefaller som om det för SIDA varit viktigare att styra samarbetets ämnesmässiga inriktning och antalet personveckor eller månader än det faktiska resultatet. Från och med 1994 blir dock styrningen av de institutionella konsulterna mer professionell. Detta hänger naturligtvis samman med den allmänna mål- och resultatstyrningsinriktning som präglar hela statsförvaltningen under 90-talet, men också med insikten om att samarbetet med ICH och IHCAR sedan länge lämnat uppbyggnadsstadiet. Hälsobyråån har samtidigt börjat skaffa sig en starkare egen fackmässig kompetens. Byråån förefaller ha känt ett ökande behov att styra de institutionella konsulterna och därför infördes en mycket mer detaljerade uppdragsbeskrivningar för verksamheten och inför institutionernas verksamhetsplanering gick byråån ut med särskilda instruktioner för hur denna skulle bedrivas. Uppdragsbeskrivningarna, som låg till grund för en uppställning av resurstilldelningen till varje institution i en matris, innehöll tydligare målsättningar för de olika ämnesområdena och funktionerna.

Vår bedömning är dock att vare sig SIDA eller institutionerna såg denna matris som annat än en precisering av hur man fick använda tiden. Det bärande elementet i uppdelningen tycks ha varit att områdena institutionsutveckling och metodutveckling främst varit avsedda som ett bidrag till institutionens utveckling enligt egna prioriteringar, medan uppdragen åt SIDA varit de åligganden som följde med detta. I den mån SIDA inte förmådde utnyttja den anslagna tiden var institutionerna fria att utnyttja motsvarande tid för den egna utvecklingen.

Vi är övertygade om att detta synsätt inte längre är försvarbart. Sidas handläggare uttrycker nästan samfällt ett ifrågasättande av den nytta man har av institutionerna utanför ramen för de särskilda uppdrag dessa utför för Sida. Detta översynsuppdrag och uppdragsbeskrivningens inriktning är också uttryck för detta.

6.2 Bassamarbetets betydelse

Uppdragsbeskrivningen föreskriver att vi skall bedöma bassamarbetets betydelse för institutionernas utveckling, för Sidas hälsobistånd och för övriga intressenter. Avsaknaden av

konkreta målsättningar för bassamarbetet innebär naturligtvis att någon kvantitativ bedömning av resultatet inte kan göras. (Vi bortser här från resultatet av enskilda mindre uppdrag, eftersom vi har uppfattat vårt uppdrag så att det är samarbetet i sig som skall bedömas.) Vår bedömning är därför byggd på de iakttagelser vi gjort vid genomgång av dokumentationen och på de synpunkter på samarbetet som vi inhämtat under intervjuerna.

6.2.1 Betydelsen för de institutionella konsulterna

Samarbetet med SIDA har varit det dominerande i samtliga de tre institutionernas verksamhet i stort sett från starten. Men bassamarbetet har varken för ICH eller IHCAR varit helt avgörande. PROP måste däremot betecknas som helt beroende av bassamarbetet, vilket är naturligt med tanke på att PROP inrättades för detta ändamål.

6.2.1.1 ICH

ICH utvecklade tidigt den struktur med tre olika verksamhetsgrenar som man fortfarande arbetar inom. Konsult- eller rådgivningsverksamheten var till en början en mindre del, medan utbildningen och forskningen dominerade. Utbildningen var naturligtvis helt beroende av SIDAS finansiering genom SMR, men den hade sin egen målsättning och var starkt efterfrågad. Forskningen och forskningsutbildningen bedrevs med stöd av olika anslag för detta ändamål och också inom ramen för det BITS-finansierade samarbetet med Sudan, Kina och Pakistan.

Bassamarbetets betydelse bör därför bedömas i förhållande till konsultverksamheten. Genom bassamarbetet har ICHs konsultverksamhet kunnat växa kraftigt, såväl finansiellt som personalmässigt, men också när det gäller ämnesområden. Vi tror inte att den ämnesmässiga expansionen egentligen motsvaras av kompetensökningen. Snarare tror vi att man tunnats ut den kompetens som funnits inom barnhälsovård och nutrition genom att man inte kvarhållit vid dessa ämnesområden. Idag hävdar ICH, såsom framgår av avsnitt 4.1, att man också arbetar inom många angränsande ämnesområden. Det kan naturligtvis sägas att u-landshälsovård berör så många olika delområden att man måste syssla med alla för att kunna fungera effektivt som SIDAS rådgivare, men detta är inte ett övertygande argument från en akademisk institution, som enligt vår mening i första hand måste vara kvalitetsinriktad. Vi tycker oss se att de anställda konsulterna inte heller haft förmågan att motsvara förväntningarna inom alla de ämnesområden som stakats ut. Idag har ICH konsulter som kan erbjuda god kompetens inom nutrition, rehabilitering och då särskilt CBR, primärsjukvård och personalbistånd till Angola, men inget av dessa är områden är idag högprioriterat av Sida. Man har därför hamnat i en situation där budgeten för bassamarbetet i stort sett används för ändamål som inte direkt efterfrågas av Sida. Vi tror att vår bedömning att konsultverksamheten stagnerat delas av de flesta vi talat med.

Det är svårare att bedöma om den påstådda korsbefruktningen mellan undervisning, forskning och konsultverksamhet faktiskt har ägt rum. En förutsättning för denna korsbefruktning är enligt vår mening att konsult- och utbildningspersonal faktiskt medverkar i forskning inom sina ämnesområden. Även om några personer är mycket aktiva inom forskningen och haft stort inflytande på forskningsinriktningen inom ICH förefaller den övriga konsult- och undervisningspersonalen inte alls delta i sådant arbete. Frågan kräver dock ett djupare studium för att kunna besvaras rättvisande.

6.2.1.2 IHCAR

IHCARs förre chef hävdar att man från början var mycket tveksam till att fungera som konsult i löpande ärenden åt SIDA och att man endast motvilligt gick in i det första samarbetsavtalet 1984. Dock har också för IHCARs del detta samarbete vuxit kraftigt under åren och utan tvivel också tillåtit IHCAR att expandera. Till skillnad från ICH har IHCAR emellertid inte delat upp sin personal i konsulter, utbildare och forskare. De flesta har också bedrivit egen forskning. Därmed har IHCAR haft större möjligheter att för sin egen utveckling utnyttja de mindre hårt specificerade delarna av stödet från SIDA. Bassamarbetet har också tillåtit IHCAR att utöka samarbetet med andra universitetsinstitutioner, vilket skapat bredd i kompetensen samtidigt som man tagit in väl kvalificerad personal som tillfört en egen akademisk kompetens. För IHCAR har bassamarbetet varit en viktig, men inte avgörande, finansieringskälla för den egna kompetensutvecklingen, och det har tillåtit ett risktagande som annat mer riktat stöd inte skulle möjliggöra.

Vår bedömning är att den nämnda korsbefruktningen mellan forskningen och konsultuppdrag för SIDA varit påtaglig inom IHCAR. För närvarande pågår åtskillig forskning på IHCAR av direkt betydelse för de ämnesområden som Sida prioriterar. Åtskilliga forskningsuppslag förefaller också ha uppstått som ett resultat av IHCARs medverkan i olika insatser, där konsultuppdragen genererat uppslag för forskning.

6.2.1.3 PROP

PROPs uppbyggnad har varit helt beroende av bassamarbetet. PROP har ingen annan finansiering och för att verksamheten skall gå ihop finansiellt måste medarbetarna begränsa sin arbetstid. Man har också finansierat sig genom tjänstledigheter och genom att ta uppdrag utanför sektionens ram. En del av verksamheten har varit handläggningsstöd till SIDA, vilket knappast har utvecklat sektionen professionellt eller akademiskt. Det är inte vår uppgift att uttala oss om PROP lyckats etablera sig akademiskt, och PROP hävdar att detta aldrig varit avsikten eftersom uppgiften har varit att utveckla en resursbas för SIDA, men vi tror inte att PROP skulle överleva om Sida drog in sitt stöd. Det mest bekymmersamma med PROP är emellertid att Sidans efterfrågan på PROPs tjänster är mycket mindre än de resurser man har. Det är också tveksamt om denna efterfrågan avser det akademiska innehållet i PROPs verksamhet. Snarare söker Sida stöd i samband med olika övergripande studier och för detta behöver man demografiskt skolade personer, men knappast en forskningsverksamhet.

PROPs verksamhet är så liten att korsbefruktningen är automatisk, men knappast ger några större additionella effekter.

6.2.1.4 Gemensamma frågor

Sammanfattningsvis gör vi bedömningen att det institutionella samarbetet med dessa tre institutioner varit viktigt särskilt under de inledande åren, men när det gäller ICH och IHCAR har det inte varit avgörande för dessa institutioners utveckling. I dag tror vi att det är mer av ett hinder än en hjälp till anpassning till den finansieringssituation som alla

universitetsinstitutioner står inför. Någon korsbefruktning mellan de institutionella konsulternas kompetensutveckling kan knappast sägas ha skett.

Ur administrativ synvinkel har basuppdragen varit till fördel för institutionerna, eftersom de givit en stadga för resursplaneringen som ad hoc-uppdrag inte ger. Vi tror dock inte att detta befrämjat kompetensutvecklingen i någon högre grad.

Vi har förgäves sökt efter någon strategi eller mer konkret målsättning för resp institutions egen utveckling. Man tycks framför allt ha varit inriktade på att betjäna biståndsmyndigheterna och strävat efter expansion, och i detta avseende har alla tre lyckats, men däremot är det oklart vad denna expansion syftar till. ICH är nu verksam för att bilda och bli del av ett internationellt center vid Uppsala Universitet. IHCAR arbetar på att bli bättre integrerat inom KI. I mycket liknar dessa institutioner konsultföretag mer än akademiska institutioner, och detta är möjligen också grunden för att de synes ha svårt att bli fullt accepterade inom sina resp universitet. Man kan förmoda att också universitetsledningarna ser dem som stöd till Sida snarare än som akademiska institutioner av egen kraft. IHCAR utgör möjligen ett undantag i detta avseende, men har i vart fall hittills ändå varit snålt behandlat av KI. IHCAR har i själva verket varit en nettofinansiär av KIs verksamhet.

6.2.2 Betydelsen för SIDA

Bassamarbetets betydelse för SIDAS hälsobistånd är svår om inte omöjlig att utskilja från betydelsen av de institutionella konsulternas medverkan i biståndet över huvud taget. Utan tvivel har basstödet inneburit att SIDA haft tillgång till en professionell kompetens som man annars saknat och detta har säkerligen varit väsentligt för olika hälsoinsatser. När det gäller biståndets inriktning är det svårt att avgöra varifrån impulserna kommit för förändring och nytänkande. Samarbetet och stödet till institutionerna har dock möjliggjort för SIDA att följa den internationella utvecklingen och debatten på ett bättre sätt än man själv haft kraft till. Institutionerna har och kommer fortsättningsvis också att ha stort professionellt inflytande i samband med utarbetandet av strategier för olika delområden inom hälsobiståndet.

Tillgången till de institutionella konsulternas kompetens och kapacitet har också varit värdefull för SIDA både för att förstärka den egna kompetensen och i perioder av bristande kapacitet på hälsobyran. För att förstå hur de institutionella konsulterna kommit att få rollen som närkonsulter tror vi att det också är viktigt att peka på den nära relation som utvecklats mellan Sidas handläggare och de institutionella konsulternas personal, men också den traditionella svenska förvaltningens syn att "myndigheterna skall räcka varandra handen".

Vi kan dock inte tycka att den sk löpande rådgivningen (närkonsulteriet) är en rationell användning av den kompetens som de akademiska institutionerna har eller borde ha byggt upp. I sin konsultrelation anser vi att de institutionella konsulterna skall förhålla sig som alla andra konsulter, dvs på armslängds avstånd från Sida och med betoning av de professionella kunskaper man tillför biståndet. Detta har också varit de institutionella konsulternas egen inställning. Det förefaller vara en omväg att gå till en akademisk institution för att få handläggningsstöd.

Stödet till de tre institutionella konsulterna har resulterat i att SIDA och Sverige har en bred och kompetent resursbas på hälsoområdet och, enligt vår uppfattning, en tillräcklig resursbas på befolkningsområdet. Som framgår på andra ställen av rapporten är emellertid den u-landsaktiva delen av resursbasen alltför mycket koncentrerad till de tre institutionella konsulterna. Aktiviteterna för sådan resursbasutveckling som inte avsett den egna institutionens verksamhet har varit begränsade och inte heller tilldelats några större resurser från SIDA. Det är naturligt att de institutionella konsulterna i första hand sett till sin egen kompetens- och kapacitetsutveckling och vi delar deras uppfattning att den var mycket god och av stor nytta för biståndet. Vi tycker oss dock inte ha sett några större ansträngningar från de institutionella konsulterna att dra in sina moderorganisationer i samarbetet med SIDA. Särskilt påtagligt har detta varit när det gäller ICH. Vi anser att SIDA inte ställt tillräckliga krav på resursbasutveckling utanför institutionerna och att Sida nu måste arbeta för att bredda resursbasen och få in ytterligare institutioner i det aktiva biståndssamarbetet.

När det gäller ett av de väsentligaste bidrag som institutionerna kunnat göra, nämligen metodutvecklingen inom olika ämnesområden, är det mycket svårt att avgöra vad som åstadkommit inom bassamarbetets ram eftersom så få konkreta resultat redovisats i årsrapporterna till SIDA. Möjligen är detta mera uttryck för rapporternas ofullständighet än för bristande resultat och det har hävdats att metodarbete har bedrivits som haft direkt betydelse för olika insatser. Det bör påpekas att SIDA inte heller tycks ha ställt några konkreta krav i detta avseende. Vi kan dock konstatera att mycket lite tycks ha gjorts för att ta fram metoder för att bedöma effekterna av olika insatser inom hälsoområdet, en uppgift som vi anser borde vara central i samarbete av det slag som bassamarbetena utgör.

6.2.3 Betydelsen för biståndsmottagarna

Vi är av uppfattningen att bassamarbetet endast har haft indirekt betydelse för biståndsmottagarna. Hur metodutvecklingen kommit mottagarna till del är således svårt att avgöra. Man får också förmoda att den institutionella kompetensutvecklingen varit till nytta för de enskilda medarbetarna vid utförande av de särskilda uppdragen i mottagarländerna. I det stora hela tycks dock bassamarbetet ha bedrivits vid institutionerna i Sverige. Undantag gäller naturligtvis dels de mindre särskilda uppdragen som finansierats på detta sätt och dels det internationella samarbetet. Som ovan konstaterats anser vi att bassamarbetet varit av stor betydelse för en trovärdig svensk politik gentemot olika internationella organisationer. Detta gäller alla de tre institutionernas bidrag. I den mån de svenska ståndpunkterna varit till gagn för u-länderna har således institutionernas insatser varit av betydelse för dem i detta avseende.

6.2.4 Betydelsen för övriga aktörer

SMR har i sin egen utvärdering av ICHs kursverksamhet konstaterat att den varit värdefull för en mycket stor grupp utresande hälsovårdspersonal och den har därmed varit ett viktigt bidrag till medlemsorganisationernas verksamhet. Det är emellertid sannolikt att efterfrågan på svensk hälsovårdspersonal kommer att minska rejält i framtiden, dels på grund av kostnaderna för denna, dels på grund av förekomsten av en tillräcklig lokal resursbas.

De institutionella konsulterna har också arbetat med andra uppgifter än de som vi diskuterat ovan. Omdömena från Sida är att institutionerna varit bra att ha till hands som dialogpartners men att de fungerat dåligt när det gällt rekrytering och förmedling av resurser som funnits utanför den egna institutionen. Eftersom detta är en viktig resursbasuppgift anser vi kritiken allvarlig. Omdömena är däremot överlag positiva när det gäller en annan aspekt av resursbasfunktionen, nämligen biblioteks- och dokumentationsverksamheten.

En annan viktig effekt av samarbetet med de institutionella konsulterna förtjänar dock att diskuteras. Det är påtagligt att samarbetet med de tre studerade institutionella konsulterna har resulterat i att andra universitetsinstitutioner och kommersiella aktörer kommit att stängas ute från biståndet. För Sidas del har detta varit ett medvetet val eftersom det initialt varit viktigt att bygga upp kapacitet hos dessa tre och man önskat den administrativa förenkling som samarbetsavtalen erbjudit. SIDA försökte under 80-talet få med ett fåtal andra institutioner i biståndssamarbetet, såsom Nordiska Hälsohögskolan och Institutionen för näringslära i Uppsala med vilka man hade samarbetsavtal under några år, men samarbetet avbröts bland annat enligt Sidas uppfattning på grund av brist på intresse hos dessa institutioner. Även om det förekommit relevant forskning vid många andra institutioner, och även om vissa forskare utnyttjats av SIDA, har andra institutionerna således inte i någon större utsträckning tillfrågats om de önskat medverka i olika biståndssatsningar och resurserna har koncentrerats till de tre institutionella konsulterna. Utan tvivel föreligger här en outnyttjad resurs, som dock ännu saknar den biståndserfarenhet och den vana vid Sidas arbetssätt som de etablerade institutionerna skaffat sig.

6.3 Inriktningsanalys

De institutionella konsulterna inriktade från början sin verksamhet i klar överensstämmelse med de ledande personernas bakgrund, erfarenhet och intresse. Därför blev ICH först inriktat på barnhälsovård, vilket sedan utökades med näringslära och amning. ICHAR inriktade sig på mödravård, "health systems research" och därefter på läkemedelsfrågor. Från början inriktade ICHAR sig också mycket starkt på internationella frågor, inte minst hälsopolitik i WHO-sammanhang. Även om man hade en viss bakgrund i pediatrik, avstod man ganska länge från att ägna sig åt barnhälsovård. PROPs inriktning har varit demografi och andra befolkningsfrågor.

Denna ursprungliga inriktning motsvarade vad man ansåg vara behoven för hälsovårdsinsatser i tredje världen som SIDA sysslade eller skulle komma att syssla med. Det är svårt att i efterhand analysera i vilken omfattning institutionernas och deras ledares expertis och inriktning blev bestämmande för utvecklingen av biståndet till hälso- och befolkningsområdena eller om denna bestämdes av utvecklingsländernas och de internationella organisationernas egen analys och behov.

En del nya ämnesområden kom till stånd i samband med utvecklingen på det internationella fältet. Det internationella handikappåret, senare handikapp-decenniet, har utan tvekan berättigat ett kontinuerligt upprätthållande av kompetens och undervisning på detta område. Barnnäringslära, speciellt amning, blev ett pionjärområde för Sverige, inte minst i samband med den internationella kontroversen om amning och modersmjölksersättning.

Resursbasen i Sverige var utan tvekan utslagsgivande för SIDA:s och den svenska regeringens starka agerande på detta område.

Läkemedelspolitik och läkemedelshantering dök upp som ett stort problem i början på 1980-talet och särskilt ICHAR utvecklade snabbt en omfattande expertis på detta komplexa område. Denna resurs har varit till stor nytta inte enbart för SIDA:s arbete utan också för samarbetet med WHO, UNICEF och numera även Världsbanken samt flera NGOs. FNs befolkningsmöten, det sociala toppmötet och senast kvinnokonferensen i Beijing har till fullo utnyttjat de institutionella konsulternas resurser, främst hos PROP. Inriktningen på HIV/AIDS-området finner sin parallell i de flesta andra industriländer. Vid hotet om en global epidemi sattes stora resurser in på detta område, möjligen till förfång för åtgärder inom andra väsentliga områden.

Under årens lopp har de tre institutionerna inriktat sig i enlighet med SIDA:s huvudprioriteringar, men de har i allmänhet också varit lyhörda när det gäller SIDA:s speciella behov eller prioriteringar, vilket också varit SIDA:s önskemål. (Se också avsnittet om matrisens användning som styrmedel.) Detta beroende av SIDA när det gäller verksamhetsinriktningen kunde vara negativt, inte minst med tanke på risken för att SIDA:s framtida stöd kommer att kraftigt reduceras, men om man ser på institutionernas inriktning från internationell synpunkt förefaller den i mycket stor omfattning att vara anpassad till de nuvarande problemen inom det internationella hälsoområdet. Det är speciellt positivt att man i stort sett har lämnat enskilda sjukdomar och hälsoproblem för en mera holistisk uppfattning av problemen och lagt vikten på administration, policy, management och tvärsektoriella lösningar.

Få länder av Sveriges storlek har en så stor hälso- och befolkningskompetens och så stora resurser på dessa områden och samtidigt en inriktning på utvecklingsproblemen under förvandling och reform. Det är därför något förvånande att de svenska resurserna inte har utnyttjats bättre av andra länder eller internationella organisationer, speciellt de övriga nordiska länderna. Man måste konstatera en viss oförmåga att marknadsföra denna svenska kompetens. Möjligen borde man ha tvingats ut på marknaden tidigare.

6.4 Styrning

Frågan om hur samarbetet mellan SIDA och institutionerna har styrts är svår att besvara. Som vi redan konstaterat har målsättningar i avtal eller andra dokument inte utnyttjats som styrform. Verksamhetsplanerna har däremot utgjort underlaget för inriktningen av samarbetet. Dessa har tillkommit på grundval av förslag från resp institution, enligt den ordning som fastställts i samarbetsavtalen. Institutionerna har således haft initiavrätten i denna del. Men sedan har dessa verksamhetsplaner diskuterats mellan parterna och det är påtagligt att det nästan aldrig förekommit att planerna godkänts före budgetårets start. Av korrespondensen kan utläsas att det ofta förekommit omfattande diskussioner om innehållet i verksamhetsplanerna.

Samarbetet med ICH och IHCAR har enligt vår bedömning utvecklats i tre faser. I början av samarbetet förefaller SIDA att ha utövat ett mycket begränsat inflytande över styrningen av samarbetet. Delvis var detta avsiktligt. SIDA önskade bidra till uppbyggnaden av

institutionernas kompetens och kapacitet och man överlät valet av inriktning till institutionerna. Otvivelaktigt hade också institutionernas starka chefer ett påtagligt övertag gentemot SIDA-handläggarna i diskussionerna om hur och med vad man institutionerna skulle arbeta.

I nästa fas, som påbörjades i slutet av 80-talet, fördes diskussioner med institutionerna som syftade till att klargöra deras roll och uppgifter i förhållande till SIDA som ett sätt att förbättra SIDA:s möjligheter till styrning. Det fanns olika åsikter inom SIDA om hur hårt man skulle styra de institutionella konsulterna, och resultatet av dessa diskussioner blev att ett ganska stort utrymme lämnades åt de institutionella konsulterna för val av inriktning och egen institutionsutveckling.

Den tredje fasen representeras av tillkomsten av matrisen som var ett försök att styra institutionernas verksamhet ännu mer i detalj. SIDA:s avsikt var att ställa tydligare krav på resultat av de finansierade verksamheterna. Matrisen hade tre syften: att styra inriktningen av de institutionella konsulternas verksamhet mot områden som SIDA prioriterade, att ställa upp krav på resultat och på redovisning av dessa och att minska de resurser som stod till institutionernas förfogande för den egna utvecklingen. Man kan karaktärisera dessa diskussioner om matrisen och den anknytande uppdragsbeskrivningen som förhandlingar om institutionens fria resurser.

Vi kan dock konstatera att matrisen, som beledsagats av en detaljerad uppdragsbeskrivning för varje komponent, varit för ambitiös för att tjäna som styrinstrument. Den har inte av institutionerna uppfattats som den uppdragsbeskrivning den är avsedd att vara, utan endast som ett riktmärke, vilket framgår av årsrapporterna som är helt aktivitetsbaserade och i stort sett saknar redovisning av resultat. Även om matrisens efterlevnad sägs ha följts upp av SIDA vid halvårsgenomgångar och avvikelser påtalats tycks dess funktion som styrinstrument kräva ännu mer uppföljning. Institutionerna har rapporterat enligt matrisens uppläggning, men tidsskrivningen har troligen anpassats mer till matrisen än till den verkliga tidsanvändningen. Institutionernas personal har uttryckt en stor frustration över arbetet med att utforma matrisen - man tyckte sig ha ägnat väldigt mycket arbete åt något som man ansåg mest ha teoretiskt intresse.

Den grundläggande styrningsfrågan gäller hur SIDA och de institutionella konsulterna har uppfattat karaktären av samarbetet. I den mån man på ena sidan uppfattar det som något annat än ett uppdrag som styrs av SIDA uppstår oklarheter. Denna oklarhet försökte man undanröja i den andra av de ovan nämnda faserna, när de institutionella konsulternas roll skulle preciseras. Vi har också uppfattat matrisen som en ytterligare markering av uppdragsförhållandet. Vi finner emellertid att det inte finns någon samsyn, vare sig på SIDA eller hos de institutionella konsulterna, i denna fråga, och vi är övertygade om att tills dess att man skapar ett gemensamt synsätt kommer man att hamna i konflikter runt frågan om hur samarbetet skall styras. När det gäller PROP hävdas från PROP att dess huvuduppdrag är resursbasutveckling och att PROP:s tillkomst betingades av önskemålet att utveckla den svenska resursbasen. Vi kan inte se att denna inställning, även om den var riktig för fem år sedan, motsvarar kraven i den senaste uppdragsbeskrivningen, där resursbasutveckling endast är en del av PROP:s uppdrag, och konstaterar att sådana oklarheter måste redas ut om inte samarbetet skall leda till konflikter.

I den mån syftet med samarbetet har varit att låta institutionerna utveckla sig på egen hand har naturligtvis styrningen varit tillräcklig. Om man däremot ser till inriktningen av verksamheten, dess kvalitet och resultaten utanför de särskilda uppdragen, måste man konstatera att det varit önskvärt med en bättre styrning, främst avseende målsättningar och förväntade resultat. Eftersom man inte kan mäta kostnadseffektiviteten i samarbetet och denna måste sättas i relation till producerat resultat är det dock svårt att uttala sig om styrningens inverkan på kostnadseffektiviteten. Det är svårt att tro att den typ av disparata verksamheter som samtliga institutioner redovisar i sina årsrapporter kunnat bedrivas särskilt kostnadseffektivt. Detta är dock inte sagt som kritik mot det arbete som utförts. Bristen har varit oklarheten i uppdraget.

6.5 Finansiering

Frånsett kostnaden för professuren vid ICH, som finansierats av Uppsala Universitet, har den övervägande delen av ICHs finansiering kommit från de svenska biståndsmyndigheterna, inkl vad som slussats via SMR. Mellan 1978 och 1996 har c:a 94 MSEK gått från biståndsanslaget till ICH. C:a 19 MSEK har avsett det fasta samarbetet, d v s den del av basuppdraget som inte avsett särskilt definierade uppdrag. Under de sista åren av 1980-talet och de första åren av 1990-talet utgjorde det fasta samarbetet omkring 20 % av den totala biståndsfinansierade verksamheten och SMR-stödet ökade från 26 till 35 % av den totala biståndsfinansieringen. Under de senaste två redovisade budgetåren har dessa andelar stigit till 27 % resp 35 %. ICH har således blivit alltmer beroende av dessa två grundläggande uppdrag, vilket sammanhänger med att finansieringen från BITS minskat kraftigt. Uppdragen från andra än Sida är obetydliga. Under en sex-årsperiod är de endast 10,6 MSEK.

De svenska biståndsmyndigheterna har finansierat 80 % av IHCARs verksamhet under de 12 åren sedan 1984, se bilaga 6. Detta motsvarar 80 MSEK. Det fasta samarbetet, d v s den del av basuppdraget som inte avsett särskilt definierade uppdrag och som påbörjades 1986 har kostat omkring 16 MSEK. Det fasta samarbetets procentuella andel av den totala finansieringen från biståndsanslaget var 28 % 1985/86 och sjönk därefter till endast 13 % 1991/92, då landuppdragen hade skilts ut från det fasta samarbetet. Andelen har därefter ökat ånyo, till 27 % 1994/95. Bidragen från SAREC har utgjort i genomsnitt 35 % av den biståndsfinansierade delen av IHCARs budget. Andelen har fluktuerat kraftigt särskilt de senaste fyra åren. Finansieringen från BITS har varit obetydlig.

Av bilaga 7 framgår hur PROPs finansiella situation utvecklats. Man är i det stora hela helt beroende av bassamarbetet med Sida för sin finansiering, men som påpekats ovan har de anställda finansierat sig själva genom vissa uppdrag utanför sektionens ram. Verksamheten har kostat 9,7 MSEK under de fem och ett halvt åren till och med 1995. Av detta belopp var 8,5 MSEK för basuppdraget.

Som vi redan konstaterat finns det ingen möjlighet att bedöma om dessa kostnader varit rimliga i förhållande till den resursbasuppbyggnad som åstadkommit och de övriga tjänster som tillhandahållits. Med tanke på att två av de tre institutionerna för sin framtida överlevnad förefaller vara helt beroende av Sida finns det dock anledning att se något negativt på resultatet av dessa satsningar.

6.6 Kvalitetskontroll

I vare sig avtalen eller de årliga verksamhetsplanerna finns några krav, kriterier eller dokumentation för kvalitetskontroll av de avtalade eller förväntade resultat som skall komma ut av samarbetet. Ingen av institutionerna har utvecklat eller infört formella kvalitetskontrollsystem, såsom exempelvis "peer review" eller ISO 9000. SIDA:s hälsobyrå och dess handläggare har inte heller begagnat någon typ av systematisk kvalitetskontroll av institutionernas olika produkter. Man har tydligen utgått från att de institutionella konsulterna skulle leverera en god produkt. De flesta SIDA-handläggarna har varit generalister och ofta saknat tillräcklig sakkunskap för att värdera kvaliteten av de levererade produkterna. På senare tid har dock SIDA förstärkt den fackmässiga kompetensen inom hälsoenheten.

Vissa kvalitetsrutiner har dock använts hos alla de tre institutionella konsulterna. Konsultrapporter, idépapper, förslag till aktiviteter etc. har som oftast granskats av den ansvarige chefen eller den för det specifika ämnet ansvarige koordinatören. Vissa större uppdrag har dessutom diskuterats i grupparbete, speciellt hos IHCAR. PROP, med få medarbetare, har som metod låtit alla läsa produkten under utkastfasen.

Kvaliteten av kursverksamhet och seminarier etc. har i stort bedömts genom deltagarnas egen värdering vid avslutning av aktiviteten. SMR har dock under 1995 gjort en omfattande och formell utvärdering av den genom SMR finansierade kursverksamheten vid ICH.

Forskningsarbetet har däremot varit utsatt för den kvalitetsgranskning som krävs för att möjliggöra publiceringen i vetenskapliga tidskrifter. Motsvarande granskning har gjorts av PROPs större rapporter.

Inga interna eller externa utvärderingar har gjorts av resultaten av det mångåriga och omfattande samarbetet med de institutionella konsulterna på hälsoområdet.

I brist på kriterier finns inga möjligheter att värdera kvaliteten av det utförda arbetet eller av de olika produkterna enligt en bestämd standard. Vid översynen har dock kvaliteten av arbetet värderats vid genomläsning av en rad tillfälligt utvalda rapporter, utkast, policypapper, informationsmaterial, artiklar och andra publikationer. Intervjuade personer har dessutom givit synpunkter på kvaliteten av institutionernas arbete.

Det förefaller ha varit ganska god överensstämmelse mellan uppdragsgivarnas förväntningar om arbetets kvalitet och det levererade resultatet. Enstaka handläggare har dock anfört att kvaliteten periodvis har varit ojämn och att man vid några tillfällen har tagit emot klart oacceptabla produkter. Dessa har därför returnerats och en förbättrad version har sedan erhållits. Enligt vår uppfattning är kvaliteten av de olika arbetena också ganska ojämn. Den övervägande delen är dock av hög, även mycket hög, kvalitet vid jämförelse med vad man normalt ser vid arbete av denna typ. Det är dock ofta svårt att förstå varför man särskilt under tidigare år har valt att utarbeta materialet på svenska. Detta gäller även för sådant material som ickesvensk läsande mycket väl kunde få behållning av. Tendensen numera tycks dock vara att allt mer material utarbetas på engelska. Det mesta av PROPs arbete har presenterats på engelska.

En gråzon utgörs av rapporter och andra dokument, som icke har fått någon klar användning inom SIDA's arbete. Nästan alla de som intervjuats på institutionerna uppger att en inte obetydlig del av det levererade materialet inte förefaller att ha kommit till användning i någon större omfattning. Det har inte varit möjligt att bedöma mängden av sådana inte använda arbeten, och än mindre klarlägga orsakerna till den bristanda uppföljningen. Enligt flera intervjuade personer kan detta vara en kombination av flera faktorer: stor rotation av handläggare, dokumentationen faktiskt inte varit efterfrågad, arbetet presenterat på ett sätt som omöjliggör användning inom tillgänglig tid eller med ändrade prioriteringar. Många gånger har SIDA-handläggarna tyckt att rapporter varit för tekniska eller för detaljerade för att man skulle ha tid att sätta sig in i dem. Det kan inte uteslutas att dålig kvalitet kan bidra till detta problem.

6.7 Kommunikationen med SIDA

Ramen för kommunikation mellan SIDA och institutionerna har varit de formella avtalen, verksamhetsplanerna och den årliga rapporteringen.

Utvecklingen av det institutionella samarbetet har under åren skett genom en regelbunden dialog mellan de ansvariga på SIDA's hälsobyrå och de ansvariga cheferna vid institutionerna. Under den tidiga fasen i samarbetet förefaller kommunikationen ha varit god. Detta hänger, enligt flera personers erfarenhet, nära samman med den period då särskilt ICH's personal regelbundet och flera dagar i veckan arbetade inom SIDA's lokaler med allmänna rådgivningsuppgifter och bedömningar av olika slag. Man hade då regelbunden kontakt med både ledning och alla handläggare och en bättre förståelse för det administrativa arbetet.

Avtal och uppdragsbeskrivningar har enligt många intervjuade personer ofta varit flexibla och oprecisa. Denna översyn har klarlagt, att man från båda SIDA's och institutionernas sida har haft en rad kommunikationsproblem. Det har vid många tillfällen varit svårt för institutionernas medarbetare att få en klar uppfattning om SIDA's specifika behov. Detta har i sin tur medfört att SIDA's handläggare ofta inte har kunnat finna användning för institutionerna i den förväntade omfattningen. Som anförts ovan har detta medfört att en del arbeten, rapporter och rekommendationer inte har kommit till användning, givit anledning till någon vidare åtgärd eller bidragit till SIDA's eget arbete.

Här tycks problemet delvis bero på svårigheten för handläggare och fackkunniga att kommunicera på ett för båda sidor förståeligt sätt. Flera handläggare har klart givit uttryck för svårigheterna att argumentera mot mycket erfarna och betydelsefulla personer inom institutionerna. Ett annat kommunikationsproblem har varit att SIDA's handläggare ofta har önskat utnyttja eller kommunicera direkt med enskilda personer vid institutionerna för ett specifikt uppdrag. Detta har institutionerna, främst IHCAR, varit mycket negativa till. Ur SIDA-handläggarnas synvinkel har IHCAR's personal ibland tyckts prioritera sina forskningsuppgifter. Dessa olikheter i synsätt har, enligt översynen, medfört en rad frustrationer på båda håll. Denna problematik tycks fortfarande inte ha funnit någon tillfredsställande lösning.

Någon mekanism för lösning av kommunikationsproblem och missförstånd tycks aldrig ha etablerats. Speciellt frustrerande för institutionerna har varit bristen på uppföljning av rapporter och rekommendationer. Bristande accept av ett eller flera arbeten har i enskilda fall medfört att SIDA för en längre period, eller permanent, har försökt undvika att begagna vederbörande fackkunniga för liknande uppdrag eller för SIDA:s arbete generellt. Brist på professionell kritik av arbetet eller ett enkelt svar, anges som en vanlig orsak till frustration hos de institutionella konsulternas medarbetare.

Samstämmighet råder dock bland alla institutionernas medarbetare om att kommunikationen har förbättrats de senaste 3-4 åren, icke minst genom att avtal och planering har preciserats bättre än tidigare, bl a genom den sk matrisen och det arbete som ägnats åt diskussioner mellan SIDA och de institutionella konsulterna när det gäller utformningen av och innehållet i denna. Den senaste tidens professionalisering av Sidas hälsoenhet har tydligen också förbättrat dialogen och kommunikationen.

6.8 Perspektiven

6.8.1 Institutionernas kapacitet

Den resurs- och kapacitetsuppbyggnad som kunnat ske genom SIDA:s bassamarbete med de institutionella konsulterna har som vi konstaterat ovan inte varit av avgörande betydelse för deras utveckling, men den har utan tvivel varit viktig. De är alla idag relativt väl fungerande institutioner med tillgång till den personal och de administrativa resurser som erfordras för att bedriva verksamheten. Vi anser att det nu åligger institutionerna själva att finna vägar att upprätthålla kapaciteten och att anpassa den till efterfrågan på institutionernas tjänster.

6.8.2 Institutionernas kompetens och inriktning

Vi har också visat att kompetensutvecklingen varit avsevärd inom institutionerna och att det fleråriga samarbetet med SIDA och de andra biståndsmyndigheterna har skapat en resursbas av stor bredd och betydelse för det fortsatta biståndssamarbetet. Ett problem är att institutionerna inte i alla avseenden varit tillräckliga flexibla när det gällt att anpassa sin kompetens som konsulter till framför allt SIDA:s behov, samtidigt som man inte tillräckligt klart inriktat sin kompetens på ett begränsat antal ämnesområden. Det återstår för institutionerna att välja om man vill vara mest konsult eller mest forskningsinstitution och att anpassa sin affärsinriktning efter detta. Detta innebär självfallet inte ett antingen eller, den korsbefruktningsman säger sig värna om tror även vi på.

6.8.3 Institutionernas överlevnadsförmåga

Finansieringen av de institutionella konsulternas verksamhet ger anledning till oro när det gäller både ICH och PROP. Deras beroende av bassamarbetet är så stort att det kräver en både snabb och stor omställning för att man skall kunna finna alternativa finansieringsmöjligheter. Vi tror dock detta är ofrånkomligt. Det är idag, med ökande krav på

konkurrens i alla offentligt finansierade verksamheter, och med krympande forsknings- och biståndsanslag, inte möjligt att räkna med finansiering från endast en källa. Institutioner av detta slag måste lära sig att aktivt söka pengar från olika källor, baserat på den egna förmågan och trovärdigheten. Vi konstaterar att IHCAR är medvetna om detta och har anpassat sig till rollen som kommersiell samarbetspartner, forskningsinstitution åt EU, projektgenomförare inom områden där man har en ordentlig medicinsk-teknisk kompetens o s v. Man måste acceptera att marknaden består av tjänsteköpare, men också av institutioner som förmedlar forskningsbidrag, och överlevnaden kräver att institutionerna är aktiva på denna marknad.

7. Rekommendationer

7.1 Utgångspunkter

I våra förslag nedan utgår vi från att Sverige skall fortsätta att bedriva ett projekt- och programorienterat utvecklingssamarbete inom hälso- och befolkningsområdena. För att ett sådant samarbete skall få största möjliga effekt erfordras att Sida har tillgång till en kompetent resursbas, i Sverige och internationellt. En målsättning för Sida är att så mycket som möjligt använda det svenska samhällets resurser i biståndssamarbetet. Sidas krav på denna resursbas bör vara att den har god och relevant ämnesmässig kompetens, att den kan tillmötesgå Sidas behov och krav och att den kan utföra Sidas uppdrag på ett kostnadseffektivt sätt. I den mån denna resursbas inte är tillräckligt utvecklad för att möta Sidas krav är det ett Sidas intresse att stödja en sådan utveckling. I resursbasutvecklingen kan också ligga att bidra till finansieringen av utbildning inom för u-länder och biståndsmottagare relevanta områden.

Det bör också vara en uppgift för biståndsmyndigheten att främja forskning inom områden av relevans för u-länderna och biståndet. Sådan forskning bör i möjligaste mån ske i samarbete med olika forskningsinstitutioner i u-land och i sig vara kompetensutvecklande för värdinstitutionen.

Höga krav måste ställas på att all av Sida finansierad verksamhet, även när det gäller resursbasutveckling, har tydliga och mätbara målsättningar, avkrävs en relevant rapportering samt följs upp och utvärderas regelbundet i syfte att klarlägga resultaten och effekterna av verksamheten.

Av Sida måste man kunna kräva att myndigheten utvecklar sin kapacitet att ta emot och använda resultaten av det arbete man finansierar.

7.2 Samordnat synsätt inom Sida

Som visats i avsnitt 5.8 finns det en mängd olika områden där de tidigare skilda biståndsmyndigheterna finansierat likartade verksamheter. I samband med översynen av de olika verksamheter som Sidas enheter bedriver anser vi det angeläget att man samordnar verksamheterna vid olika enheter sektorvis, så att man har en enhetlig syn och ett likartat förhållningssätt till institutioner, konsulter och andra aktörer inom sektorn.

Detta innebär också att man enheterna emellan bör skaffa sig en relativt likartad syn på hur man arbetar långsiktigt med olika biståndsmodeller. Ett viktigt sådant fält är att utveckla en gemensam syn på hur man arbetar för att främja utvecklingen av en kompetent resursbas, ett annat är hur man stödjer institutionell utveckling genom samarbete mellan institutioner i u-land och i-land.

Samordningen inom Sida bör också innebära att ett ramavtal med en institution eller ett konsultföretag i normalfallet skall gälla i förhållande till alla Sidas enheter.

7.3 Användningen av institutionella konsulter

Med ledning av slutsatserna av denna översyn och av andra liknande översyner av Sidas samarbete med institutionella konsulter anser vi att det saknas övertygande skäl att fortsätta sådant samarbete i de former det hittills bedrivit. Den resurs- och kapacitetsuppbyggnad som kunnat motivera ett tämligen opreciserat initialt stöd till institutionerna måste i de studerade fallen anses vara slutförd och bör ersättas med ett samarbete baserat på att institutionerna tillhandahåller tjänster som biståndsmyndigheten efterfrågar. I så måtto blir därför de institutionella konsulterna att likställas med andra konsulter som utnyttjas av Sida. Samarbetet kan naturligtvis förenklas administrativt genom att man träffar ram- eller avropsavtal, men ett sådant ger inte institutionen någon särställning och inte heller bör det garantera någon viss minimibeläggning.

Vi anser att de deluppdrag som rymts inom ramen för bassamarbetet, såsom metodutveckling, resursbasutveckling, bevakning av internationella organisationer, biblioteks- och dokumentationstjänster och naturligtvis de särskilda uppdragen, skall lämnas som separata uppdrag med preciserad målsättning, egen tidplan och särskild rapportering. Ersättningen till institutionerna bör alltid baseras på nedlagd tid, med krav på tidredovisning per timme (eller dag vid större uppdrag). Det finns inget som hindrar att vissa uppdrag, t ex för bibliotekstjänster eller för anordnandet av definierade kurser, ges för perioder på ett eller två år.

Samarbetet med institutionella konsulter anges ibland vara av särskilt värde eftersom det ger Sida en möjlighet att få tillgång till utvecklingen inom ett speciellt ämnesområde. Vi anser att sådana bevakningsuppdrag kan vara av stort värde för Sida, men att även de är bäst lämpade som separata uppdrag. Erfarenheterna talar för att man tämligen ofta behöver se över bevakningsområdet och omfattningen och djupet av denna bevakning för att inte redovisningarna skall ligga olästa och oanvända på Sida.

Vi har redan ovan uttalat att vi anser det vara en felaktig användning av en akademisk institutions resurser att utnyttja dess personal för arbetsuppgifter som innebär stöd åt Sidas handläggare i deras löpande arbete. Detta kräver ingen universitetsförankring. Däremot kan naturligtvis forskningsinstitutionerna tillföra sakkunskap inom sitt ämnesområde i olika frågor, men detta bör ske som yttranden över specificerade frågeställningar.

Vår uppfattning om universitetsinstitutionernas roll och uppgifter i relation till Sida innebär inte att vi inte tror att de kan vara kapabla att göra goda konsultinsatser. Vi anser att deras kompetens kan vara ett väsentligt bidrag till biståndsarbetet, men vi anser att de då skall fungera som, och på samma villkor som, andra konsulter. Universitetsmiljöerna erbjuder idag allt större möjligheter att i bolagsform erbjuda sådana tjänster.

7.4 Hur kan Sida stödja institutionernas vidare utveckling? Vilka institutioner bör man i så fall stödja?

Såsom ovan betonats ligger det i Sidas uppdrag att också stödja u-landsrelevant forskning. Detta är ett gemensamt intresse för u-länderna, Sida och institutionerna. Redan idag

pågår det sådan forskning både inom de institutioner som erhåller stöd från hälsoenheten och inom institutioner som stöds av SAREC eller på annat sätt.

Vi anser det rimligt att ha ett samordnat synsätt inom Sida på sådant forskningsstöd, och även om detta strängt taget ligger utanför ramen för vårt uppdrag tror vi att det för u-landsorienterade universitetsinstitutioner är väsentligt att det finns någon form av stöd för deras u-landsinriktade forskningsverksamhet.

Vi rekommenderar därför att Sida utökar stödet till forskning inom hälso- och befolkningsområdena genom att bl a ta i anspråk de medel som nu går till de institutionella konsulterna för finansiering av forskningsprojekt. Sådana forskningsstöd bör ha karaktären av bidrag och grunda sig på en väl utarbetad forskningsplan med konkreta målsättningar. Det är uppenbart att hälsosektionen och SAREC bör samverka i bedömningen och uppföljningen av sådana stöd, men huvudansvaret bör rimligen vara SARECs. Vår avsikt är inte att stöden skall vara av den allmänna karaktär som bassamarbetet eller SARECs stöd till forskningsmiljöer, utan det skall vara konkret och företrädesvis inriktat på sådana frågor som bedöms vara relevanta inom hälsobiståndet.

Sådana stöd bör stå öppna för alla akademiska institutioner och det skall vara möjligt för flera institutioner att få stöd för forskning inom samma ämnesområde.

7.5 Vilken resursbas bör Sida medverka till att bygga upp? Hur kan man utveckla resursbasen?

Vi anser det således vara Sidans ansvar att bidra till uppbyggnaden och vidmakthållandet av en resursbas för hälsobiståndet. När det gäller den kommersiella sektorn skapas resursbasen naturligt genom uppdrag för Sida. En viss generositet när det gäller användningen av yngre personal kan vara ett sätt att, liksom finansiering av MFS-stipendier och biträdande experter, trygga återväxten av biståndsintresserad personal. Vi tror att det inom hälsosektorn kommer att finnas ökande tillgång på kommersiella konsulter inom de närmaste åren.

Stöd till forskningsinstitutioner av det slag vi skissade i avsnitt 7.4 är ett bidrag till resursbasutvecklingen på akademisk nivå.

Det är väsentligt att Sida arbetar för att också på annat sätt bredda resursbasen. Däremot ställer vi oss skeptiska till den typ av resursbasutveckling som innefattar seminarierier för u-landsintresserade personer, föreläsningar och allmän informationsverksamhet. Vi tror detta kan vara viktigt för biståndsviljan, men tror att sådana aktiviteter har begränsade resultat när det gäller att tillföra biståndet kompetens.

Resursbasutveckling av och genom institutionella konsulter i form av allmänna bidrag anser vi inte längre vara behövliga. Däremot kan det finnas skäl att överväga stöd till klart målinriktad resursbasutveckling, men detta bör ske genom särskilda uppdrag. Inte minst tror vi detta är viktigt för metodutvecklingen på olika områden. Det kan säkerligen finnas anledning att också inom speciella områden bredda ämneskompetensen, men detta skall då ske i nära anslutning till av Sida definierade behov. Det är dock uppenbart att allt sådant samarbete också måste innefatta ett internationellt samarbete.

7.6 Avveckling av det hittillsvarande stödet till de institutionella konsulterna.

Samarbetsavtalen med ICH, IHCAR och PROP har sagts upp med verkan från den 31 december 1996. Otvivelaktigt innebär våra förslag en kraftig förändring av de villkor som deras verksamheter hittills bedrivits under. Störst effekt kommer förslagen att få för PROP och för konsultenheten vid ICH. Vi föreslår därför att Sida snarast möjligt överväger sina behov av dessa enheters tjänster inför 1997, så att, om sådana behov föreligger, långsiktiga uppdrag läggs ut som ersättning för basuppdragen. Ett exempel på sådana uppdrag är för biblioteks- och dokumentationsverksamhet, i den mån Sida anser att behov av fortsatt stöd till dessa verksamheter är önskvärt. Normala och kortsiktiga uppdrag bör däremot lämnas efter hand, när behovet konstateras.

PROP hävdar att man har en bevakningsfunktion inom Sida, som innebär att man granskar olika policydokument utifrån ett demografiskt perspektiv. Om Sida anser sig ha ett sådant behov, borde omfattningen av och målsättningen för ett sådant uppdrag kunna formuleras för längre perioder tillsammans med Sidas policyenhet. Detta är knappast något hälsoenheten bör ansvara för.

Vi anser att institutionerna måste organisera sig för att arbeta som konsulter, d v s utan garanti för framtida uppdrag. Detta innebär att de måste ta det reella ansvaret för sin personal och i den mån man bedömer att den inte kan sysselsättas med biståndsuppdrag finna andra lösningar. Vi tror att det kan vara viktigt för den personal som används för olika uppdrag att få visa att deras tjänster faktiskt efterfrågas. Vi tror nämligen att den kompetens som denna personal besitter är efterfrågad om än inte i den utsträckning som samarbetsavtalen utlovade. I sådana fall där efterfrågan uteblir måste man finna andra arbetsområden för personalen.

Vi tror att institutionernas trovärdighet skulle öka om man utarbetade mer konkreta målsättningar för sin verksamhet, och i den mån verksamheten skall bedrivas som konsultverksamhet, en affärsidé.

7.7 Samarbete mellan institutioner. Nätverk - nationellt, nordiskt, internationellt

Som vi betonat ovan kräver den nya situationen för aktörerna på biståndsmarknaden att man har en kompetens som efterfrågas. Man måste ständigt vidmakthålla och fördjupa denna kompetens. Då marknaden i Sverige och Norden kommer att fortsätta att vara begränsad inom hälso- och befolkningsbiståndsområdena kan ingen hålla resurser inom alla relevanta områden, en viss specialisering och inriktning är nödvändig. Dock kräver uppdragen och problemen ofta en tvärssektoriell och bred kompetens. Som vi påpekat ovan krävs ofta samverkan mellan olika typer av aktörer, konsulter, projektledare och forskningsinstitutioner exempelvis för att man skall kunna erbjuda ett konkurrenskraftigt stöd till biståndsmottagande myndigheter och organisationer. Det är således viktigt såväl för konkurrenskraften som för kompetensutvecklingen att de tidigare institutionella konsulterna vänder sig utåt och söker samarbete med andra institutioner och aktörer på biståndsmarknaden. Skapandet av nätverk är också del av den framtida marknadsföringen av de tjänster man erbjuder.

7.8 Kvalitetsaspekter

Helt oberoende av hur Sida i framtiden kommer att upphandla tjänster från de tre nuvarande institutionella konsulterna, andra institutioner, konsultbolag och andra, måste Sida dra upp generella riktlinjer för både konsulternas arbete och intern kontroll av kvaliteten. Vid ingående av framtida kontrakt, eller senast vid överenskommelse om arbetsbeskrivningen, måste det hänvisas till dessa kvalitetsriktlinjer, eventuellt supplerat med specifika kvalitetskrav för varje större arbete.

Vid värdering av anbud på större arbeten måste Sida kräva information om anbudsgivarens kvalitetskontroll och låta detta element ingå i värderingen av anbudet. Vid de flesta arbeten bör Sida insistera på att namngiven person har kontrollerat att produkten har genomgått den avtalade kvalitetskontrollen.

Sida kan också påverka kvaliteten på det arbete man beställer genom att utforma styrande dokument såsom uppdragsbeskrivningar på ett tydligt och målrelaterat vis och även i styrningen av uppdragen uppträda som en professionell beställare.

Sida måste också utnyttja resultaten av externa resursers arbete bättre. Om Sida saknar kapacitet att ta till sig utredningar och sammanställningar är det meningslöst att beställa dem. I många fall kanske resultaten av ett uppdrag kan användas i sammanhang utanför Sida, men då bör Sida informera bättre om hur man tänker sig att använda detta resultat.

7.9 Synpunkter på konkurrens- och upphandlingsfrågorna. Avtalstyper.

I linje med de förslag vi presenterat ovan anser vi att konstruktionen med samarbetsavtal bör avvecklas, i vart fall i den meningen att Sida skulle garantera en viss beläggning vid institutionerna. Vi anser således att Sida framgent skall infordra anbud för vart och ett av de uppdrag som skall ingå i samarbetet. Där så är lämpligt och möjligt bör anbud infordras i konkurrens. I vissa fall är det sannolikt att uppdragens omfattning är så liten att konkurrensupphandling enligt Sidas vanliga regler inte krävs och i sådana fall får man göra bedömningen om det ändå finns skäl att tillfråga flera tänkbara anbudsgivare (institutioner eller konsulter) om uppdraget. För sådana uppdrag av mycket liten omfattning som de institutionella konsulterna gjort inom ramen för bassamarbetet och som avser yttranden över i olika ärenden, föreslår vi att ettåriga avtal träffas, med rätt för Sida att avropa tjänster och med skyldighet för institutionerna att redovisa den nedlagda tiden för varje sådant uppdrag tillsammans med den rapportering som överenskommit. Fakturering kan ske samlat per månad eller kvartal.

Vi anser det också vara förenklande om Sida träffar ramavtal med institutionerna för längre perioder rörande återkommande mindre uppdrag. Inte heller i sådana fall skall Sida göra någon utfästelse om att utnyttja institutionens tjänster och även enligt sådana avtal gäller tidsredovisningsskyldigheten. Upphandlingsförfarandet är dock administrativt mycket enkelt.

7.10 Styrning och samarbetsformer. Ersättning.

De nuvarande verksamhetsplanerna och årsbudgetarna bör enligt vår uppfattning utmönstras ur samarbetet. Inför förhandlingar om årliga eller större uppdrag kan det naturligtvis finnas anledning att ha överläggningar om den förväntade omfattningen av det kommande samarbetet, men detta får inte uppfattas som bindande löften eller åtaganden att inte gå ut i konkurrens. Däremot kan det finnas skäl att hålla återkommande möten om inriktningen på institutionernas verksamhet i förhållande till Sidas, som en hjälp i båda parter planering.

I och med att man övergår från administrativt bestämda ersättningar till förhandlade arvoden, i största möjliga utsträckning bestämda genom ett anbudsförfarande, kommer man ifrån de ofta uppslitande diskussionerna om institutionernas och universitetens kostnader, pålägg och andra avgifter. Ersättningen skall fastställas entydigt och som andra arvoden innefatta alla kostnader som inte särskilt anges som ersättningsgilla. Hur ersättningen sedan delas inom universiteten är inte Sidas sak att avgöra. Det är värdet för Sida av den tillhandahållna tjänsten och andra anbudsgivares anbud som avgör ersättningsnivån. Många gånger kommer man naturligtvis att uppleva att institutionerna ändå befinner sig i någon slags monopolsituation och då faller konkurrensmomentet bort, men då blir det kostnaden för likartade tjänster från andra institutioner som får åberopas när man skall förhandla om arvodesnivån. Sida måste dock betänka att de olika förvaltningsavgifter och annat som debiterats är tänkta som kostnadstäckning för faktiska kostnader och anbudsförfarandet kommer inte att undanröja sådana kostnader - alla kommersiellt verksamma organisationer måste till slut få full kostnadstäckning. På samma sätt måste institutionerna få täckning för de kostnader de har utanför deras av universitetet ålagda och finansierade kärnverksamhet. Det är idag inte rimligt att förvänta sig att universiteten skall finansiera biståndsverksamhet. Däremot bör de naturligtvis själva finansiera sitt eget internationella forskningssamarbete.

I institutionernas arvoden måste också ingå ersättning för utvecklings- och marknadsföringskostnader. Om man förväntar sig att institutionerna skall kunna vidmakthålla och vidareutveckla sin kompetens måste man också acceptera att institutionerna har kostnader för sådana utveckling, vilka måste täckas av intjänade arvoden. Det samma gäller också kostnader för att sammanställa anbud och för att marknadsföra institutionen på annat sätt. Dessa kostnader kan bli avsevärda och är idag ett starkt skäl för nätverksuppbyggnad och andra samarbetsformer, t ex de intresse-allianser som skapas inom och för EU.

7.11 Avslutning

Våra rekommendationer syftar till att skapa större bredd i Sidas resursbas och högre kvalitet i biståndet. Ett odifferentierat stöd till resursbasutveckling tror vi inte ger tillräckliga effekter för att motivera kostnaderna, men ett målinriktat sådant stöd kan vara av värde, såväl för u-länderna som för berörda institutioner. Ett viktigt mål för den fortsatta resursbasutvecklingen måste dock vara föryngring. Vi är oroade över att alltför lite gjorts för att behålla de yngre personer som passerat institutionerna som doktorander, MFSare och liknande kvar i verksamheterna. För att Sverige skall kunna lämna ett kvalitetsbistånd också i framtiden är det nödvändigt att det skapas incitament för dessa personer att stanna kvar inom biståndet och fortsätta sin yrkeskarriär, som handläggare, forskare eller konsulter.

Sida

Hälsoenheten/DESO

E Wallstam/B Rubenson

UPPDRAGSBESKRIVNING

1996-02-13

ÖVERSYN AV SIDA:s SAMARBETE MED INSTITUTIONELLA
KONSULTER PÅ HÄLSO- OCH BEFOLKNINGSOMRÅDET

1. Bakgrund

SIDA:s hälsobyrå har sedan 1981 haft samarbete med och finansierat basstöd till svenska universitetsinstitutioner, benämnda institutionella konsulter (här IK). Detta, så kallade bassamarbete, har haft många olika syften. De främsta har varit att stärka den akademiska basen för hälsobistånd och bidra till resursbasutveckling samt att med viss kontinuitet tillfredställa SIDA:s behov av konsultexpertis. Under senare år har samarbetet också omfattat stöd till normativt policy- och metodutvecklingsarbete inom ämnesområden där institutionerna besitter speciell expertis.

De institutionella konsulterna, IK, är ICH, IHCAR och PROP.

ICH "Unit for International Child Health" är en enhet inom Pediatrika Institutionen vid Uppsala Universitet. Bassamarbetet startade 1981 och omfattade budgetåret 1994/95 MSEK 3,6.

IHCAR "Unit for International Health Care Research" är en enhet inom storinstitutionen för Internationell Hälsa och Socialmedicin vid Karolinska Institutet. Bassamarbetet påbörjades 1984 och omfattade budgetåret 1994/95 MSEK 4,6.

PROP "Programme on Population and Development" är en sektion inom Sociologiska Institutionen vid Lunds Universitet. Bassamarbetet inleddes 1991 och omfattade budgetåret 1994/95 drygt 1 MSEK.

Formerna för SIDA:s bassamarbete med IK har förändrats under åren. Efter en initial period av specificerat samarbete rörande vissa länder och ämnesområden vidtog en längre period med ett bredare bassamarbete. Detta var baserat på en verksamhetsplan, men stödet grundades på en debitering av konsultarvode per vecka. Detta garanterade en viss volym konsultveckor, och var uppdelat på ett allmänt uppdrag, som hade karaktären av institutionsstöd, och ett specifikt uppdrag, som var baserat på SIDA:s behov såväl i landsamarbetet som inom biståndet inom särskilda program. Sedan 1993 har bassamarbetet benämnts basuppdraget, till skillnad från direkta konsultuppdrag som erhållits genom anbudsupphandling. Basuppdraget är uppdelat i olika verksamhets- och ämnesområden och har karaktären av såväl institutionsstöd som närkonsultuppdrag.

Volymen för uppdragen inom bassamarbetet med IK växte gradvis fram till 1993/94. Därefter har en successiv reduktion ägt rum, dels på grund av minskande resurser från särskilda program, dels på grund av minskad kontinuitet i efterfrågan på IKs tjänster för landsamarbetet (landrumsfinansieringen blev för osäker inom en garantivolym). Den totala volymen 1994/95 var 9,2 MSEK inklusive 473 konsultveckor, vilket motsvarade 12 heltidstjänster.

En mångfald andra samarbetsformer med IK utanför basuppdraget, men inom ramen för hälsobiståndet har samtidigt utvecklats. Långsiktiga landrumsfinansierade uppdrag har gått till IK, med eller utan konkurrens, bl a i form av institutionellt samarbete med institutioner i mottagarländer. Via SIDA:s stöd till svenska enskilda organisationer (SEO-byrån) och ramavtalet med SMR (Svenska Missionsrådet) har ett stort stöd utgått för kursverksamhet till ICH.

De tidigare biståndsmyndigheterna BITS och SAREC har under åren också haft olika slags samarbete med och stöd till samma institutioner. BITS har bidragit till tekniskt samarbete i vilket de har varit en part. Forskningsanslag via SAREC har dels gått till institutionsstöd (forskningsföra) dels till enskilda forskare vid institutionerna.

Den totala volymen av biståndsfinansierad verksamhet vid IK 1994/95 var ca 23 MSEK, i vilket även ingår forskningsanslag och vissa övriga uppdrag. Biståndsandelen av den totala verksamhetsbudgeten var 68%, 87% resp 100% för IHCAR, ICH resp PROP.

Sida/DESO/Hälsoenheten har sagt upp avtalen med ICH, IHCAR och PROP att sluta gälla december 1996. Inför 1997 skall nya former för samarbetet avtalas. Utformningen av samarbetet 1997 är avhängigt resultatet av denna översyn. Volymen av samarbetet 1997 är avhängigt Sidas avdelningars (DESO, INEC, SAREC, SEKA) tillgängliga resurser samt behov av konsultstöd från svenska universitetsinstitutioner.

2. Utgångspunkter och fokus för översynen

Tillkomsten av den nya biståndsmyndigheten, Sida, aktualiserar en översyn av former och principer för Sidas samarbete med IK. De olika avdelningarna inom Sida tillämpar idag olika ersättningsregler och normer för samarbetet med institutionerna. Sida bör i framtiden använda gemensamma principer och definitioner inom olika samarbets- och stödformer.

Resurstilldelningen minskas vad gäller särskilda program, dvs de anslag som tidigare hälsobyrånen använt för finansiering av basuppdragen. Detta medför ökade krav på prioritering och kostnadseffektivitet. Dessutom kommer delposten särskilda program att ses över för att i framtiden fokusera tydligare på programutveckling av relevans för landsamarbetet.

Hälsoenheten har en stor volym av samarbete med institutionella konsulter, i jämförelse med andra enheter och avdelningar inom Sida. Samtidigt har hälsoenheten professionaliserats, dvs tjänster har besatts med fackkompetent personal, vilket inte var fallet när IK-samarbetet började. Hälsoenhetens behov av närkonsulter för den löpande verksamheten har därför minskat under åren, medan behovet av specifik kompetens inom prioriterade områden ökat.

Inom nya biståndsverket Sida ställs tydliga krav på upphandling i konkurrens och på kostnadseffektiv användning av biståndsmedel. Krav ställs också på en bred förankring i Sverige inom universitetsvärlden. Hälsoenhetens omfattande samarbete med några få institutioner ställs därför i kontrast mot det större antal institutioner och myndigheter, vars kompetens kunde vara ett viktigt bidrag i biståndet. Hälsoenhetens ämnesmässiga fokusering under senare år har ställt denna fråga på sin spets, då en del av den kompetens som skulle behövas finns inte tillgänglig inom IK.

Översynen skall fokuseras på bassamarbetet/basuppdraget men jämförelser med och hänsyn till andra samarbetsformer, t ex övrig uppdragsverksamhet inkl forskning, är viktiga. Tyngdpunkten skall ligga på samarbetet under 1993/94 och 1994/95, men baseras på en översiktlig beskrivning och erfarenhetsredovisning från bassamarbetets början.

Basstödet betydelse för institutionell utveckling och finansiell bärkraftighet hos IK bör bedömas. Med ökade krav på konkurrensutsättning och kostnadseffektivitet bör denna form av samarbete granskas och nya former övervägas inför framtiden.

Övergripande jämförelser skall göras med andra Sida-avdelningars samarbete med IK.

3. Syftet med översynen

Översynen skall:

- 3.1. sammanfatta hittillsvarande omfattning, inriktning, och former för samarbetet
- 3.2. bedöma bassamarbetets betydelse för
 - institutionernas utveckling
 - Sidas hälsobistånd
 - övriga intressenter (t ex enskilda organisationer)
- 3.3. ge underlag till en principdiskussion om begreppet "institutionella konsulter" och belysa deras roll och uppgifter i förhållande till Sida.
- 3.4. ge förslag till Sida beträffande former och principer för
 - biståndsinriktat samarbete med universitetsinstitutioner

- konsultuppdrag till universitetsinstitutioner

4. Uppdraget

4.1. Kartläggning

4.1.1 Kartläggning över tiden av hälsoenhetens hittillsvarande IK-samarbete:

- former: styrning, avtal, uppdrag, rapporter, ersättningsnormer
- volymer: finansiellt och personellt
- inriktning: ämnesområden och länder

4.1.2 Översiktlig kartläggning av övrigt biståndsfinansierat samarbete med institutionerna.

4.2. Beskrivning och analys av bassamarbetets utformning

4.2.1 Analys över tiden av bassamarbetets betydelse för IKs totala finansiering och institutionella utveckling

4.2.2 Beskrivning och analys över ersättnings- och debiteringsnormer inom biståndsfinansierad verksamhet hos varje IK. Speciellt skall kriterier som gällde 1994/95 belysas.

4.3. Analys och bedömning av det totala biståndsfinansierade samarbetet med IK: styrformer, relevans och kostnadseffektivitet, på kort och lång sikt

4.3.1 Beskrivning av samarbetspartners, Sida/hälsos och IKs, attityder till och uppfattning om bassamarbetet.

4.3.2 Bedömning av bassamarbetets betydelse för uppbyggnaden av

- biståndsrelaterad konsultverksamhet
- u-landsinsriktade forskningsmiljöer
- u-landsinriktade undervisningsmiljöer

4.3.3 Analys av bassamarbetets kvalitativa betydelse för svenskt bistånd.

- mottagarländerna
- särskilda program: metod och policyutveckling
- svenskt agerande gentemot internationella organisationer.
- resursbasutveckling, inkl påverkan på EO
- forskningsbistånd

4.4. Framtida samarbetsformer

4.4.1 Bedömning av för- och nackdelar av samarbete med universitetsinstitutioner jämfört med konsultföretag eller enskilda konsulter. Diskussion om uppdragsformen "institutionella konsulter".

4.4.2 Förslag på olika former för ett framtida samarbete med universitetsinstitutioner.

4.4.3 Synpunkter utifrån översynen på inriktningen av framtida samarbete med universitetsinstitutioner.

5. Metodik

5.1. Litteratur och dokumentgenomgång.

5.2. Intervjuer med ansvarig personal på Sida och IK inklusive personal som varit viktiga i bassamarbetet sedan dess start.

5.3. Intervjuer med övriga intressenter i det biståndsfinansierade samarbetet med IK

5.4. Översynen skall göras av en utomstående konsult inkl underkonsulter. I uppdraget ingår att upphandla underkonsulter, samt i samråd med Sida förhandla om arvodesnivåer.

5.5. DESO/hälso är uppdragsgivare och hälsoenheten avsätter en kvalificerad handläggare för att bistå konsulterna.

5.6. Till översynen knyts en Sida-referensgrupp. Enhetschefen DESO/hälso är ordförande referensgruppen och konsulterna skall sammanträda minst 3 gånger under uppdragets genomförande.

5.7. Den preliminära rapporten skall lämnas till Sida senast 10 maj 1996. Den slutliga rapporten skall föreligga 31 maj 1996.

BILAGA 2

Förteckning över intervjuade personer.

SIDA

Stig Abelin (9/4)

Bernt Andersson (21/3)

Claes Bennedich (21/3)

Anna Kari Bill (13/3)

Ulla Edström (21/3)

Lena Ekroth (13/3)

Lennart Freij (26/3)

Christina Larsson (13/3)

Elisabeth Michanek (13/3)

Anders Nordström (3/4)

Birgitta Rubenson (12/3)

Hans Troedsson (12/3)

Eva Wallstam (13/3)

Nils Öström (9/4)

Svenska Missionsrådet (SMR)

Majken Hagvil (21/3)

Lars Hofgren (21/3)

ICH

Ingvor Agnarsson (15/3)

Magdalena Bjerneld (15/3)

Mehari Gebre-Medhin (14/3)

Ted Greiner (14/3)

Yngve Hofvander (29/4)

Gunnar Holmgren (14/3)

Pia Karlsson (15/3)

Hans Rosling (15/3)

Karin Wennqvist (14/3)

Torsten Tuvemo, Institutionen för pediatrik, Akademiska sjukhuset (29/4)

IHCAR

Beth Maina Ahlberg (25/3)

Elisabeth Faxelid (18/3)

Bengt Höjer (18/3)

Annika Johansson (18/3)

Kersti Rådmark (18/3)

Bo Stenson (18/3)

Göran Sterky (20/3)

Göran Tomson (25/3)

Ann Margret Yngve (18/3)

Leif Svanström, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet (26/3)

PROP

Bertil Egerö

Mikael Hammarskjöld

Lise Munch

Ditte Mårtensson

Sociologiska Institutionen, Lunds Universitet.

Eva Fasth

Staffan Lindberg

Anna Lisa Lindén

Indevelop

Birger Forsberg (22/3)

ICH

4.1.5.1 Basuppdraget

Basuppdraget 1994/95 (170 veckor)

- 1) Barn och ungdomshälsovård (24v= 14%)
- 2) Vaccinationer (14v=8%)
- 3) Sexuell och reproduktiv hälsa (42v=25%)
- 4) Amning och tillvänjning (23v=14%)
- 5) Nutrition (25v=15%)
- 6) Handikappinsatser (21v=12%)
- 7) Kompetensutveckling (21v=12%)

Basuppdraget 1993/94 (176 veckor)

- 1) Barnhälsovård och övrig u-landshälsovård (55veckor =31%)
- 2) Nutrition (39V=22%)
- 3) Handikappfrågor (30v=17%)
 - Rehab allmänt (18v=10%)
 - Disability Studies Unit (12v=7%)
- 4) Sexuell och Reproduktiv Hälsa (52v=30%)

Utöver basuppdraget garanteras landuppdrag omfattande 74 rådgivarveckor. Från och med 1994/95 avvecklas garantin vad gäller landuppdrag.

Rådgivarveckor enligt årsrapport 1993/94: 242 veckor.

4.1.5.2 Särskilda uppdrag.

Utöver basuppdraget har ICH för närvarande ett antal pågående projekt reglerade av separata avtal som nästan uteslutande finansieras över Sidas landramar.

Ett samarbete mellan ICH och Tanzania Food and Nutrition Centre (TFNC) har pågått sedan 1985. Det senaste avtalet löper från 1994/95 till 95/96. Huvudmålsättningen med samarbetet är att förstärka och utvidga ICHs tekniska stöd and samarbete med TFNC inom områdena undervisning, nutrition för mödrar, amning och att öka TFNCs kapacitet att implementera, samordna, övervaka och utvärdera nutitionsprojekt av betydelse för hälsan på landsbygden i Tanzania, speciellt avseende mödrar och barn.

Ett samarbete mellan ICH och University of Kelaniya, Faculty of Medicine, Sri Lanka, har pågått sedan 1993. WHO är engagerade i projektet liksom även UNDP och Rädda Barnen. Målsättningen med samarbetet är att främja Community Based Rehabilitation, dess utveckling

och spridning nationellt och internationellt. Samarbetet har inneburit upprättandet av ett Disability Studies Unit som bl.a. hållit i internationella kurser om rehabilitering.

Informationsservicen och databasen om rehabilitering i u-länder, DIS, som skapats av ICH och AHRTAG i samarbete har fungerat sedan 1991. DIS innehåller 2000 bibliografiska referenser om handikapp och rehabilitering med uppgift om var materialet finns. Särskild ansträngning läggs på att samla material som producerats i u-länder och tonvikten ligger på CBR. Verksamheten har som mål att tillhandahålla relevant information om funktionshinder och rehabilitering, som kan användas av personer som arbetar i projekt som syftar till:

- förebyggande av handikapp i u-länder.
- utveckling av rehabiliteringsverksamhet.
- en anpassning av samhället för att uppnå jämlikhet och delaktighet för personer med funktionsnedsättning.

Fas 2 av projektet inleddes 1/7-94. ICH och AHRTAG avser att utöka informationsservicen genom att samverka i ett nätverk, så småningom med elektronisk kommunikation.

Sedan mitten av 80-talet har SIDA:s hälsobyrå lämnat stöd till en sjuksköterskeskola i Luanda, till Health Information Unit vid Angolas hälsoministerium och till ett Essential Drugs Programme inom ministeriet. ICH har verkat som institutionell konsult för detta hälsostöd sedan 1986, där vissa mindre uppdrag kvarstår idag. Uppdraget avser projektutvärderingar och specifika utbildningsprogram relaterade till rekryteringar inom programmet.

Ett samarbete mellan ICH och "Nutrition Unit" vid Zimbabwes Hälsoministerium (Ministry of Health and Child Welfare) har pågått sedan 1987. Detta samarbete samfinansieras med Världsbanken. Den huvudsakliga målsättningen med samarbetet är att ICH skall bidra med teknisk kompetens för att öka NUs kapacitet inom utbildning, inklusive forskarutbildning, samt för tillhandahållande av information och tekniskt stöd.

4.1.7 Samarbete med andra delar av nya Sida.

Som tidigare nämnts har kursverksamheten på ICH sedan 1981 finansierats av Svenska Missionsrådet (SMR) genom deras ramavtal med SEKA (dåvarande SEO-byrå). 1992/93 övertog SMR dessutom finansieringen av dokumentations- och informationsverksamheten vid ICH, vilken framför allt innefattar biblioteksverksamheten och publikationen av tidskriften NU. Det avtal som för närvarande reglerar samarbetet gäller till den 31 december 1996.

Under 1994/95 har ICH anordnat följande kurser: två diplomkurser i u-landshälsovård, advanced courses (Emergency Health in Low-income Countries och Evaluation of Family Health Care in Low-income Countries) och konferenser (Global Control of Iodine Deficiency), en rehabiliteringskurs (Rehabilitation in Low-Income Countries), en kurs i u-landsmedicin för seniora läkare samt nutitionskurser i samarbete med INU.

Samarbetet med BITS har pågått sedan början på 80-talet. Professor Hofvander var personligen mycket engagerad i denna del av verksamheten.

Ett utbytesprogram för utbildning och forskning inleddes 1981 mellan Sudans hälsoministerium och Khartoums universitet å ena sidan och ICH å andra sidan. Insatsen bestod av utbildning av sudanesisk vårdpersonal i Sverige samt utbildning av svensk

vårdpersonal i Sudan. Forskarutbildning och forskningsprojekt ingick också i insatsen. Samarbetet fasades ut under hösten 1991. Då hade sammanlagt 75 sudanesiska läkare och sjuksköterskor utbildats i Sverige och motsvarande 50 svenska läkare och sjuksköterskor utbildats i Sudan.

1988 beslutade BITS om ett bidrag på 2.2 M SEK för ett tvåårigt institutionssamarbete mellan ICH och det kinesiska hälsoministeriet, avseende barn- och mödrahälsovård. Under våren 1990 inkom en framställan om förlängning av samarbetet som sedermera frystes p.g.a. händelserna i Kina. 1992 fattade regeringen ett beslut om ett restriktivt återupptagande av samarbetet.

Insatsen syftar till att ge utbildning, inkl. forskningsutbildning, inom området barnhälsovård med fokus på småbarnsdiät utifrån ett samhällsperspektiv. Insatsen består av tre delar:

- 1) 5 stipendier årligen under två år för deltagande i två tvåveckorskurser vid ICH i Uppsala.
- 2) Högst tre stipendier per år i två år. Stipendiaterna ska tillbringa upp till 3 månader vid ICH för att planera studier inom ovan nämnda områden och analysera/samla data.
- 3) En svensk expert ska en gång per år delta i seminarier/workshops i Kina, en omgång är avsedd för fortbildning av sjuksköterskor.

Insatsen avslutades under 1994 och har resulterat i utbildning för 50 kineser.

Samarbete mellan ICH och Pakistani Institute of Medical Sciences beslutades i januari 1992. Insatsen syftar till att ge utbildning, inklusive forskarutbildning, inom området barnhälsovård med fokus på småbarnsnutrition (amning och avvänjning) utifrån ett samhällsperspektiv. Målgruppen för utbildningen består av nyckelpersoner, huvudsakligen från PIMS, på hälsoområdet som är på beslutsfattande nivå och därigenom har möjlighet att sprida förvärvad kunskap.

Insatsen består av tre delar:

- 1) 10 stipendier att utnyttjas under en tvåårsperiod för deltagande i två kurser vid ICH.
- 2) Högst tre stipendier per år i två år. Stipendiaterna ska tillbringa upp till 3 månader vid ICH för att planera studier inom ovan nämnda områden och analysera/samla data under ledning.
- 3) En svensk expert ska en gång per år delta i seminarier/workshops i Pakistan varav en är avsedd att vara för fortbildning för sköterskor.

Insatsen genom vilken 25 pakistanska pediatriker fått utbildning avslutades 1993.

BITS bidrog också med 146.000 SEK för samarbetet mellan ICH och China Disabled Persons Federation i Kina för Förebyggande Vård och Rehabilitering av Jodbristsjukdomar.

Mellan 1985 och 1992 har även, som en del av basuppdraget, samarbete ägt rum mellan ICH och personalrekryteringsbyrån på SIDA vad gäller rekrytering och information av personal som anställts för tjänstgöring inom SIDA-stödda projekt i olika programländer. Detta samarbete skedde i synnerhet i relation till rekryteringen för hälsosektorstödet till Angola.

Samarbetet med SAREC har pågått sedan 1983/84 och har enbart avsett individuella forskningsbidrag.

IHCAR

4.2.5.1 Basuppdraget

Basuppdraget 94/95 (175 veckor)

- 1) Hälsoplanering och hälsoekonomi, 35v (20%)
- 2) Sexuell och reproduktiv hälsa, 60v (35%)
- 3) Miljöhälsa, 20v (11%)
- 4) Läkemedel, 30v (17%)
- 5) Tuberkulos och malaria, 20v (11%)
- 6) Epidemiologi, 10v (6%)

Basuppdraget 93/94 (200 veckor)

- 1) Hälsoplanering och hälsoekonomi, 40v (20%)
- 2) Sexuell och reproduktiv hälsa, 60v (30%)
- 3) Miljöhälsa, 24v (12%)
- 4) Läkemedel, 35v (17,5%)
- 5) Tuberkulos och malaria, 18v (9%)
- 6) Epidemiologi, 8v (4%)
- 7) Vaccinationer, 15v (7,5%)

BILAGA 5

ICH externa intäkter 1978/79 - 1994/95 (000 SEK)

	SIDA ¹		SAREC ²	BITS ³	SMR ⁴	TOTALT ⁵
	Fasta Samarbetet (IRV)	Särskilda Uppdrag				
78/79	80					
79/80	85					
80/81	125					
81/82	500					
82/83	460				500	
83/84	598	1090	150		509	
84/85	940		150		555	
85/86	851	1085	150	6500 ⁶	587	
86/87	862	2170	150		600	
87/88	680	2647	150		1200	
88/89	937	2487	150		1300	
89/90	1417.4	2981.4	200	2300	2100	9400
90/91	2006	2970.4	600	2200	2200	11200
91/92	2033	3437.6	600	1200	2300	11200
92/93	1468	3296.6	600	1200	2700	12500
93/94	3000	3400	700	1200	3600 ⁷	11800
94/95	3300	3900	500	300	3800	13400
	<u>19342.4</u>	<u>29465</u>	<u>700</u>	<u>200</u>	<u>4200</u>	13100
			4650	15100	26151	

SIDA	SAREC	BITS	SMR	TOTALT
48807.4	4650	15100	26151	<u>94708.4</u>

¹ Budgeterade anslag anges före 85/86, från 85/86 anges faktiska kostnader.
² Anslag från SAREC finns ej specificerade före 88/89. Faktiska kostnader anges.
³ Faktiska kostnader anges.
⁴ Faktiska kostnader anges.
⁵ Faktiska kostnader anges. Bidrag från universitetet för 93/94 och 94/95 är ej inkluderade.
⁶ Siffran (ungefärlig kostnad) avser hela Sudan-samarbetet mellan 1981 och 1991.
⁷ Biblioteksverksamheten börjar finansieras via SMR.

Forskningsanslag 88/89 - 93/94 (milj. SEK)

	<i>SAREC</i>	<i>SIDA</i>	<i>WHO</i>	<i>RBJ</i> ¹	<i>Övrigt</i>	TOTALT
88/89	0.2		0.5	0.1	0.8	1.6
89/90	0.6		0.8	0.3	0.7	2.4
90/91	0.6		0.7	0.3	0.6	2.2
91/92	0.6		1.8	0.3	0.4	3.1
92/93	0.7		0.6	0.6	0.3	2.2
93/94	0.5	0.3	0.5	0.6	0.7	2.6

Exempel på större uppdrag inom posten "Särskilda Uppdrag" (faktiska kostnader)

	87/88	88/89	89/90
<i>AIDS</i>	832 774	544 778	1 061 480
<i>Angola</i>	251 847	207 156	1 015 946
<i>TFNC</i>			376 082
	90/91	91/92	92/93
<i>AIDS</i>	1 066 738	967 881	851 385
<i>Angola</i>	677 727	537 807	282 074
<i>TFNC</i>	314 544	247 394	444 081
<i>ZIM</i>	107 972	164 486	336 846
<i>DIS databas</i>		237 495	229 669
<i>WHO kod</i>	233 152		

¹ Riksbankens Jubileumsfond.

ICHs TOTALA KOSTNADER 93/94 ¹

14.4MSEK + ALF-avtal ²

1. Lokaler, hyra, drift

Finansieras genom ALF-avtal med U-a Universitet.

2. Undervisning och forskning

Uppsala Universitet

- Professor

0.8 M

- 50% sekreterare

0.1M

- kurs globalmedicin

0.1M

1M

3. Forskning - anslag

- SAREC

0.5M

- Sida

- WHO

- Riksbankens Jubileumsfond

- Indevelop

2.6M

4. Uppdragsundervisning

Kurser, dokumentation/bibliotek,

Information/NU

SMR

Sida (bidrag till kurser)

3.8M

0.3M

4.1M

5. Konsultrådgivning

(Sida-basuppdrag)

3M

6. Särskilda uppdrag

- TFNC

0.6M

- Zimbabwe (World Bank)

1.6M

- Sri Lanka

0.2M

- DIS-AHRTAG

0.2M

2.7M

7. Övriga uppdrag (landramsfinansierade)

- Indien rehab-frågor

0.7M

- Angola, PHC

- Kenya, hälsostödsinstans

- IDD Monitoring, Tanzania

- Zimbabwe- uppföljning vatten/sanitet (INFRA)

- Besök Riga (ej landram)

- Resursbasutveckling - Indien

- Bangladesh - WIF:s A-vitaminprojekt

8. Bilateral avtal - BITS

0.3M

TOTALT

14.4M

¹ Faktiska kostnader.

² Avtal Läkarutbildning Forskning (ALF).

ICHs TOTALA KOSTNADER 94/95 14.9M + ALF-avtal

1. Lokaler, hyra och drift	Finansieras genom ALF-avtal med U:a universitet.	
2. Undervisning och forskning	Uppsala Universitet	
- Professor	0.8M	
- 50% sekreterare	0.1M	
- Globalmedicin -kurs	0.8M	
- 50% administratör	0.1M	1.8M
3. Forskning - anslag		1.3M
- SAREC	0.7M	
- övrigt	0.6M	
4. Uppdragsundervisning		4.4M
- SMR	4.2M	
- SIDA (bidrag till kurser)	0.2M	
5. Konsultrådgivning (Sida-basuppdrag)		3.3M
6. Särskilda uppdrag		
- TFNC	0.8M	
- Zimbabwe(World bank)	0.4M	
- Sri Lanka	1.0M	
- DIS-AHRTAG	<u>0.6M</u>	2.8M
7 Övriga uppdrag		1.1M
- Angola		
- CBR seminar (Community Based Rehabilitation)		
- IDD Monitoring (Iodine Deficiency Diseases)		
- Kenya		
- Nepal		
- Rehab - Indien		
- Rehab - resurs		
SRI/Lantbruk (för lantbruksbyrån)		
- Zambia-besök		
- WHO Collaborating Centre (ej landram)		
8 BITS		<u>0.2M</u>
TOTALT		14.9M

Totalt antal personer verksamma vid ICH inom olika verksamhetsområden. ¹

	<i>SIDA</i>	<i>SMR</i>	<i>BITS</i>	<i>Forskning</i>	<i>Totalt</i>
88/89	13	4	1	9	27
89/90	12	6	1	13	32
90/91	13	7	1	12	33
91/92	12	5	1	12	30
92/93	12	6	1	14	33
93/94	11	7	1 ²	13	32
94/95	13	7		15	35

¹ Chefen för ICH är ej medräknad i sammanställningen.

² Endast korttidsinsats.

BILAGA 6

Sammanställning över IHCARs ekonomiska utveckling budgetåren 1983/84-94/95.

Avser anvisade/rekvirerade medel för respektive år (000 SEK).

	<i>SIDA</i>	<i>SAREC</i>	<i>BITS</i>	<i>TOTALT</i>	<i>TOTALT IHCAR¹</i>
83/84	45			45	247
84/85	378	200		578	800
85/86	1083	497		1580	1830
86/87	1885	824	508	3217	3500
87/88	3024	1473		4497	5000
88/89	4602	1084		5686	5747
89/90	6104	1909		8013	8900
90/91	4804	3255		8059	11700
91/92	5917	6012 ²	565	12494	15489
92/93	5969	3075		9044	11787
93/94	10063	3449	214	13726	16575
94/95	<u>6623</u>	<u>5831</u>	<u>758</u>	<u>13212</u>	<u>16950</u>
TOTALT	50497	27609	2045	<u>80151</u>	<u>98525</u>

Fördelning av SIDA:s anvisade medel.

	<i>Fasta samarbetet</i>	<i>Särskilda Uppdrag</i>	<i>Särskilda Avtal</i>	<i>Totalt SIDA</i>
83/84				45
84/85				378
85/86	450	518	115	1083
86/87	500	895	490	1885
87/88	900	985	1139	3024
88/89	1323	1397	1882	4602
89/90	1500	2329	2275	6104
90/91	1615	2484	705	4804
91/92	1650	3150	1117	5917
92/93	1600	3440	929	5969
93/94	3050		7013	10063
94/95	<u>4686³</u>		<u>1937</u>	<u>6623</u>
	<u>17274</u>	<u>15198</u>	<u>17602</u>	<u>50497</u>

¹ Anslagen från Karolinska Institutet ingår i totalomsättningen för hela perioden.

² 91/92 beviljades IHCAR fler individuella SAREC-anslag än tidigare år och ett större förskott betalades ut för HIV/AIDS projektet. Däremot förbrukades inte hela förskottet under budgetåret, utan kom att förbrukas under senare budgetår.

³ Beloppet inkluderar c:a 1,157 MSEK för särskilda uppdrag.

IHCARs kontrakt/avtal med Sida utanför basuppdraget 93/94 - 94/95 inklusive anvisade medel.

Ärende	Belopp	Budgetår
<i>Workshop för svenska barnmorskor med u-landserfarenhet (Uppsala)</i>	24 100	93/94
<i>Seminarium omgivningshygien (INFRA)</i>	7 600	93/94
<i>Förberedelse Health Support Zambia</i>	352 000	93/94-94/95
<i>SAHRA</i>	1 826 000	93/94
<i>Stöd till MoH, Laos</i>	4 019 110	92/93-94/95
<i>Riktlinjer preventivmedel/abort</i>	20 000	94
<i>Marknadsföring läkemedel</i>	150 000	94/95-95/96
<i>Hälsosektorstöd Etiopien</i>	115 000	94/95
<i>Community Involvement in Family Planning, Thai Binh</i>	640 000	93/94-95/96
<i>Injury Control, New Dehli</i>	243 000	95/96
TOTALT	7 396 810	92/93-95/96

PROPs anslag 1990-1996

År	SIDA basbudget Hälsobyran	SIDA tillägg, Hälso (H) & övriga enheter	Övriga anslag/inkomster	Totalt
1990/91	415 000	Rekr.MFS 57 000 H: Konf 150 000 H: bok 22 500		644 500
1991/92	1 300 000	Rekr:MFS 100 000	Lunds univ. 25 000 (för 5-p kurs) NorFa ¹ 12 000 Nat.komm. ² 47 000	1 484 000
1992/93	1 835 000	Rekr MFS 100 000		1 935 000
1993/94	1 858 200 inkl länderstudier	Rekr:MFS 200 000 RELA 10 000		2 068 200
940701- 941231	1 102 555 (enligt beslut 1 127 555)	H:Forsk.kurs 170 000 H:Masterkurs 75 000 Rekr:MFS 150 000	För Forskarkurs: SAREC 100 000 FRN 30 000 NorFa 25 000 NF ³ 65 000	1 717 555
950101- 950331	479 661			479 661
950401- 951231	1 506 600	Rekr:MFS 200 000		1 706 600
960101- 961231	1 365 000		ORGUT 66 000 Utan gränser 44 000	1 475 000
Totalt	9 862 016	1 234 500	414 000	11 510 516

¹ Nordisk Forskarutdanningsakademien för planeringsmöte av nordisk forskarkurs² Seminarium för Nationalkommittén³ Norges Forskningsråd

Administrativ avgift på budgeten 1990-1995 = ca 15%

För om det nya avtalet 950401 belastas budgeten med ytterligare ca 10% i lokalkostnader. PROP betalar alltså ca 25% av inkomna anslag till universitetet. Enda undantagen är på resor & utrustning (datorer) - där vi har ett påslag på 3%

Arvode för undervisning/föreläsning betalas ut personligen till den PROP-anställda ifråga som tar tjänstledigt motsvarande antal timmar för att inte belasta anslaget.

Fördelning av huvudområden/enheter för befolkningsprogrammet 1990-1996

1990/91

Uppdrag/rådgivning till Hälsobyran	10%
Info	5%
Plan	5%
Institutionell utveckling	25%
Resursbasutveckling	60%

1991/92

Uppdrag/rådgivning till Hälsobyran	15%
Natur	2%
Info	10%
Plan	5%
Rekr	5%
Institutionell utveckling	18%
Resursbasutveckling	45%

1992/93

Uppdrag/rådgivning till Hälsobyran	15%
Natur	8%
Infra	2%
Plan	6%
Rekr	5%
Institutionell utveckling	20%
Studier & Metod	4%
Resursbasutveckling	40%

1993/94

Uppdrag/rådgivning till Hälsobyran	20%
Natur	4%
Plan	10%
Rekr	5%
Institutionell utveckling	15%
Studier & Metod	10%
Resursbasutveckling	35%

1994 (6 mån)

Uppdrag/rådgivning till Hälsobyrån	21%
Natur	5%
Infra	4%
PLAN	7%
Institutionell utveckling	30%
Studier & Metod	7%
Resursbasutveckling	27%

1995

Uppdrag/rådgivning till Hälsobyrån	42%
Natur	11%
Infra	5%
PLAN	3%
PA	2%
Institutionell utveckling	15%
Studier & Metod	9%
Resursbasutveckling	15%

1996

Uppdrag/rådgivning till Deso/hälso	60%
Natur	6%
Övriga enheter på Sida	5%
Institutionell utveckling	11%
Studier & Metod	8%
Resursbasutveckling	9%

Förteckning över genomgången material

ICH

Avtal
1978-01-01 - 79-06-30 (förlängt till 1981-06-30)
1981-07-01 - 84-06-30 (förlängt till 1985-06-30)
1985-07-01 - 88-06-30
1988-07-01 - 91-06-30
1991-07-01 - 94-06-30
1994-07-01 - 97-12-31 (uppsagt från 96-12-31)

Verksamhetsplaner, budgetförslag och beslut 1978/79 - 1993/94.

Uppdragsbeskrivning, budgetförslag och beslut 1994/95.

Halvårsrapporter och årsrapporter för samarbetet mellan SIDA och ICH, 1978/79 - 1994/95.

Årsrapport för samarbetet mellan Sida och ICH (Basuppdraget) 1994/95.
Kompletteringar till årsrapport 1994/95.

Annual reports ICH 1988/89 - 1992/93.

Report of activities 1993-1995.

PM rörande samarbete mellan SIDA och ICH, 1979.

PM angående utvidgat samarbete mellan SIDA och ICH, 1980-12-08.

ICHs verksamhet, 1982.

A Brief Presentation of ICH Activities, 1993.

ICH 1977-1993, A Summary of Activities.

ICH Organisationsstudie, En studie utförd av Svenska Missionsrådet om Enheten för Internationell Barnhälsovård, Uppsala Universitet, 1995.

Svenska Missionsrådet: Avtal, verksamhetsplaner och årsberättelser för SMR-finansierad verksamhet vid ICH 87/88-94/95.

Kontrakt avseende:

- Samarbetet med Ministry of Health, Zimbabwe.
- TFNC.
- Samarbetet med University of Kelaniya, Sri Lanka.
- DIS/AHRTAG.

Beslut och avtal avseende följande BITS-insatser:

- Institutionssamarbete mellan ICH och det kinesiska hälsoministeriet, MOPH, avseende barn- och mödrahälsovård.
- Samarbetet mellan ICH och Pakistani Institute of Medical Sciences (PIMS).
- Samarbetet mellan ICH och China Disabled Persons Federation i Kina för förebyggande vård och rehabilitering av jodbristsjukdomar.

IHCAR

Avtal	1984-01-01 - 85-06-30
	1985-07-01 - 88-06-30
	1988-07-01 - 91-06-30
	1991-07-01 - 94-06-30
	1994-07-01 - 97-12-31 (uppsagt från 1996-12-31)

Verksamhetsplaner, budgetförslag och beslut 1984/01 - 92/93.

Uppdragsbeskrivningar, budgetförslag och beslut 92/93 - 1995-12-31.

IHCAR Annual Reports 1985/86 -1992/93.

The Department of International Health and Social Medicine (IHCAR + Kronan), Annual Report 93/94.

IHCAR's "Sida-bas assignment" 1993/94 (Årsrapport).

Årsrapport Sida-basuppdrag 1994/95.

Basuppdrag - rapporter avseende biståndet till WHO, 1994/95.

SARECs långsiktiga stöd till u-landsinriktade forskningsmiljöer, juli 1992.

Kontrakt avseende:

- SAHRA;
- Support to the Ministry of Public Health in Lao P.D.R.
- Community Involvement in Family Planning; an Intervention Project in Thai Bin province, Vietnam.
- Health Support to Zambia.

PROP

Avtal 1990-06-01 - 1991-06-30
1991-07-01 - 1996-12-31

Verksamhetsredovisningar 90/91- 1995-12-31.

Verksamhetsplaner 93/94 - 96-12-31.

Diverse korrespondens samt forskningsrapporter och andra publicerade skrifter från samtliga tre organisationer.

SIDA

SIDAs behov av konsulter för hälsobiståndet, 1985-01-15.

Sammanställning över hälsobyråns konsultutnyttjande 1991/92, 1992-09-28.

Information inför planering av basuppdrag för hälsobyråns institutionella konsulter 1994/95.

Hälsoenhetens verksamhetsplanering för 1996, 1995-11-16.

Projektbeskrivning: Riktlinjer för Sidas bistånd inom hälsosektorn, HÄST, 1996-03-13.

Health Sector Assistance, Facts and Figures 1994/95.

Sexual and Reproductive Health - an Action Plan of the Health Division at SIDA, 1994.

(Internationellt samarbete sprider) Ringar på vattnet för världens handikappade, 1994.