



**SIVILØKONOMUTREDNINGEN
V-2008**

**Kan resultatbasert økonomisk -
kompensasjon bidra til en reduksjon
av mødre- og spedbarnsdødeligheten
i Tanzania?**



- En analyse av Stoltenberg regjeringens forslag for å redusere spedbarns- og mødredødelighet i utviklingsland | Av: Herdis Bjørnevik Svendsen

Bergen, våren 2008

Selvstendig arbeid innen hovedprofilen Strategisk ledelse

Veileder: Ragnhild Balsvik (Post Doc)

Kan resultatbasert økonomisk-kompensasjon bidra til en reduksjon av mødre og spedbarnsdødeligheten i Tanzania?

Av

Herdis Bjørnevik Svendsen

"Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi - og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen inntår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet."

Sammendrag

Kan resultatbasert økonomisk - kompensasjon bidra til en reduksjon av mødre- og spedbarnsdødeligheten i Tanzania?

Prosjekter som benytter resultatbasert økonomisk – kompensasjon for å senke mødre- og spedbarnsdødeligheten har nylig fått stor internasjonal politisk oppmerksomhet og økonomisk støtte. Like fullt mangler vi empiriske bevis på at slike reformer faktisk virker etter hensikten.

Jeg har i denne oppgaven analysert Stoltenberg - regjeringens forslag for å redusere spedbarns- og mødredødelighet i utviklingsland i lys av prinsippal – agent teori og motivasjonsteori. Det er nemlig ikke åpenbart at resultatbaserte belønningssystemer på individnivå virkelig kan bidra til en reduksjon av mødre- og spedbarnsdødeligheten i Tanzania.

Forord

Det føles litt rart å endelig være ferdig som student ved NHH. Det har vært et langt løp, med mange omveier underveis. Spesielt mitt siste semester har vært preget av mye jobbing med ulike fag og ikke minst denne siviløkonomutredningen. Det føles deilig å være ferdig med livet som student, men jeg kommer til å ta med meg mange gode minner fra tiden på NHH.

Vennskap, kunnskap og engasjement.

Jeg ønsker å rette en spesiell takk til veileder Ragnhild Balsvik, Inger Midtun, Ida Kristine Lindkvist, Håkon Andreas Riegels, mamma og pappa.

Takk for gode innspill, støtte og motivasjon.

Til minne om deg og det du har betydd for meg

Johannes Bjørnevik 13.09.1918 - 30.06.2008

Innholdsliste

Kapittel 1	Bakgrunn: Helsevesenet i Tanzania	s. 9
1.1	Generelt om Tanzania	s. 10
1.2	Helsevesenet i Tanzania (Fastlands Tanzania)	s. 11
1.2.1	Helsefasilitetene i Tanzania	s. 11
1.2.2	Tilgang til kvalifisert helsepersonale	s. 13
1.2.3	Effektivitet	s. 13
1.2.4	Kvalitet	s. 14
1.2.5	Motivasjon	s. 14
1.3	Mødre- og barnedødelighet i Tanzania	s. 14
1.3.1	Barnedødelighet	s. 14
1.3.2	Mødredødelighet/svangerskapsdødelighet:	s. 17
1.3.3	Sammenheng mellom mødre- og spedbarnshelse	s. 18
1.3.4	Hvordan forbedre mødre- og spedbarnsdødelighetsraten?	s. 19
1.4	Oppsummering av bakgrunnskapittel	s. 20
Kapittel 2	Teoretisk rammeverk	s. 21
2.1	Prinsipal - agent teori: Hvordan motivere den ansatte?	s. 22
2.1.1	Hvordan utforme kontrakter når man har perfekt informasjon	s. 23
2.1.2	Hvordan utforme kontrakter når man har imperfekt informasjon	s. 23
2.1.2.1	Asymmetrisk informasjon	s. 23
2.1.2.2	Usikkert utfall	s. 25
2.1.2.3	Avhengig utfall	s. 27
2.1.2.4	Aggregert utfall	s. 27
2.1.3	Generelle løsninger på agentproblemer relatert til imperfekt informasjon	s. 28
2.1.3.1	Observasjon av agentens handlinger og/eller resultater på initiativ av prinsipalen	s. 29
2.1.3.2	Observasjon av agentens handlinger og/eller resultater på initiativ av agenten	s. 29
2.2	Motivational - crowding out	s. 30
2.3	Oppsummering av teorikapittel	s. 32

Kapittel 3	Analyse	s. 33
3.1	P4P – Pay for Performance	s. 33
3.1.1	P4P initiativets målsetting	s. 34
3.1.2	P4P bonussystemets utforming	s. 34
3.1.3	P4Ps målgruppe	s. 34
3.1.4	P4Ps budsjettramme	s. 35
3.1.5	Resultatavtaler	s. 35
3.1.6	Tiltak	s. 35
3.1.7	P4P initiativets tidsramme	s. 37
3.2	Utfordringer ved P4P initiativet	s. 37
3.2.1	Asymmetrisk informasjon	s. 38
3.2.2	Asymmetrisk informasjon (Tilbudssiden)	s. 39
3.2.3	Usikkert utfall	s. 40
3.2.4	Avhengig utfall	s. 41
3.2.5	Aggregert utfall	s. 42
3.2.6	Måling og verifisering av resultater	s. 42
3.2.7	Motivational Crowding Out	s. 44
3.3	Oppsummering av funn	s. 45
4	Konklusjon	s. 47
5	Referanseliste	s. 50

Innledning

”..hvert minutt dør det en kvinne i barsel ett eller annet sted i verden.. De dør av årsaker som lett kunne vært forhindret..”

Norges statsminister Jens Stoltenberg, 2008

For å fremme utvikling og bekjempe nød og fattigdom har FNs medlemsland vedtatt en tusenårsmålkampanje for hvordan verdens nasjoner best kan bekjempe fattigdom, sult og nød, fremme bærekraftig utvikling og øke samarbeidet i verden. Det ble vedtatt at FN skulle satse på åtte områder som alle verdens nasjoner skal jobbe for å fullføre innen 2015 (TMUN 2007: 8). Disse åtte hovedpunktene er kalt FNs tusenårsmål og er som følger:

1. Utrydde ekstrem fattigdom og sult
2. Sikre grunnutdanning for alle
3. Fremme likestilling og styrke kvinners stilling
4. Redusere barnedødeligheten
5. Redusere svangerskapsdødelighet
6. Bekjempe HIV/AIDS, malaria og andre dødelige sykdommer
7. Sikre bærekraftig utvikling
8. Bygge et globalt partnerskap for utvikling

I følge UNICEF sin rapport ”*The state of the worlds children 2008*” er barnedødelighet en sensitiv indikator for et lands utvikling, en indikator som også gir en pekepinn på et land sine prioriteringer og verdier. Å investere i barns helse er ikke bare viktig fra et humanitært ståsted, men kan også være en sunn økonomisk beslutning, dersom man ønsker at landet skal sette kurs mot en bedre fremtid (UNICEF, 2007). FNs tusenårsmål nummer fire er å redusere barnedødelighetsraten for barn under fem år med to tredjedeler i perioden 1990 – 2015 slik at det på verdensbasis blir redusert til fire millioner dødsfall.

Høye barne- og mødredødelighetsrater er en stor utfordring for utviklingsland. Tall fra FN og Verdens helseorganisasjon (WHO) viser at barnedødelighet for barn under fem år har blitt redusert, men at det har skjedd små endringer med tanke på mødredødelighet og spedbarnsdødelighet. For kvinner og spedbarn som føder og fødes i fattige land er denne dagen preget av stor risiko, en risiko som kunne blitt redusert med enkle tiltak (Stoltenberg i

Lancet: 1230-1232). For å redusere mødre- og spedbarnsdødeligheten i Tanzania har Stoltenberg-regjeringen vedtatt å finansiere et prosjekt som skal benytte resultatbasert økonomisk kompensasjon av helsepersonale for å øke andelen av kvinner som føder på klinikk for på denne måten å senke spedbarns- og mødredødeligheten i blant annet Tanzania (Smithson et al., 2008). Initiativet er en del av ”den globale kampanjen for tusenårsmålene for helse” som ble startet av Storbritannias statsminister Gordon Brown og statsminister Jens Stoltenberg 26. september 2007 (NORAD 2008). Den globale kampanjen har sikret at det finnes ressurser og politisk vilje til å sette i gang tiltak for å redusere mødre og spedbarnsdødeligheten i Tanzania.

I denne oppgaven vil jeg diskutere om resultatbasert finansiering på individnivå er veien å gå for å redusere spedbarns- og mødredødeligheten. Problemstillingen er som følger:

Kan resultatbasert økonomisk – kompensasjon på individnivå bidra til en reduksjon av mødre- og spedbarnsdødeligheten i Tanzania?

Til tross for at regjeringen har stilt store beløp til disposisjon mangler vi dessverre empiriske bevis på at slike reformer faktisk virker etter hensikten. I oppgaven kommer jeg derfor til å diskutere ”the Norwegian Tanzanian Partnership Initiative (NTPI)” som Norge er med å finansiere gjennom NORAD i lys av prinsippal – agent teori og nyere økonomisk teori om motivasjon - slik den ble introdusert av Bruno Frey (1997).

Oppgavens oppbygning:

Jeg starter med innføring om Tanzania og utfordringene Tanzaniansk helsevesen står ovenfor. Videre vil jeg presentere det teoretiske rammeverket som jeg skal bruke i analysen. Dette er generell prinsippal – agent teori som vil diskuteres i lys av de spesielle utfordringene som man har i helsesektoren. Jeg vil også diskutere hva som motiverer helsearbeidere i lys av nyere økonomisk teori om motivasjon. Dette er bakgrunnen for min analyse av det norske initiativet om å benytte resultatbasert økonomisk kompensasjon av helsearbeidere for å senke mødre- og spedbarnsdødeligheten. Til slutt vil jeg avslutte med noen konkluderende bemerkninger om det norsk - tanzanianske partnerskapsinitiativet for å forbedre mødre og spedbarnshelse¹.

¹ ”The Norwegian Tanzanian Partnership Initiative (NTPI)”. Finansieres av Norge gjennom NORAD

Kapittel 1 Bakgrunn: Helsevesenet i Tanzania

Tanzania er et av verdens fattigste land, og mottar i dag penger fra verdensbanken, IMF og bilaterale donorer. Bistandssamarbeidet mellom Norge og Tanzania begynte allerede i 1966 og gjennom dette samarbeidet har man satt i gang mange ulike tiltak for å rehabilitere Tanzanias infrastruktur og for å redusere fattigdomsproblematikken (regjeringen.no).

I dette kapitlet vil jeg sette søkelyset på helsesituasjonen i Tanzania og det Tanzanianske helsevesenet. Jeg vil forklare hvordan det Tanzanianske helsevesenet er bygget opp og hvilke utfordringer som man står overfor. Videre vil jeg se på mødre og barnedødelighetsraten i Tanzania. Helsesektoren er preget av lav produktivitet, noe som trolig skyldes lav motivasjon og dårlig tilgang til kvalifisert helsepersonell, medisiner og utstyr.

Men, til tross for at landet er preget av sykdommer som HIV, Malaria og diaré og lav produktivitet i helsevesenet, finnes det noen lyspunkter.

Til tross for store utfordringer innen helsevesenet har Tanzania klart å redusere barnedødeligheten for barn under fem år. Tilsvarende reduksjonen av mødre- og spedbarnsdødeligheten har imidlertid ikke funnet sted. Her er det rom for store forbedringer, forbedringer som er nødvendig for at Tanzania skal klare å oppfylle FNs tusenårsmål fire og fem. I dette kapitlet skal jeg peke på hva som er hovedårsakene til mødre og barnedødelighet i Tanzania og se på noen momenter som kan forklare hva som kan gjøres for å forbedre situasjonen på dette området. Jeg vil se både på tilbuds- og etterspørsels siden av helsesektoren.

1.1 Generelt om Tanzania

Økonomi

The United Republic of Tanzania er et av verdens fattigste land. 36 prosent av befolkningen lever under fattigdomsgrensen og BNP per innbygger er kun 1 300 USD, et tall som er svært lavt sammenlignet med Norges BNP pr innbygger som er 53 000 USD, og den Europeiske Union som har en gjennomsnittlig BNP pr innbygger på 32 300 USD. Verdensbanken, IMF og bilaterale donorer har gitt støtte til Tanzania for å rehabilitere den økonomiske infrastrukturen og for å redusere fattigdomsproblematikken. Støtten utgjør i dag 7 prosent av landets BNP (CIA- the world factbook). Norge er en av de bilaterale donorene som bidrar med betydelige midler til Tanzania (regjeringen.no).

Helseutgiftenes andel av BNP sier noe om hvor stor andel av ressursene som brukes på helse i et land. I Tanzania bruker det offentlige kun 373 millioner dollar av BNP på helse (BNP målt i 2000 USD). Dette tilsvarer rundt 3 prosent av BNP, tilsvarende 17 USD per innbygger (World Bank Indicator Online, 2005). Til sammenligning er tallet for Norge 203 milliarder NOK, noe som tilsvarer 9 prosent av BNP og 43 000 NOK i gjennomsnitt per innbygger (SSB, 2007).

Demografi

Tanzania har en befolkning på rundt 32,4 millioner mennesker hvorav 55 prosent er under 20 år (NBS 2004 i NBS og Macro International Inc., 2007: 13). Selv om det fødes mange barn (4,62 barn per kvinne) er populasjonsveksten ikke mer enn ca 2 prosent. Årsaken til dette er at befolkningen er hardt rammet av infeksjonssykdommer som malaria, tuberkulose og HIV/AIDS. Gjennomsnittlig levealder er i dag rundt 51 år. Dette er en forbedring fra tidligere tall, men er fremdeles lavt sammenlignet med land som er mindre preget av sykdom (CIA- the world factbook). Som mange andre utviklingsland ser også Tanzania tendenser til ”dobbel sykdomsbyrde syndromet”. Man ser en økning på livsstil sykdommer som hjertesykdommer, diabetes, kreft og mentale/psykologiske sykdommer i tillegg til infeksjonssykdommer (NBS 2004 i NBS og Macro International Inc., 2007: 13). Det er med andre ord stort behov for helsetjenester i landet.

1.2 Helsevesenet i Tanzania (Fastlands Tanzania)

1.2.1 Helsefasilitetene i Tanzania

Offentlige helsefasiliteter i Tanzania kan deles inn i tre hovedkategorier: helsestasjoner, helsesenter og sykehus (NBS og Macro International Inc., 2007: 19). I tillegg til offentlige helsefasiliteter har man også private helseforetak og helseforetak drevet av frivillige organisasjoner og trossamfunn. Jeg skal under definere forskjellen på de tre hovedkategoriene jeg har valgt å dele offentlige helsefasiliteter inn i.

Helsestasjonene består i hovedsak av små enheter med svært begrenset tilgang på kvalifisert helsepersonell og medisinsk utstyr. Helsestasjonen er som regel pasientens første kontakt med helsevesenet. I Tanzania er det 4 679 helsestasjoner med til sammen 1 480 sengeplasser. Her kan man finne kvalifisert helsepersonell som sykepleiere, barnepleiere og annet helsepersonale med lavere kompetansenivå. Pasienter kan benytte seg av helsetilbud som omfatter svangerskapskontroller, medisinerer for enkle problemer som kan oppstå under svangerskap, forløsning av normale fødsler uten komplikasjoner og generelle primærhelsetjenester (NBS og Macro International Inc., 2007: 13-25). Helsestasjonen er som regel pasientens første kontakt med helsevesenet.

Helsesentrene tilbyr et mer omfattende helsetilbud. I tillegg til primærhelsetjenester, svangerskapskontroll og forløsninger har man her mulighet til å utføre mindre operasjoner og de fleste av sentrene har mulighet for innleggelser. Alt etter hva pasienten trenger av behandlingsbehov eller behov for hjelp, kan helsepersonalet henvise pasienten videre for nødvendig helsehjelp. Tilgang på kvalifisert helsepersonell er større på helsesentre enn på helsestasjoner, og tilbudet omfatter ofte leger, jordmødre eller sykepleiere i tillegg til annet helsepersonale med lavere kompetansenivå. Helsesentrene teller 481, og har en sengekapasitet på 7 047 (Ibid).

Sykehusene ("district hospitals", "regional general hospital" og "national referral hospitals") sitt helsetilbud er mer omfattende enn helsestasjonene og helsesentrene, og de kan ta i mot pasienter for dagbehandling eller innleggelser. Det er store forskjeller i hvilken grad sykehusene tilbyr operasjoner og medisinsk behandling som krever spesialkompetanse. Dette varierer etter hvilken type sykehus det er snakk om. Men, det er på sykehus at pasienten har tilgang til spesialhelsetjenester i tillegg til primærhelsetjenester. På sykehusene har man

tilgang til det mest kvalifiserte helsepersonalet som omfatter leger, spesialister (leger og sykepleiere), sykepleiere, jordmødre og annet helsepersonell. Til sammen er det 28 701 sengeplasser fordelt på 219 enheter i kategorien sykehus (Ibid).

Totalt sett er den samlede sengekapasiteten i fastlands Tanzania på 37 228 fordelt på 5 379 helsefasilitetsenheter. For en befolkning på rundt 32,4 millioner mennesker i et land som Tanzania med stor sykdomsbyrde er dette en svært dårlig kapasitetsdekning for helsetjenester. I tillegg til dårlig kapasitetsdekning for helsetjenester er det dessuten svært varierende kvalitet på de eksisterende helsetilbud. I følge ”The 2006 Tanzania Service Provision Assessment” har man funnet følgende med tanke på helsefasilitetenes ressurstilgang og helsetilbud:

- *”Full dekning av primærhelsetjenester som innleggelse av syke barn og behandling av seksuelt overførbare sykdommer, tilgang til prevensjon til familieplanlegging, svangerskapskontroll, immunbehandling og oppfølging av barns høyde og vekt er tilgjengelig på 7 av 10 helsefasiliteter. I tillegg er det døgnåpen fødselsstue på nesten alle sykehus og ¾ av helsesentrene.”*
- *”Kun 1 av 8 helsefasiliteter har regulære forsyninger av vann og elektrisitet i tillegg til venterom, fungerende pasient latrine og tilfredsstillende hygieneforhold. Litt mer enn halvparten av helsefasilitetene har tilgang til rent vann.”*
- *”Ca ¾ av helsefasilitetene rapporterer at de har jevnlig ledelsesmøter, men kun 3 av 10 kan dokumentere dette. Nærmere 8 av 10 helsefasiliteter tar seg betalt for helsebehandling for voksne pasienter, og pasientene betaler for konsultasjon, medisiner og laboratorietester.”*
- *”Kun 40-60% av helsefasiliteter som har varelager av vaksiner, prevensjon og medisiner registrerer daglig forbruk og oppdaterer beholdningen jevnlig. Dette bidrar sterkt til at man har tilfeller der vaksiner, prevensjon og medisin har gått ut på dato eller at stedene har gått tom for disse.”*
- *”2/3 helsefasiliteter har desinfiserende middel eller utstyr tilgjengelig slik at de kan sterilisere medisinsk utstyr før og etter bruk. Den mest vanlige måten er å koke eller dampe utstyret. Imidlertid er det bare halvparten av stedene som bruker denne måten som har utstyr som fungerer ordentlig og personale som har kjennskap til den riktige prosessen.”*
- *”Kun 3 av 10 helsefasiliteter har gode ordninger for avhending av smittsomt avfall som sprøytespisser og lignende.”* (NBS og Macro International Inc., 2007: xxiii-xxiv).

1.2.2 Tilgang til kvalifisert helsepersonale

Helsevesenet i Tanzania er preget av stor mangel på kvalifisert helsepersonale og mangel på medisiner og utstyr. Selv om Afrika har $\frac{1}{4}$ av sykdomsbyrden i verden, har kontinentet kun 3 prosent av verdens helsearbeidere (Conway et al., 2007). I følge the Joint Learning Initiative (2004) har Tanzania med 0,02 leger/spesialister per 1000 innbyggere et av verdens laveste dekningsgrad av kvalifisert helsepersonell for befolkningen. Til sammenligning er tallet 0,02 signifikant lavere for Tanzania, enn Tanzanias naboland. Gjennomsnittlig dekning for Sør-Afrika er for eksempel 0,69. Mangelen på sykepleiere og jordmødre er like prekær. I Tanzania er tallet 0,37 sykepleiere/jordmødre per 1000 innbyggere, mens det samme tallet for Sør-Afrika er 3,88. Til sammenligning er tallene per 1000 innbyggere for Norge 3,56 for leger/spesialister og 21,34 for sykepleiere/jordmødre. Det er dessuten store geografiske forskjeller i tilgangen på helsepersonell. Det er større tetthet i urbane strøk, mens det i mer perifere strøk er lavere tetthet og mangel på helsearbeidere (Kurowski et al., 2004).

For å kunne tilby et tilfredsstillende helsetilbud er det derfor nødvendig å øke antall helsearbeidere og bruke tilgjengelig helsearbeidere på en mer effektiv måte (Mæstad 2006: vii). I følge Conway (2007) bør man utdanne flere kvalifiserte helsearbeidere i tillegg til at man i økende grad benytter mindre kvalifiserte helsearbeidere, paraprofesjonelle helsearbeidere, for primærhelsetjenester. Paraprofesjonelle helsearbeidere får en kortere opplæring på basisområder som hygiene, sanitet, familiehelse, forebygging, kontroll av sykdommer, helseopplæring og kommunikasjon eller opplæring gjennom erfaring. Ettersom det kreves mindre ressurser å trene opp en paraprofesjonell helsearbeider, kan dette bidra til å redde liv på en kostnadseffektiv måte. Imidlertid er det forhold som tyder på at dette ikke er den beste løsningen for Tanzania. Landet har allerede en mye lavere tetthet av kvalifisert helsepersonell enn sine naboland, noe som betyr at det kan være viktig å holde fokus på å få tilgang til kvalifisert helsepersonell (Mæstad, 2006).

1.2.3 Effektivitet

Som tidligere nevnt er det et stort underskudd på så vel kvalifisert helsepersonell som paraprofesjonelt helsepersonell. Dette betyr at det er viktig at det helsepersonalet man har jobber effektivt. Dessverre viser det seg at produktiviteten er lav. En undersøkelse gjort av Kurowski et al. (2004) viser at helsearbeidere Tanzania bruker 57 % av tiden til

pasientbehandling, innleggelser, opplæring, rengjøring, vedlikehold og forskning. Det er store forskjeller i produktiviteten til de ulike helsefasilitetene, men gjennomsnittlig har man et forbedringspotensial med hensyn til effektivitet på 43 %. For å øke effektiviteten og på denne måten få bedre resultater er en av mulighetene å øke produktiviteten av resultat per arbeidstime. Dette kan gjøres ved å øke antall timer som blir brukt til produksjon, ved å redusere ureglementert fravær og redusere tid som blir brukt på ikke produktive aktiviteter. I tillegg kan man øke effektiviteten ved å få bedre resultater den tiden helsepersonalet jobber (Mæstad, 2006).

1.2.4 Kvalitet

En forbedring i produksjon favner både effektivitet og kvalitet. Kvalitet kan defineres som teknisk kvalitet (riktig diagnose og riktig behandling) eller interpersonell kvalitet (høflighet mot pasienten (Ibid)). En kvalitetsforbedring kan dermed oppnås ved å forbedre teknisk og interpersonell kvalitet. I det Tanzanianske helsevesenet ser man at både teknisk og interpersonell kvalitet er problemområder (Leonard et al. 2002). Store variasjoner med tanke på teknisk kvalitet mellom helsefasilitetene gjør at pasientene ikke nødvendigvis velger det nærmeste helsetilbudet. I tillegg er det alt for mange tilfeller der pasienten blir møtt av helsepersonell med liten grad av service innstilling og forsøk fra helsepersonell på å tilegne seg bestiktelser fra pasienten.

1.2.5 Motivasjon

Selv om det er stor mangel på helsepersonell så gir dette ikke utslag i høye lønninger for helsesektoren. Arbeid innen helsevesenet er svært dårlig betalt i det sørlige Afrika. I følge en artikkel i Peoples´ Daily Online (2005) er månedslønnen til en junior doktor 403,120 T.Shs/350 USD, og spesialister og konsulterende leger har en månedslønn på 1,141,000 T.Shc/ 1000 USD. Sykepleiere tjener halvparten av hva lærere gjør, og leger får signifikant mindre i lønn enn ingeniører. I følge upublisert forskningsmateriale fra CMI er månedslønnen i realiteten enda lavere, fordi mange helsearbeidere som jobber som leger i realiteten ikke er leger eller spesialister. Gjennomsnittlig lønn for en helsearbeider som jobber som lege er ca. 200,000 T.Shc (Lindkvist 2008). Slike tilstander kan være demotiverende for helsepersonalet, og kvalifisert personale blir fristet til å gi opp en karriere innen helsevesenet eller forlater landet til fordel for land som kan konkurrere med helt andre lønnsbetingelser, større jobbsikkerhet og bedre arbeidsforhold med tilgang til medisin og utstyr (Conway et al., 2007).

Rundt ti prosent av legene som utdanner seg i Tanzania blir fristet til å emigrere. De fortsetter å jobbe innen helsevesenet, men til bedre lønnsbetingelser og arbeidsforhold (McKinsey, 2004). I følge Mæstad (2006: 14) kan det være ting som tyder på at inntil 54 % av tilgjengelig helsepersonale, mennesker som har utdanning som sykepleier eller lege, er inaktive. Dette er personer som har gitt opp sin karriere i helsevesenet. Dersom man hadde visst hvordan man kunne overbevise denne gruppen om å komme tilbake til en jobb innen helsevesenet, kunne denne gruppen vært en stor ressurs.

I følge Conway et al. (2007) er hovedårsaken til lav produktivitet og lav kvalitet på helsetjenestene mangel på antall helsearbeidere. Allikevel er andre viktige årsaker som dårlig infrastruktur, dårlig tilgang til medisinsk utstyr og lav motivasjon. Lav motivasjon kan skyldes lav lønn og maktesløshet som følge av dårlig tilgang til medisiner og medisinsk utstyr. Helseministeren i Tanzania har i følge rapport skrevet av Ottar Mæstad (2007) indikert at det er behov for å motivere helsearbeiderne til å ta et økt individuelt ansvar for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene i Tanzania. P4P initiativet som jeg skal se på, skal gjøre dette ved resultatbasert belønning. Men selv med store utfordringer i helsevesenet har Tanzania lyktes med å redusere barnedødelighetsraten for barn under fem år.

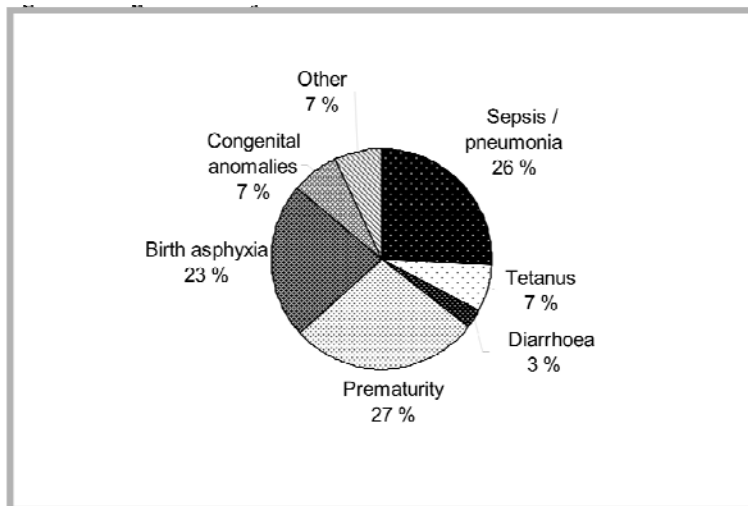
1.3 Mødre- og barnedødelighet i Tanzania

Tanzania, et av verdens fattige land, har lyktes i å redusere barnedødeligheten for barn under fem år de siste 10-15 årene betraktelig. Landet er et av få land i Afrika sør for Sahara som er i posisjon til å kunne nå FNs tusenårsmål 4 om å redusere barnedødeligheten innen 2015 (Statsministerens kontor, 22.04.08). Imidlertid er det liten reduksjon med tanke på spedbarnsdødelighetsraten (dødsfall i løpet av barnets første leve måned) og Tanzania har også store problemer med å nå FNs tusenårsmål nummer fem som er å redusere svangerskapsdødelighet med tre fjerdedeler for perioden 1990-2015.

1.3.1 Barnedødelighet

På verdensbasis dør fire millioner spedbarn hvert år i løpet av deres første levemåned. Spedbarnene dør av årsaker som infeksjoner, blodforgiftning og lungebetennelse (26 %), stivkrampe og diare (3 %), for tidlig fødsel (27 %) og kvelning ved fødsel (23 %) (Lawn et al., 2005 i Mæstad, 2007).

Oversikt over årsaker til barnedødelighet på verdensbasis:

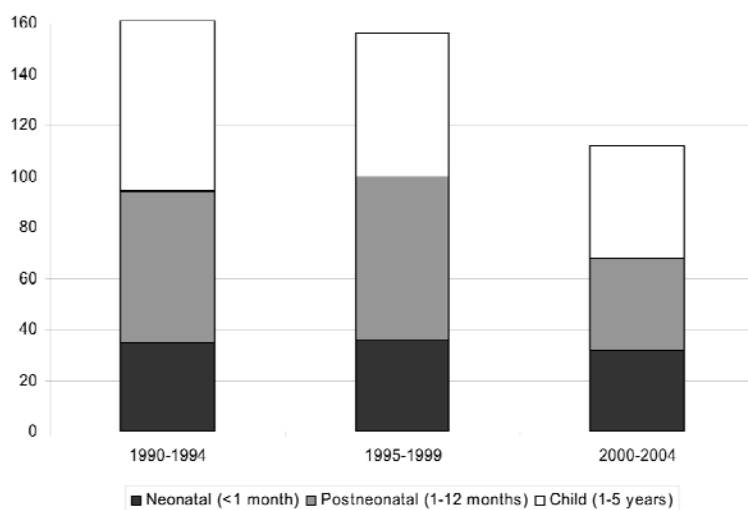


Kilde: Lawn et al. (2005) i Mæstad (2007)

Årsakene til spedbarnsdødelighet i Tanzania er i hovedsak de samme som på verdensbasis, med unntak av at det er færre spedbarn som dør av stivkrampe i Tanzania (Mæstad 2007).

En undersøkelse fra 2004, gjort av Tanzaniansk statistisk sentralbyrå, viser at man her har hatt en markant nedgang de siste 10-15 årene med tanke på barnedødelighet for barn under fem år. Man har i denne perioden hatt en nedgang fra 161 til 112 dødsfall per 1 000 fødsel. Imidlertid viser undersøkelsen at det ikke har skjedd noen forbedringer for spedbarn, barn som dør før de har rukket å bli en måned gammel. Ettersom barnedødeligheten i denne gruppen står for 29 % av alle dødsfall for barn under fem år, er dette et område som det er viktig å ta tak i. Det mest prekære tidspunktet er innen de første 24 timene etter fødsel. (Mæstad, 2007: 3).

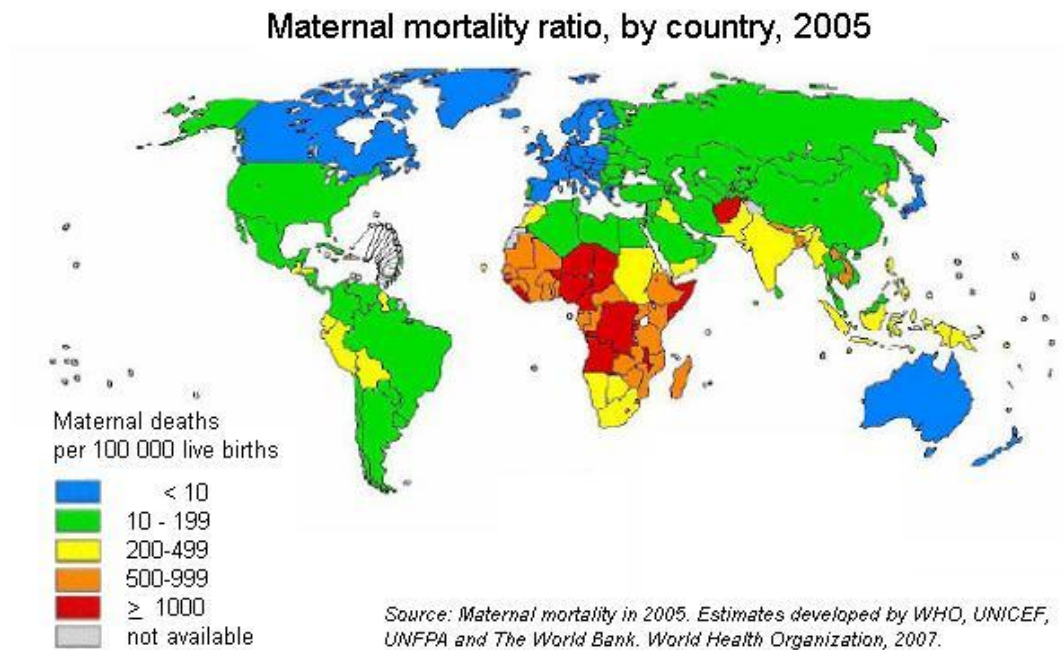
Barnedødelighet i Tanzania for barn under fem år:



Kilde: TDHS (2004) i Mæstad (2007).

Jeg har valgt å oversette ”neonatal” som spedbarn, ”postneonatal” som småbarn og ”child” som barn under fem år.

1.3.2 Mødreødelighet/svangerskapsødelighet:



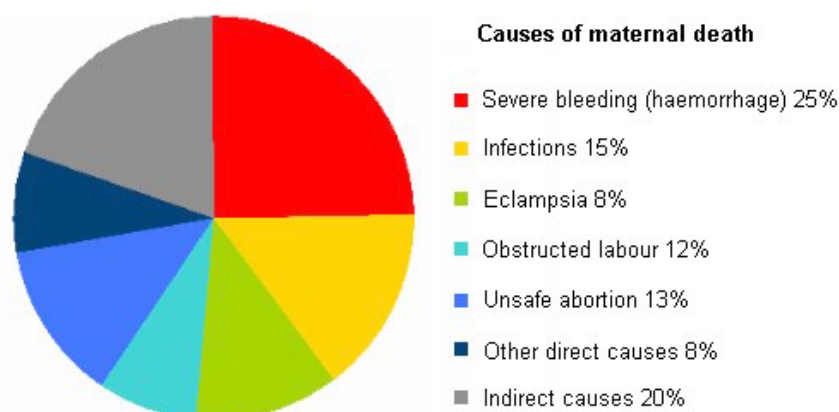
536 000 kvinner dør hvert år som følge av svangerskapsrelaterte dødsfall og dødsfall under fødsel. 86 % av dødsfallene skjer i Afrika sør for Sahara og Sør-Asia, og mindre enn 1% av dødsfallene skjer i rike og mer utviklede land. Høy fertilitet, store innslag av infeksjonssykdommer, fattigdom og et mangelfullt helsetilbud for gravide kvinner bidrar til at mødreødelighetsraten er høy i fattige land (WHO.int).

I følge tall fra WHO er ratioen for mødreødelighet kun 1 av 16 000 i de rikeste og mest utviklede landene, mens det eksempelvis i Nigeria er 1 av 7 kvinner som vil dø i forbindelse med fødsel (womendeliver.org). Det er med andre ord store regionale forskjeller i mødreødelighetsraten og store forskjeller mellom fattige og rike land. Men, at det er regionale forskjeller kan tilsi at det også er mulig å redusere farene forbundet med svangerskap, ved å iverksette ulike tiltak for å forbedre mødrehelsetilbudet.

Komplikasjoner i forbindelse med graviditet og barnefødsel er en av hovedårsakene til at kvinner dør i Tanzania (NBS og Macro International Inc., 2007: 111). Blant svangerskapsrelaterte dødsfall har det ikke vært noen vesentlige endringer i positiv retning over de siste 10-15 årene. Mødre dødelighetsraten har gått ned fra 578 til 579 dødsfall per 100 000 fødsel, noe som tilsvarer at en av seks kvinner dør for hver 10000nde fødsel i Tanzania (Ibid).

Kvinnene som dør i forbindelse med svangerskap dør under fødselen, eller rett etter fødselen, av ulike sykdomstilfeller som blødninger (25 %), infeksjoner (15 %) eller høyt blodtrykk som fører til pre eklampsi (8 %). Risiko for mødre dødelighet er størst det første døgnet etter fødsel, men den første uken etter fødsel er også forbundet med stor risiko for mødre (Ronsmans og Graham 2006).

Oversikt over årsaker til mødre dødelighet:



Source: The World Health Report 2005. Make every mother and child count. Geneva, World Health Organization, 2005.

1.3.3 Sammenheng mellom mødre- og spedbarnshelse

Det er en sterk sammenheng mellom mødrenes helse og spedbarnas skjebne. For eksempel skyldes halvparten av dødsfall blant spedbarn og mødre komplikasjoner under fødsel. I følge Sines et al. (2007) kan dødsfallsraten for kvinner og spedbarn reduseres betydelig ved hjelp av inngrep forbundet med lave kostnader. Etersom spedbarnshelse er direkte knyttet til mødrenes helse, vil tiltak som kan senke mødre dødelighetsraten også bidra til redusert spedbarnsdødelighet. Ved å styrke mødrenes helse gjennom hele svangerskapet, i tiden før fødsel, under selve fødselen og i etterkant av fødsel, kan man forbedre mødre dødelighetsraten og spedbarnsdødelighetsraten (NBS og Macro International Inc., 2007:112).

1.3.4 Hvordan forbedre mødre- og spedbarnsdødelighetsraten?

I følge Stoltenberg kan man unngå dødsfall i mange tilfeller dersom kvinnene hadde fått tilsyn av kvalifisert helsepersonell (jordmor, sykepleier eller lege) som kunne gitt dem riktig diagnose og behandling. I tillegg er det essensielt at utstyr og medisiner er tilgjengelig, at det er mulighet for transport til sykehus for akutte tilfeller og at det er tilrettelagt for at mor og spedbarn får nødvendig behandling (Stoltenberg i Lancet, Mæstad 2007:2). Imidlertid er det svært vanlig at mødrene ikke føder på sykehus/helsefasiliteter eller under tilsyn av kvalifisert helsepersonell. 47 % av kvinnene føder på offentlige eller private helsefasiliteter, mens over halvparten av kvinnene føder hjemme. Av de 47 % kvinner som velger å føde på sykehus/helsefasiliteter føder 19 % av kvinnene med assistanse av jordmor, 25 % med hjelp fra slektninger og 3 % av kvinnene går gjennom fødselen på egen hånd (NSB og Macro International Inc., 2007: 112). Det vil med andre ord si at selv om kvinnene oppsøker et sykehus eller andre helsefasiliteter, er det langt fra ensbetydende at kvinnene har tilsyn av kvalifisert helsepersonell under fødselen.

Mangel på kvalifisert helsepersonell er stor, og tilgjengelig helsepersonale er distribuert over store områder. Det er derfor i mange tilfeller svært vanskelig for gravide kvinner å komme seg til helsefasiliteter. Dette kan forklare de store forskjellene som finnes mellom antall kvinner som føder hjemme og kvinner som føder på helsefasiliteter mellom urbane og rurale strøk (NSB og Macro International Inc., 2007: 112). I mange tilfeller er det også mangel på essensielt utstyr og medisiner på helsefasilitetene, noe som gjør at kvinnene ikke får den hjelpen de trenger selv om de føder på klinikken. Ettersom transport ofte ikke er tilgjengelig og/eller er forbundet med svært store kostnader, er det for mange kvinner ikke mulig å benytte seg av helsetilbud som kan redusere faren for mor og barn ved fødsel. Det er store utfordringer knyttet til tiltak for å redusere mødre- og spedbarnsdødelighet. Resultatbasert lønn er en mulig løsning på utfordringene man står overfor. Men, hvorfor velger mange kvinner å ikke søke medisinsk hjelp i forbindelse med fødsel? Er det et fattigdomsproblem eller er det helsevesenet som er problemet? Dette kan også deles inn i to kategorier, nemlig tilbud og på etterspørselssiden.

Etterspørselssiden: Fattigdomsproblem

Selv om det i utgangspunktet er gratis å få hjelp hos helsefasilitetene i forbindelse med fødsel, oppgir 62 % av kvinnene at økonomi er en stor barriere for å benytte seg av helsetilbudet. Årsaken til dette er at det ofte er store kostnader forbundet med lange distanser mellom

hjemsted og helsefasilitet og dessuten mangel på transportmidler (Mæstad 2007). I tillegg er det også ofte mindre villighet til å bruke ressurser på kvinner i Tanzania, og i en familie med begrensede ressurser blir ofte kvinnene nedprioritert (Eicher 2006, s 5).

Tilbudssiden: Helsesektoren

Selv om kvinnene har tilgang til helsetilbud, er det mange som ikke bruker denne muligheten. Lav kvalitet på helsetjenesten, både oppfattet kvalitet og reell kvalitet, er en av hovedårsakene til dette. I mange tilfeller er det lav kvalitet på tjenestene grunnet mangel på teknisk utstyr. 52 % av helsesentrene og 70 % av helsestasjonene mangler essensielt utstyr og medisiner dersom man har en situasjon hvor dette er nødvendig. Mange steder mangler dessuten kvalifisert personell som kan utføre relativ enkle livreddende operasjoner (Mæstad 2007). Også på sykehusene mangler en tredjedel dette utstyret. Det er med andre ord ikke sikkert at kvinnene får den hjelp de trenger, selv om de kommer seg til helsestasjon, helsesenter eller sykehus. I tillegg er det dessverre alt for ofte at kvinnene blir møtt av et lite imøtekommende personale, noe som gjør at kvinnene kvier seg til å benytte seg av tjenesten. At helsetjenestene oppfattes som en tjeneste med lav kvalitet gjør at mange kvinner ikke benytter seg av eksisterende muligheter, og heller velger å føde hjemme. (Ibid).

1.4 Oppsummering av bakgrunnskapittel

Flere initiativ har som mål å redusere mødre- og spedbarnsdødelighetsraten i fattige land, og blant disse finner man også the Norwegian Tanzanian Partnership Initiative (NTPI) (Mæstad 2007), også kalt *The Pay for Performance Initiative* (P4P). Jeg vil heretter referere til tiltaket som P4P. Nylig lanserte statsminister Jens Stoltenberg (Norge) og president Jakaya M. Kikwete (Tanzania) en kampanje for å redusere barne- og mødredødeligheten i Tanzania kalt *”Deliver Now for Women and children in Tanzania”*. Målsettingen med kampanjen er å bevisstgjøre folk og å få lokale politikere til å prioritere barnehelse og omsorg relatert til graviditet (Statsministerens kontor, 22.04.08).

I dag er det altså stor fokus på mødre- og spedbarnshelse i Tanzania. Jeg skal se på P4P-initiativet som skal motivere helsearbeidere ved å gi pengekompensasjon for å øke omfanget og frekvensen av tiltak som kan bidra til redusert mødre- og spedbarnsdødelighet. Dette er et initiativ som øker motivasjonen ved hjelp av ytre motivasjons faktorer.

Kapittel 2 Teoretisk rammeverk

Høyt fravær og lav produktivitet på arbeidsplassen i Tanzania (Kurowski et al., 2004) er indikasjoner på lav motivasjon blant helsearbeidere i Tanzania. I dette kapitlet skal jeg se nærmere på hva økonomisk teori sier om hvordan man kan øke motivasjonen til helsearbeidere². Teorikapitlet vil danne grunnlag for min analyse av økonomisk kompensasjon av helsearbeidere i kapittel tre.

Kort om motivasjon

Klassisk økonomisk teori tar utgangspunkt i at individer yter innsats i hovedsak fordi de mottar belønning for innsatsen, eller for å unngå straff. Man tar gjerne utgangspunkt i det såkalte økonomiske mennesket, et begrep som brukes innen klassisk økonomi, der man forutsetter at individene er rasjonelle aktører som søker å maksimere sin nyttefunksjon. (Harrison, 1999). For å motivere det økonomiske mennesket til innsats, for eksempel ved samlebåndet, har man utviklet normativ prinsippal - agent teori. Arbeideren ved samlebåndet (agenten), arbeider for eieren av fabrikken (prinsippalen) fordi han blir kompensert for innsatsen han yter. Dersom betaling ikke er knyttet til innsats, antas det at arbeideren vil senke innsatsen. I all hovedsak, konsentrerer denne litteraturen seg om penger som belønning. I økonomisk teori kaller vi denne typen motivasjon for **ytre motivasjon**; - dvs. at mennesket utøver en handling i forventning om å bli belønnet for handlingen, eller for å unngå straff. (Preker et al., 2007).

Men, er det virkelig slik at individene kun arbeider for å få penger? Frey Bruno (1997) mener at individer av og til arbeider uten noen form for ytre kompensasjon, fordi de finner glede av arbeidet i seg selv. Eksempelvis kan det tenkes at en lege på en misjonsbasert klinikk i Tanzania arbeide hardt selv med minimal kompensasjon, fordi legen finner glede i å hjelpe andre mennesker. Menneskene har indre motivasjoner som gjør at de yter innsats uavhengig av økonomisk kompensasjon. Med **indre motivasjon** menes motivasjon i kraft av individenes egen vilje, eller også motivasjon fra menneskets indre ønske (Deci 1975). Indre motivasjon handler altså om å ønske å utføre en handling tilsynelatende uten ytre kompensasjon.

² Merk, det er også interessant å studere hva som forklarer motivasjon i helsesektoren, men ettersom jeg først og fremst skal analysere effekten av økonomisk kompensasjon, vil fokus først og fremst være på teorier som sier noe om hvordan man motiverer arbeidere framfor en generell forklaring av motivasjon.

I første del av dette kapitlet vil jeg anta at helsearbeidere hovedsakelig er motivert av ytre insentiver nemlig -belønning eller straff, og benytte prinsipal - agent teori for å illustrere hvorfor det kan være vanskelig å benytte økonomiske insentiver for å påvirke atferd i helsesektoren. Arbeid og effekten av arbeid innen helse er vanskelig å måle og overvåke. Svært ofte har man en situasjon med asymmetrisk informasjon. Det kan derfor være vanskelig å belønne leger etter resultatene av arbeidet de utfører.

I andre del av dette kapitlet vil jeg inkludere andres velferd i nyttefunksjonen til helsearbeideren, og illustrere hva som kan skje med indre motivasjon dersom prinsipalen benytter ytre kompensasjon og belønning. Jeg vil benytte teorien ”Motivational Crowding Out” for å argumentere for at selv i situasjoner hvor man kan belønne leger etter kvalitet/resultat av arbeidet de utfører, vil ikke økonomiske insentiver nødvendigvis øke ytelsen i helsesektoren. Insentivbasert kompensasjon kan tvert i mot senke ytelsen i noen tilfeller (Frey 1997).

2.1 Prinsipal - agent teori: Hvordan motivere den ansatte?

Prinsipal - agent teori beskriver forholdet mellom to rasjonelle parter, en prinsipal og en agent. I følge Douma og Schreuder (2002), Pindyck og Rubinfeld (2005) og Preker et al. (2007) er prinsipalen den som delegerer ivaretagelsen av sine interesser til agenten. Agenten er ansatt av prinsipalen og agerer og tar beslutninger på vegne av prinsipalen. Teorien forutsetter at prinsipal og agent har divergerende nyttefunksjon, noe som betyr at partene i utgangspunktet har motstridende interesser. Prinsipalen ønsker å betale så lite som mulig for at agenten skal utføre jobben som han er satt til å gjøre, mens agenten ønsker å yte minst mulig til høyest mulig kompensasjon.

Forholdet mellom de to partene kan reguleres av en kontrakt som ivaretar begge interesser, slik at samarbeidet kan fungere optimalt. Et eksempel på et prinsipal-agent forhold er en pasient (principal) og hans lege (agent), som tar beslutninger vedrørende en pasients helse, eller staten (prinsipal) og helsepersonale (agent).

2.1.1 Hvordan utforme kontrakter når man har perfekt informasjon

Ved perfekt informasjon er prinsipalen kun villig til å betale agenten den laveste lønnen agenten er villig til å arbeide for, nemlig agentens reservasjonslønn. Kontrakten mellom

prinsipal og agent reflekterer derfor dette ved å maksimerer nytteverdien til begge parter. Med perfekt informasjon menes at prinsipalen til enhver tid har full kjennskap til agentens handlinger og at han også vet hvilke handlinger som vil gi best resultat (Pindyck og Rubinfeld, 2005). Men i de fleste tilfeller har man ikke perfekt informasjon, men kun tilgang til begrenset imperfekt informasjon.

2.1.2 Hvordan utforme kontrakter når man har imperfekt informasjon

Ettersom prinsipalen i de fleste tilfeller ikke har perfekt informasjon, kan det oppstå agentproblemer. Et agentproblem er definert som agentens mulighet for opportunistisk adferd (moral hazard) som ikke nødvendigvis er i prinsipalens interesse (Douma og Schreuder, 2002). Disse agentproblemene gir utslag på ulikt vis, og for å løse problemet som oppstår må man se på ulike løsninger. Jeg skal under beskrive ulike agentproblemer som følger av imperfekt informasjon.

Liu og Mills i Preker et al. (2007) har delt agent problemene inn i fire kategorier: asymmetrisk informasjon, usikkert utfall, avhengig utfall og aggregert utfall. Liu og Mills (2007) sier blant annet at asymmetrisk informasjon og usikkert utfall er det som kjennetegner helsesektoren best. Jeg mener imidlertid at det er rom for å tro at også andre problemer kan være vel så viktig i helsesektoren.

Jeg skal videre forklare hvordan jeg tolker de ulike kategoriene Liu og Mills (2007) har beskrevet, og hvilke utfordringer som kan oppstå ved de ulike tilfellene av imperfekt informasjon. Videre vil jeg gi eksempler og mulige løsninger for helsesektoren. Hvordan man velger å avlønne agenten er nemlig avhengig av hvilken type agent problem man står overfor.

2.1.2.1 Asymmetrisk informasjon

Ved asymmetrisk informasjon har agenten mer informasjon enn prinsipalen. I følge Arrow (1986) kan asymmetrisk informasjon komme som følge av en skjult handling og/eller skjult kunnskap. Når man er i en situasjon med skjult handling kan ikke prinsipalen observere agentens handlinger, og kan kun dømme agentens handlinger ut fra sluttresultatet. Når det er snakk om skjult kunnskap har agenten mer kunnskap enn prinsipalen om hvilken handling som vil gi best resultat og også best kjennskap til sin egen kompetanse. I slike tilfeller er det vanskelig for prinsipalen å bedømme agentens handlinger selv om de er observerbare,

ettersom det er agenten som er ekspert på området. Det vil i dette tilfelle derfor lønne seg å ha et resultatbasert belønningssystem som kompenserer arbeidstager for sluttresultatet fremfor belønning for innsats (Lazear 1998: 97-126).

Agentproblemer i helsesektoren grunnet asymmetrisk informasjon

Helsesektoren er preget av asymmetrisk informasjon ettersom det kreves stor kunnskap å gi en riktig diagnose og en riktig behandling. Legen (agenten) er eksperten, og pasienten (prinsipalen) er lekmann³. Selv om pasienten kan observere legens handlinger, vil han/hun sannsynligvis ikke være kompetent til å avgjøre om behandlingen legen anbefaler er den rette. (Liu og Mills i Preker et al., 2007: 155-159). Pasienten kan som regel heller ikke måle legens kompetanse ved å studere sluttresultatet (om pasienten blir frisk eller ei) ettersom helse av natur er forbundet med usikkerhet. Ettersom man ikke kan måle sluttresultatet, må man bruke delmål for å vurdere legens handlinger og kunnskap ved hjelp av indikatorer. Dette skal jeg se nærmere på under punktet om usikkert utfall. Dersom man velger denne tilnærmingen, kan man indirekte måle sluttresultatet, noe som gjør det mulig å bruke resultatbasert belønningssystemer.

Mulige løsninger på agentproblemer ved asymmetrisk informasjon

En løsning på måleproblemet kan være å gå til en annen lege og se om man da vil få samme behandling. En annen løsning er sertifisering av legepersonalet, at de har et sertifikat som viser at de innehar riktig kompetanse. Dette kan imidlertid være vanskelig i Tanzania der tilgang på kvalifisert personale allerede er dårlig. Selv om pasienten i mange tilfeller ikke har kompetanse til å vurdere om legen gir riktig behandling kan pasienten allikevel vurdere hvordan han/hun oppfatter kvaliteten på helsetjenesten ved å se på andre faktorer. Da er det sannsynlig at service innstilling, vennlighet og måten legen kommuniserer på er avgjørende for hvordan pasienten oppfatter kvaliteten på helsetjenesten. Andre faktorer kan være kvaliteten på helsefasilitetene og tilgang til medisinsk utstyr og medisiner.

³ Det eksisterer også asymmetrisk informasjon mellom ledelsen av et helseforetak (prinsipal) og legen (agenten), ettersom legen som regel har mer informasjon om pasientforholdet enn ledelsen. Merk - det eksisterer atskillige prinsipal - agent forhold i helsesektoren.

2.1.2.2 Usikkert utfall

I tilfeller der man har asymmetrisk informasjon er evalueringer av et resultat den eneste måten prinsipalen kan vurdere agentens innsats. Imidlertid er det mange situasjoner hvor det endelige resultatet er avhengig av flere faktorer enn agentens innsats. Dette kan være faktorer som er utenfor agentens kontroll, men som påvirker resultatet uavhengig av agentens innsats, og bidrar til et usikkert utfall (Stiglitz, 1989). Dersom utfallet er usikkert kan en løsning være å bruke en eller annen form for indikator. En indikator er en en – dimensjonal variabel som kan indikere verdien av en fler – dimensjonal variabel (Sander, 2004). En indikator har tre hovedfunksjoner: forenkle, kvantifisere og kommunisere. Indikator brukes ofte for å kvantifisere forhold som er kompliserte eller svært kostbare å måle direkte. Ved å forenkle kompliserte forhold kan en indikator gi et signal om en tilstand eller en endring i en tilstand. Imidlertid forutsetter dette at den valgte indikatoren indikerer verdien av den fler – dimensjonale variabelen på en god måte for at målingen skal være valid (Ibid). Resultatbasert belønningssystem vil i dette tilfelle kunne være en god belønningsmåte i tilfeller der agenten er risikofri, mens det ikke nødvendigvis er den beste løsningen om agenten er risikoavers.

Agentproblemer i helsesektoren grunnet usikkert utfall

Helse er av natur preget av usikkerhet og det er forbundet stor grad av usikkerhet med tanke på bruk av helsetjenester. Når man benytter seg av helsetjenester er det ferdige resultatet (forhåpentligvis) en forbedring i helse, noe som ikke kan måles direkte i kroner og ører. Å måle effekten av helsetjenester og forbedring av helsen er vanskelig ettersom det er forbundet stor usikkerhet med effekten en helsetjeneste har for pasienten, og også fordi det er vanskelig å vite hva som skyldes medisinsk behandling eller hva som skyldes tilfældigheter (Liu og Mills i Preker et al, 2007: 171-173, Arrow, 1963). Menneskekroppen er til en viss grad selvhelbredende, noe som betyr at dersom man blir frisk så er det ikke sikkert at dette er et resultat av den medisinske behandlingen. Helsen til pasienten vil avhenge av mye mer enn arbeidet til legen, og selv om det er mulig å si noe om gjennomsnittlige effekter av legekonsultasjoner, er det vanskelig å avgjøre effekten av legens arbeid på pasientens helse ved individuelle konsultasjoner. Når man skal belønne legen må man derfor benytte indikatorer på helseforebyggende/ helbredende tiltak istedenfor helse i seg selv. Et eksempel på en enkel indikator på helseforebyggende/helbredende tiltak er antall pasientkonsultasjoner, eller antall vaksinasjoner.

Problemet med denne typen belønning oppstår dersom legen også utfører arbeid som er viktig for pasientens helse, men som man ikke kan måle. Dersom man kun belønner legen for den delen av arbeidet som man kan måle, risikerer man at legen gjør for mye av arbeidet som han/hun belønnes for og for lite av arbeid som ikke kan måles.

Et eksempel er vaksinasjon mot tuberkulose. Helseopplysningsarbeid som å advare mot dårlig hygiene kan være viktig for å forebygge smitte, men dersom legen kun belønnes for å vaksinere, gir dette legen et insentiv til å slutte med helseopplysning (som tar tid), for å kunne vaksinere flere pasienter⁴. Ved resultatbasert belønning kan man derfor få en situasjon der legen velger å fokusere på oppgaver som gir utslag i belønningssystemet, og ignorerer andre oppgaver. Slike tiltak kan gi perverse insentiver som fører til ”multitasking” og ”cherry picking” (Oxman og Fretheim, 2008). Multitasking betyr nettopp at legen fokuserer på oppgaver som kan måles, mens cherry-picking betyr at legen velger pasientgrupper som han/hun blir belønnet for å behandle.

Mulige løsninger på agentproblemer ved usikkert utfall

Når man velger indikatorer på helseforebyggende/helbredende tiltak på grunn av ”usikkert utfall”, dvs fordi man ikke kan måle effekten av konsultasjonen på pasientens helse, må man i alle fall forsikre seg om at indikatoren man velger har en verdi i seg selv, og som man tror har avgjørende betydning for pasientens helse. Vaksinasjoner er et slikt eksempel. Dette løser imidlertid ikke problemer med multitasking, eller cherrypicking.

En mulig løsning på multitasking er imidlertid å overvåke arbeidet til legen, for eksempel ved at en veileder er til stede ved konsultasjoner, eller at man intervjuer pasientene etter endt konsultasjon. Denne typen overvåking kan imidlertid være svært kostbar, og man kan også få en Hawthorn - effekt, at legen midlertidig oppfører seg annerledes fordi han vet han blir observert (Pindyck og Rubinfeld, 2005). En mulig løsning på cherry-picking er å styrke pasientrettigheter, slik at såkalte ”brysomme” pasienter får anledning til å klage dersom pasientene ikke kommer til hos legen.

⁴ Vaksine mot tuberkulose forhindrer ikke pasienten fra å utvikle tuberkulose, men kan minske alvorligheten ved smitte.

2.1.2.3 Avhengig utfall

I noen tilfeller reflekterer enkeltindividers resultat innsats fra andre enn individet selv. Dersom det endelige resultatet er en funksjon av flere individers samlede innsats, er det viktig at også belønningssystemet er utformet på en slik måte at dette tas med i betraktning.

Agentproblemer i helsesektoren grunnet avhengig utfall

Jeg velger her å definere avhengig utfall i bred forstand, og at avhengig utfall omfatter helsepersonale, men også teknisk utstyr som medisinsk utstyr og medisiner. Dersom man for eksempel ønsker å øke vaksinasjonsraten av barn på en helseklinikk vil en slik økning sannsynligvis avhenge av forholdene på klinikken fungerer i flere ledd. I tillegg er man avhengig av at teknisk utstyr og medisiner er på plass i hele produksjonsrekken, slik at pasienten kan få den behandlingen som trengs. At pasienten får riktig behandling og blir friskmeldt er altså avhengig av innsats fra flere.

Mulige løsninger på agentproblemer med avhengig utfall

Dersom man velger å belønne en sykepleier for antall vaksinasjoner, og antall vaksinasjoner i realiteten avhenger av både arbeidet til sykepleieren og en assistent som kan hende forbereder utstyret, er det usikkert om det er tilstrekkelig å kun belønne sykepleieren. I slike tilfeller kan man belønne alle i produksjonsrekken, dvs både sykepleieren og legen. Om utfallet er avhengig av innsats fra flere, kan en løsning på dette være ”rank – order - tournament” modellen der man belønner individuelt ut fra relative resultater istedenfor absolutte resultater. (Den beste får høyest belønning, den nest beste får nest høyest belønning etc.) (Lazear, 1998). Men dersom man mangler informasjon om enkelt individers innsats, vil en slik løsning ikke være effektiv (Holmstrøm, 1982 i Preker et al., 2007). Da vil det sannsynligvis et belønningssystem basert på innsats være en bedre løsning. Et annet alternativ er individuell resultatbasert belønning basert på teamets samlede innsats, men man må i så fall være obs på free – rider problematikken (Lazear, 1998). Free – rider problematikken skal jeg se nærmere på når jeg diskuterer aggregert utfall.

2.1.2.4 Aggregert utfall

I tilfeller der utfallet reflekterer individenes samlede innsats, og der det ikke er mulig å observere individuell innsats, kan man ikke kompensere agenten for dette. I følge Alchian og Demetz (1972) i Preker et al., (2007) kan en løsning være å observere de ansattes samlede

innsats, og gi de ansatte likt fordelt kompensasjon basert på de aggregerte resultater. Imidlertid kan dette i følge Holmstrøm (1982) i Preker et al. (2007) være en uheldig løsning fordi det kan bidra til redusert total utfall grunnet free-rider problematikk. Løsningen på et slikt agentproblem kan være å observere agentens handlinger, og gi kompensasjon basert på estimert innsats og deres individuelle bidrag til utfallet. En annen løsning kan være å innføre gruppeinsentiver for å forbedre effektiviteten av kompensasjonen. Disse insentivene kan være straff eller bonusordninger. Et insentivsystem som baserer seg på observert informasjon for innsats og en lik fordeling av resultatbasert kompensasjon for utfall, kan være et alternativ for å løse en slik agentsituasjon.

Agentproblemer i helsesektoren grunnet aggregert utfall

Ettersom man har aggregert utfall og et kollektiv basert belønningssystem mener Holmstrøm (1982 i Preker et al. 2007) at vi står overfor et free-rider problem når man står overfor et belønningssystem som er utformet slik P4P initiativer er utformet. I følge Lazear (1998: 303-344) vil free – rider problematikk føre til at det samlede resultatet vil være lavere enn om man hadde gitt individuell belønning. Enkelt individer i helsesektoren kan bli fristet til ikke å yte innsats ettersom han uansett må dele eventuell belønning med sine kollegaer, noe som betyr at belønningen som han/hun får vil være fordelt på flere.

Mulige løsninger på agentproblemer med aggregert utfall

Man kan begrense skaden som free – rider problematikken medfører ved å la gruppen observere hverandres innsats, og på denne måten gjøre det sosial uakseptert å ikke yte innsats (Ibid). I tillegg er belønningens størrelse av betydning for om helsepersonalet er motivert eller ikke. En tilstrekkelig stor individuell belønning kan få individet til å yte en utvidet innsats selv om man må dele den samlede belønningen med kollegaer, og kan derfor bidra til å minimere dette problemet.

2.1.3 Generelle løsninger på agentproblemer relatert til imperfekt informasjon

For å redusere agentproblemer forbundet med imperfekt informasjon, er det noen tiltak som kan bidra til en løsning. Dette er å observere agentens handlinger og/ eller resultater på initiativ av prinsipalen eller på initiativ fra agenten selv.

2.1.3.1 Observasjon av agentens handlinger og/eller resultater på initiativ av prinsipalen

Prinsipalen kan observere agenten for å sikre seg at agenten handler i prinsipalens interesse. Overvåking kan gjøres ved å se på agentens handlinger og/eller resultatet av agentens innsats. Imidlertid er dette et nyttig virkemiddel kun i tilfeller der prinsipalen selv har kunnskap om hvordan agenten bør handle for å handle i prinsipalens egeninteresse. Prinsipalen kan gjøre observasjonene selv, eller han kan ansette en agent (observatør) som skal observere agenten (fex helsepersonalet). Det er da viktig at observatøren er objektiv og at han ikke har egeninteresse eller kan utnytte situasjonen til sin egen fordel. Observasjonene kan danne grunnlag for kompensasjon eller negative virkemidler. Imidlertid kan observasjon være både tidkrevende og kostnadskrevende, spesielt i tilfeller der agentens arbeid er komplekst og ustrukturert. Man har med andre ord en byttehandel mellom prinsipalens økte verdi på grunn av bedre resultater og den økte agentkostnaden prinsipalen må betale for å observere agenten (Liu og Mills i Preker et al., 2007).

Ettersom helse er et aggregert utfall som reflekterer helsepersonellens samlede innsats, og etttersom utfallet er forbundet med usikkerhet og i mange tilfeller med asymmetrisk informasjon kan observasjon gjøres ved å se på indikatorer som man tror påvirker det endelige målet, en forbedring i mødre- og spedbarnsdødeligheten. Dersom helsepersonalet må innrapportere sine forbedringer på disse indikatorene til en ekstern part, en part som ikke blir belønnet ut i fra resultatene helsepersonalet innrapporterer, kan denne fungere som en objektiv agent for prinsipalen som i dette tilfellet er det Tanzanianske folket, den Tanzanianske regjeringen og aktører som bidrar med midler til helsetiltaket. Merk, innsamling av informasjon av noen indikatoerer løser ikke observasjonsproblemer knyttet til cherry-picking og multitasking dersom ikke indikatorene ikke gir informasjon om alle områder ved legens arbeid som er viktig.

2.1.3.2 Observasjon av agentens handlinger og/eller resultater på initiativ av agenten

Agenten forplikter seg til å bli observert ved at agentens handling og resultater er knyttet til agentens kompensasjon for innsatsen han/hun yter. Dette innebærer at agenten tar deler av risikoen for å forsikre prinsipalen om sine gode intensjoner om å gjøre en god jobb. Dette kan bidra til å styrke tilliten mellom kontraktspartene (agenten og prinsipalen). Eksempel på dette er om man får halvparten av kompensasjonen ved inngåelse av en kontrakt, og det resterende beløpet når jobben er gjort og prinsipalen er fornøyd med resultatet (Liu og Mills i Preker et al., 2007)

I helsesektoren kan dette løses ved at helsepersonalet (agenten) de som ønsker en forbedring på kvaliteten på helsesektoren (det Tanzanianske folket, den Tanzanianske regjeringen og aktører som bidrar med midler til helsetiltaket) (prinsipalen) inngår avtaler der agentens belønning reflekterer i hvilken grad helsepersonalet har klar å nå målene som er satt. Dette kan for eksempel gjøres ved resultatbasert belønning slik som jeg skal analysere i neste kapittel.

Imidlertid er det viktig at resultatet som man ønsker skal oppnås er kontrollerbart (at det er mulig å påvise en effekt av økt innsats og ikke etter skjønn), at det er enkelt å forstå hvordan insentivsystemet fungerer (at deltagerne vet hva som kreves for å oppnå belønning), at det som måles er objektivt (at det ikke oppstår konflikter relatert til smisking og subjektiv belønning på andre områder enn det som skal måles) og forutsigbart (at man får ikke Ratchet - effekt ved at agenten manipulerer resultatmålene om fremtidige mål bygger på tidligere oppnådde resultater) (Lazear, 1998).

2.2 Motivational - crowding out

Prinsipal og agent har konvergerende nyttefunksjoner:

Standard agentteori antar at prinsipal og agent har divergerende nyttefunksjon, det vil si at partene har motstridende interesser. Men i helsesektoren er det nødvendigvis ikke slik. Det kan for eksempel tenkes at legen bryr seg om pasienten, og finner glede i å helbrede pasienten - pasienten og legen kan altså ha sammenfallende interesser. (Liu og Mills i Preker et al. 2007: 179-208). Lege og pasient har felles interesser med å få et positivt resultat etter at en pasient har vært på legebesøk. Nyttefunksjonene kan med andre ord være konvergerende, sammenfallende.

Ved konvergerende nyttefunksjoner vil legen (agenten) dra nytte av et legebesøk som har gitt pasienten (prinsipalen) et positivt utfall, uavhengig av hva pasientens mål for legebesøket var. Vi sier at legen har en indre motivasjon til å hjelpe pasienten. Legens nyttefunksjon kan imidlertid også inneholde andre faktorer enn pasientens nytte, men et positivt resultat etter et legebesøk for pasienten gir positiv uttelling på de faktorene som påvirker legens nyttefunksjon. Andre faktorer som gir legen nytte kan være økonomiske interesser (bytteforholdet mellom tid som går til arbeid og tid som går til fritid), sosiale interesser (status som respekt fra kollegaer og pasienter, oppmerksomhet, selvrealisering og medisinske

interesser (mulighet til å tilegne seg ny kunnskap gjennom praksis (Ibid). Dette betyr at helsepersonale kan ha motivasjonsfaktorer som ikke bare dreier seg om lønn, men at det også er rimelig å anta at de også har indre motivasjon som gjør at de er villige til å yte innsats uavhengig av økonomisk kompensasjon, at det er rimelig å anta at helsepersonalet bryr seg om pasientene sine, og at de ønsker å gjøre en god jobb for pasientene uten tanke på egen økonomisk vinning.

Dersom et individ i utgangspunktet har en sterk indre motivasjon er det ikke sikkert at ytelsen til dette individet vil øke ved å innføre pengeinsentiver. "Motivational crowding out" kan bidra til at det er vanskelig å benytte økonomisk kompensasjon, og kan (men må ikke) medføre at økonomiske insentiver har negativ effekt på indre motivasjon (Frey 1997).

Stor grad av indre motivasjon kan bidra til å redusere prinsippal - agent problemer som er beskrevet i del en, nettopp fordi den indre motivasjonen bidrar til at både agent og prinsippal har samme målsetting. Dette er noe som man kanskje ikke vil klare å oppnå i like stor grad dersom man kun fokuserer ensidig på økonomisk kompensasjon og andre løsninger der belønning og straff gir seg utslag i kroner og ører.

Bruno S. Freys teori bygger på fem antagelser:

- 1) *Indre motivasjon er av stor betydning for alle økonomiske aktiviteter, og det er ikke trolig at mennesker kun blir motivert ene og alene fra ytre intensiver.*
- 2) *Bruk av økonomisk kompensasjon kan redusere indre motivasjoner under identifiserbare og relevante forhold ("Crowding out effect").*
- 3) *Ytre intervensjoner som ordrer eller reguleringer kan fjerne eller redusere indre motivasjon.*
- 4) *Ytre intervensjoner kan øke indre motivasjon i enkelte tilfeller ("Crowding in effect").*
- 5) *Endringer i indre motivasjoner kan overføres til områder som ikke er direkte knyttet til økonomiske insentiver eller reguleringer ("Spill over effect").*

Videre så forstår jeg fra Frey at man kan redusere den indre motivasjonen til å yte en innsats dersom man tilbyr eller øker kompensasjon for innsats som tidligere ikke ble belønnet, eller som har hatt lavere kompensasjon. Fenomenet "crowding-out" kan i mange tilfeller medføre at individer reduserer sin innsats fordi de føler seg mindre forpliktet til arbeidet (Frey 1997). Dette betyr at dersom man ikke vet hva som er den ansattes underliggende motivasjon til

innsats, så kan pengekompensasjon få utilsiktede virkninger. Incentivordningen som baserer seg på pengekompensasjon kan med andre ord gi negativ effekt, dersom agenten sin motivasjon ikke er økonomisk kompensasjon, men indre motivasjon (Ibid). Dette betyr at et system der man kompenserer eller setter i gang ulike tiltak for å få de ønsket adferd kan ha skjulte kostnader.

Økonomisk kompensasjon kan også ha nøytrale eller til og med positive effekter på innsats og resultat. Dette fenomenet kalles **crowding-in** effekt (Frey 1997). Kompensasjon kan bidra til at individer føler større motivasjon og forpliktelse til ytelse, dersom kompensasjon blir sett på som et tegn på at innsatsen blir verdsatt.

Det siste området som Freys teoretiske rammeverk setter fokus på er **spill-over** effekt. Et eksempel på spill-over effekt er når en intervensjon får konsekvenser for atferd som ikke var ment å bli påvirket av intervensjonen. Disse konsekvensene kan være positive eller negative.

Det teoretiske rammeverket til Frey er ikke motstridende til klassisk økonomisk teori og er heller ikke negativ til bruk av prising på et åpent marked som beslutningsmekanisme. Men, han mener at det er viktig at man ikke utelukkende fokuserer på pengekompensasjon som incentiv, slik man gjerne gjør ved bruk av prinspal-agent teori, ettersom individenes bakenforliggende motivasjon vil være utslagsgivende for hvordan dette påvirker innsatsen individene er villig til å yte (Ibid).

2.3 Oppsummering av teorikapittel

Ved asymmetrisk informasjon, usikkert utfall, aggregert utfall og avhengig utfall sier prinspal-agent teori at vi kan få såkalte agentproblemer. Jeg har i dette kapitlet sett på ulike fallgruver, og også ulike løsninger på problemer som oppstår. Mulige løsninger er å ha ulike former for økonomisk kompensasjon som belønner resultater framfor innsats for å redusere faren for uønsket adferd hos agenten. Men heller ikke dette er uproblemematisk fordi nye agenproblemer som cherry-picking og multitasking kan oppstå. Avslutningsvis har jeg også sett at kompensasjon kan fordrive indre motivasjon og på grunnlag av dette senke den samlede motivasjonen til agenten. Dette er kanskje spesielt skadelig i helsesektoren der mye av arbeidet ikke kan måles eller observeres, og sluttresultatet er avhengig av helsepersonalets innsats.

Kapittel 3 Analyse

Jeg skal i dette kapitlet se om resultatbasert økonomisk – kompensasjon på individnivå kan bidra til en reduksjon av mødre- og spedbarnsdødeligheten i Tanzania. Dette vil jeg gjøre ved å diskutere P4P initiativet Norge støtter gjennom NORAD i lys av prinsipal - agent teori og nyere økonomisk teori om motivasjon - slik den ble introdusert av Bruno Frey (1997).

Jeg har valgt å strukturere kapitlet i tre hoveddeler. Den første delen gir en beskrivelse av P4P initiativet. Her vil jeg redegjøre for prosjektets innhold, men også diskutere det teoretisk. I del to vil jeg se nærmere på de tiltakene som initiativet har valgt å bruke for å måle en effekt på mødre- og spedbarnsdødeligheten. Videre vil jeg også se nærmere på mulige agentproblemer som kan oppstå i forbindelse med innføring av resultatbasert belønningssystem på individnivå. Jeg vil også se hvilke utfall som kan forekomme ved bruk av resultatbasert belønningssystem i helsesektoren i følge ”motivational crowding out” teori. Er egentlig resultatbaserte belønningssystemer den rette veien å gå for å forbedre mødre- og spedbarnsdødeligheten i Tanzania? I tredje og siste del vil jeg oppsummere funnene i analysedelen.

3.1 P4P – Pay for Performance

Norge har gjennom NORAD forpliktet seg til å være en betydelig bidragsyter til initiativ som baserer seg på resultatbasert kompensasjon. Det konkrete initiativet som jeg videre vil omtale som P4P (Pay for Performance) har som mål å redusere mødre- og spedbarnsdødelighet ved hjelp av resultatbaserte belønningssystemer som skal bidra til økt motivasjon for helsearbeidere og deres overordnede. Initiativet ble lansert våren 2008 og skal igangsettes allerede 1. juli 2008.

Forslaget som jeg skal analysere er basert på utkastet til en rapport om hvordan P4P skal utarbeides, implementeres og finansieres. Utkastet er utarbeidet av en gruppe eksperter innen områder som helseøkonomi, helseforskning og utvikling, ulike hjelpeorganisasjoner og utviklingsfond samt leger på både distriktsnivå og regionalnivå (Smithson et al., 2008).

3.1.1 P4P initiativets målsetting

Målsettingen med P4P initiativet er å redusere mødre- og barnedødelighetsraten slik at færre mødre og barn dør i forbindelse med svangerskap og fødsel, og at flere barn overlever utfordringer og sykdommer som barna er utsatt for de første kritiske leveukene. Dette skal man oppnå ved å gi helsearbeidere insentiver til å yte mer innsats på områder som kan bidra til å redusere mødre- og spedbarnsdødelighet (Smithson et al., 2008).

3.1.2 P4P bonussystemets utforming

Det er svært mange faktorer som påvirker mødre- og spedbarnsdødeligheten og det er uklart hva man bør gjøre for å unngå dødsfallene. Men det er stor sannsynlighet for at økt innsats fra helsepersonell på områder relatert til mødre- og spedbarnshelse kan være utslagsgivende i positiv retning for mødre- og spedbarnsdødeligheten. Ettersom helse kan være vanskelig å måle, har man valgt å fokusere på ulike tiltak som kan gi forbedring på dette området. Forbedringer blir målt ved hjelp av indikatorer som er relevant for mødre- og spedbarnshelse. Utbetaling av bonus er derfor basert på forbedringer fra tidligere resultater på områder som er relevante for reduksjon av mødre- og spedbarnsdødelighet.

3.1.3 P4Ps målgruppe

I følge forslaget for P4P initiativet vil prosjektet favne alle offentlige og private helsefasiliteter på distriktsnivå, i tillegg til det regionale sykehuset som fungerer som regionssykehus. Det er imidlertid på individnivå at eventuelle resultatbaserte bonuser vil bli utbetalt. Alle fulltidsansatte på helsestasjoner og helsesentre kan delta, mens det på distriktssykehus og regionssykehus kun er de som arbeider spesifikt med mødre- og spedbarnshelse som vil være berettiget til resultatbasert bonus. I tillegg er også "Council Health Management Teams (CHMTs)" og "Regional Medical Officer Health Management Teams (RHMTs)" berettiget til resultatbasert bonus basert på resultatorientert planlegging, ressursallokering, støtte og overoppsyn. Bonusen blir tildelt på grunnlag av hvilken grad resultatene teamet/helsefasiliteten oppnår sine forhåndsavtalte resultatmål. Alle individer som direkte eller indirekte er forbundet med resultatovervåkingen er eksplisitt ekskludert fra å delta (Smithson et al., 2008: 2).

3.1.4 P4Ps budsjettramme

Til sammen er det årlig satt av 13 millioner T.Shc, noe som tilsvarer Norges årlige bidrag på 7 millioner USD. Midlene er fordelt på 1 mill T.Sch til helsestasjoner, 3 mill T.Sch til helsesenter, CHMTs og RHMTs og 9 mill T.Sch til sykehus (Smithson et al., 2008: v). Maksimal individuell bonus vil være rundt 200 000 T.Shc, et tall som vil kunne utgjøre en vesentlig forskjell med tanke på at helsepersonalet i Tanzania har et svært lavt grunnlønnsnivå. Den maksimale individuelle bonus vil tilsvare en gjennomsnittlig månedslønn for en helsearbeider. Bonusen vil variere i forhold til den ansattes stilling og i forhold til hvilken grad helsefasilitet/teamet klarer å oppnå målene som er satt i forhold til de relevante indikatorene (Ibid). Individuell bonus er altså relatert til teamet sin samlede innsats.

3.1.5 Resultatavtaler

Ettersom det er store forskjeller mellom de ulike helsefasilitetene (som tidligere nevnt i bakgrunnskapitlet) er bonussystemet utformet på en slik måte at det er forbedringer fra tidligere resultater på hver enkelt helsefasilitet/team som avgjør om man får bonus. For å få full uttelling kreves det en større resultatforbedring i tilfeller der det tidligere resultatet er lavt. Systemet tar også høyde for at det er vanskeligere å oppnå marginale bedringer dersom nåværende resultat allerede er på et maksimumsnivå. Skriftlige, gjensidige resultatavtaler mellom helsefasilitetene/teamene og de som skal overvåke resultatene blir laget for hvert enkelt regnskapsår. For helsestasjoner og helsesentre vil de som overvåker at resultatavtalen blir overholdt være komiteen for helsefasiliteter, mens det for sykehus vil være sykehusstyret. CHMT rapporterer til RHMT, mens RHMT rapporterer til "Ministry of Health and Social Welfare (MOHSW)". Helsefasilitetene/teamene forplikter seg til å rapportere resultatene månedsvis, og eventuell bonus blir kalkulert og utbetalt hvert halvår.

3.1.6 Tiltak

Målet med P4P initiativet er å redusere mødre- og spedbarnsdødeligheten ved hjelp av insentiver som øker helsepersonalets innsats på områder som kan redusere mødre- og spedbarnsdødeligheten. Valget av indikatorer er i følge rapporten, skrevet av Smithson et al. (2008), gjort på bakgrunn av indikatorenes relevans til å forbedre helsenivået til mødre, spedbarn og barn under fem år. (Indikatorene retter seg mot de områdene som man ser er årsaken til at kvinner og spedbarn dør oftest av). For at belønningssystemet skulle være lett å forstå for helsepersonalet og at beregning av bonus skal være enkel å utføre, har man valgt indikatorer som er ment å være enkle å forstå og enkle å måle. Enkelheten i

belønningssystemet var viktig fordi det var ønskelig å implementere initiativet på kort tid over hele Tanzania.

Helsestasjoner og helsesentre sitt bidrag til redusert mødre- og spedbarnsdødelighet måles ved forbedringer på områder som svangerskapskontroll, fødsel, barselpleie og barnehelse. Som indikator for forbedret helse ved økt fokus på svangerskapskontroll, bruker man eventuelt økt forbruk av bruk av medisin som brukes for å behandle malaria ved graviditet. Som indikator for forbedret helse ved å tilrettelegge for kvinner som føder, ser man på en eventuell økning av fødsler som skjer på helsefasiliteter. En økning i antall poliovaksiner som blir gitt er indikator for økt helse ved økt fokus på barselpleie, ettersom en poliovaksine kan redusere risikoen for spedbarnsdødelighet betraktelig. En siste indikator som brukes for å påvise økt økt fokus på spedbarnshelse er en økning av utdeling av myggnett.

Sykehus sitt økte helsefokus blir målt gjennom de samme indikatorene som helsestasjoner og helsesentre, men i tillegg blir de også målt ved en økning av korrekt utfylte partogram; grafisk oversikt over fødselsforeløpet og tilstand underveis for mor og barn.

CHMT sitt økte helsefokus blir målt ved det aggregerte resultatet for helsefasilitetene i sitt geografiske område, mens RHMT sin forbedring blir målt ved å se på reduksjon av dødelighetsraten i regionen. De blir i tillegg målt etter i hvilken grad de klarer å sørge for at CHMTs leverer inn kvartalsrapporter for helseindikatorer, innen gitte tidsfrister.

Oversikt over hvilke indikatorer som må oppfylles for at helsefasilitet/teamet kan oppnå maksimal bonus:

Helsestasjoner Helsesentre	4 indikatorer	<ul style="list-style-type: none">• Svangerskapskontroll: Økning i antall gravide som får behandling av medisin som behandler malaria ved graviditet.• Fødselshjelp: Økning i antall fødsler på helsefasiliteter• Barselpleie: Økning i antall spedbarn som får satt poliovaksine.• Spedbarnshelse: Økning i antall utdelte myggnett.
Sykehus	5 indikatorer	<ul style="list-style-type: none">• Samme indikatorer som helsestasjoner og helsesentre• Fullstendig utfylte partogram, grafisk oversikt over fødselsforløp og tilstand for mor og barn

Council Health Management Teams (CHMTs) 5 indikatorer

- Fullstendig oversikt over de aggregerte resultatene for indikatorene brukt for helsestasjoner, helsesentre og sykehus

Regional Medical Officers Health Management Teams (RHMTs) 2 indikatorer

- Forbedring i mødredødelighetsraten for hele regionen
- Fullstendig innrapportering om 20 helseråd indikatorer innen fastsatt tidsfrist

3.1.7 P4P initiativets tidsramme

Tidsrammen fra rapporten var klar og forberedelsesperioden skulle starte, til forslaget skulle implementeres var svært kort. Utkastet som jeg har basert denne siviløkonomutredningen på er datert 4. Februar 2008 og selve igangsettelse av initiativet er satt til 1. Juli 2008.

Ekspertgruppen fremhevet i rapporten at det var essensielt for initiativets suksess at man kom i gang med forberedelsesfasen fortest mulig.

I forberedelsesfasen ville hovedfokuset være å få helsepersonalet på alle nivåer til å forstå hvordan systemet skal fungere. For dersom helsepersonalet ikke forstår det nye systemet, så vil de heller ikke bli motivert til å yte innsats for å oppnå resultater (Smithson et al., 2008: 11-14). Implementeringsfasen i år en er fastsatt til å starte fra juli 2008, og forutsetter at helsepersonalet har fått nødvendig informasjon, at helsefasilitetene (helsestasjoner, helsesenter, og sykehus på regionalt – og distriktsnivå) har levert og fått godkjent tiltaksplan, og at resultatavtaler er underskrevet. Forbedringsfasen i år to gir rom for endringer man ser underveis som kan bidra til at P4P initiativet kan bli et enda bedre verktøy for å forbedre kvaliteten og omfanget av mødre- og barnehelse i Tanzania, slik at mødre- og spedbarnsdødeligheten reduseres (Ibid).

3.2 utfordringer ved P4P initiativet

Jeg skal i denne delen analysere det resultatbaserte belønningssystemet jeg har beskrevet overfor, og se på ulike forhold ved dette forslaget. Ettersom man i helsesektoren ikke har tilgang til perfekt informasjon, retter denne analysen seg til mulige problemer når man har en tilstand med imperfekt informasjon. Analysen må gjøres teoretisk ettersom det finnes lite empirisk støtte, og man ikke helt vet hvilke utslag et slikt initiativ vil gi Tanzanias helsesektor. Jeg vil blant annet problematisere valget av indikatorer og andre utfordringer som kan oppstå som følge av et resultatbasert belønningssystem.

3.2.1 Asymmetrisk informasjon

For å kunne belønne helsearbeidere for innsats har ekspertene foreslått indikatorer som det er mulig å få informasjon om. Dette løser imidlertid ikke hele problemet ved asymmetrisk informasjon ved belønning. Ledelsen ved helsefasilitetene kan fortsatt ha lite informasjon om annet arbeid som helsepersonalet utfører som ikke knytter seg til indikatorene. At initiativet har valgt noen få utvalgte tiltak som utløser bonus, kan bidra til at man får perverse insentiver som ”multitasking” og ”cherry – picking”.

”Multitasking” kan oppstå dersom helsepersonalet velger å kun fokusere på oppgaver som gir utslag i belønningssystemet, mens de ignorerer andre oppgaver. En slik adferd må sees i sammenheng med problemer relatert til valg av tiltak som måles. Dersom helsepersonalet ignorerer andre oppgaver (som kan være viktig for mødre- og spedbarnshelse, men som de ikke kan oppnå bonus for å gjennomføre) kan dette bidra til at man ikke får en forbedring på mødre- og spedbarnsdødeligheten. Det er derfor viktig at man velger å måle tiltak som bidrar til at helsepersonalet ser på helheten, at det er mange faktorer som påvirker at man får en forbedring på mødre- og spedbarnsdødelighetsraten. Jeg tror at man ved kun fokus på en håndfull indikatorer, slik man gjør i P4P initiativet, kan få problemer med ”multitasking”, og at det i verste fall kan medføre at kvaliteten på det totale helsetilbudet kan bli redusert, og at man dermed ikke oppnår målsettingen om å redusere mødre- og spedbarnsdødelighet.

Et annet problem som kan oppstå som følge av P4P initiativet er ”cherry – picking”, at helsepersonalet nå har insentiver til å forfordle tid til pasienter som skal ha behandling som gir uttelling i bonusutregning, på bekostning av andre pasienter. Dette kan forstyrre det spesielle forholdet man kan finne i helsesektoren, der nyttefunksjonen til prinsipal og agent er konvergerende. I P4P initiativet er et av tiltakene som måles at man har en økning i antall kvinner som føder på helsefasilitet. Dette betyr at helsefasilitetene har insentiv til å få flest mulig kvinner til å føde på helsefasilitet fremfor hjemme. I forslaget står det ikke noe spesifikt hvordan man skal regne ut dette tallet, om foreksempel en helsestasjon får ta med i sin beregning en kvinne som oppsøker de, men som helsestasjonen velger å henvise videre fordi de mener hun må ha behandling som de ikke kan gi henne, men som hun kan få ved et helsesenter eller et sykehus. Jeg tror at dersom helsefasilitetene kan iberegne alle gravide kvinner som oppsøker de i forbindelse med fødsel som en økning, vil dette gi helsestasjoner og helsesentrene insentiv til å videresende for mange kvinner. (De får registrert fødsler som de selv ikke må gjennomføre, noe som gir perverse insentiver til å videresende for mange

kvinner). Dette kan få negative konsekvenser fordi dette kan gå på bekostning av kapasiteten til helsefasilitetene som får for mange pasienter henvist fra andre helsefasiliteter, og i verste fall medføre at kvinner som virkelig må henvises videre ikke får behandling. Dersom helsesentrene ikke får registrert alle gravide kvinner som oppsøker de, men kun får registret de som faktisk føder på helsesenteret, mener jeg dette kan dette gi perverse insentiver ved at de henviser for få kvinner videre. Kvinner som burde vært videresendt for å få behandling som helsestasjonene/helsesentrene ikke kan tilby, blir ikke henvist videre. I slike tilfeller har ikke bonussystemet positiv virkning, det kan kanskje i verste fall føre til økt dødelighet.

En mulig løsning jeg ser på dette problemet kan være å finne en fordelingsnøkkel slik at helsestasjonene/helsesentrene også får registrert pasienter som de henviser, men at det gir større utslag dersom de bistår fødselen selv. Men slik initiativet står beskrevet i forslaget jeg har analysert er dette ikke tatt høyde for. Det er med andre ord viktig at de tiltakene som blir målt virkelig forbedrer mødre- og spedbarnshelse for at initiativet skal kunne nå sin målsetting om å redusere mødre og spedbarnsdødeligheten, og det er viktig å være oppmerksom på at fokus på enkelt tiltak kan gi perverse insentiver.

3.2.2 Asymmetrisk informasjon (Tilbudssiden)

Ettersom pasientene ikke nødvendigvis har ekspertise til å avgjøre om helsepersonalet gir riktig behandling, kan de ikke vurdere helsepersonalets medisinske kompetanse. Det de derimot kan er å vurdere oppfattet kvalitet gjennom helsepersonalets serviceinnstilling, vennlighet og kommunikasjonsform. I Tanzania er det som tidligere nevnt et problem at kvinnene ikke bruker helsetilbudet som eksisterer grunnet lav oppfattet kvalitet på helsetilbud rettet mot mødre- og spedbarn. Det er et problem at kvinner oppfatter at de blir møtt med liten grad av vennlighet. Det er også ofte et problem at helsefasilitetene ofte mangler medisinsk utstyr, medisiner og kvalifisert helsepersonell. Som nevnt i bakgrunnskapitlet er det for eksempel bare 1 av 8 helsefasiliteter som har regulære forsyninger av vann og elektrisitet. For at flere kvinner skal benytte seg av eksisterende helsetilbud er det nødvendig at virkelig kvalitet og oppfattet kvalitet blir bedre.

P4P initiativet retter seg kun mot tilbudssiden ved helsesektoren ved at helsefasilitetene blir vurdert etter en eventuell økning av antall kvinner som føder på helsefasiliteten. Imidlertid kan det være vel så viktig å fokusere på etterspørselssiden. Jeg har tidligere nevnt at

fattigdomsproblematikk er en årsak til at kvinner velger å ikke bruke helsefasiliteter når de skal føde. Uten tilgang til transport, og lange avstander mellom helsefasiliteter som kan tilby hjelpen de trenger, er det en stor belastning for gravide kvinner å komme seg dit de kan få hjelp. Tilgang til transport er en begrensning for kvinners bruk av eksisterende helsetilbud, et problem som kunne blitt løst ved at man initierer insentiv tiltak rettet mot kvinnene. I andre utviklingsland, blant annet India, har man innført insentiver på etterspørselssiden ved at man har gitt pengestøtte direkte til mødrene som de kan bruke til transport, mat, medisiner og annet (Eichler 2006). Dette er et område som P4P ikke løser, etter som det kun fokuserer på tilbudssiden, på forbedringer i helsevesenet.

3.2.3 Usikkert utfall

Ettersom utfallet er forbundet med stor grad av usikkerhet har man i dette P4P initiativet valgt å belønne helseansatte etter ulike målbare helsetiltak fremfor en faktisk reduksjon i mødre- og spedbarnsdødelighetsraten. Årsaken til dette er at helse er et fenomen som av natur er forbundet med usikkert. Det er svært mange faktorer som en helseansatt ikke kan kontrollere eller påvirke, men som påvirker den endelige mødre- og spedbarnsdødelighetsraten. Et viktig spørsmål er da om de valgte tiltakene som man bruker for å måle en forbedring på er relevante for mødre- og spedbarnsdødelighetsraten. Er de tiltakene som P4P initiativet har valgt ut de viktigste tiltakene en må gjøre for å senke mødre- og spedbarnsdødeligheten? Er det virkelig slik at økt omfang av svangerskapskontroll, fødselshjelp, barselpleie og spedbarnshelse best kan måles ved å se på økning i antall gravide som får medisinsk behandling for malaria, økning i antall kvinner som føder på helsefasiliteter, økning av barn som får poliovaksine og utdeling av myggnett til mødre og barn?

Fra bakgrunnskapitlet ser vi at hovedårsaken til at gravide kvinner dør er blødninger, infeksjoner og svangerskapsforgiftning (pre eclampsi). Videre så vet vi også at det dessverre er slik at alt for mange kvinner som føder på helsefasiliteter ikke får tilsyn av kvalifisert personale (kun 19 % av de som velger å føde på helsefasiliteter får tilsyn av kvalifisert helsepersonell). Et spørsmål jeg da stiller er om en økning av antall kvinner som føder på helsefasilitet virkelig er den beste måten å forbedre helsen til gravide kvinner. For dersom man får en økning i antall kvinner som føder på helsefasiliteter, så vil ikke dette nødvendigvis gi noen virkning på mødredødeligheten dersom kvinnene ikke får hjelp når de er der.

Vi vet også at spedbarnsdødeligheten i stor grad skyldes at barna er for tidlig født og sykdomstilfeller som blodforgiftning og kvelning ved fødsel. Svært mange av disse tilfellene krever øyeblikkelig hjelp, og det er i løpet av barnets første levetimer og dager at dødsfallsraten er høyest. Derfor mener jeg at man må sette spørsmålsteget om de indikatorene som er brukt som mål på helseansattes økte fokus på spedbarnshelse vil være de som gir best effekt på spedbarnsdødelighetsraten. Poliovaksiner og utdeling av myggnett er kanskje ikke det tiltaket som best vil redusere spedbarnsdødelighet dersom det er tiltak som retter seg mot øyeblikkelig hjelp som er mest prekært.

P4P initiativet har valgt å bruke noen få tiltak som man skal måle helsepersonalets innsats på mødre- og spedbarnshelse området. Men det at helsepersonalet blir målt på områder som svangerskapskontroll, fødselshjelp, barselpleie og spedbarnshelse på spesifikke tiltak, vil ikke gi noen garanti for at helsepersonalet gjør andre undersøkelser enn dem de faktisk blir målt på, men som gjerne har minst like stor påvirkning på mødre- og spedbarnshelse.

3.2.4 Avhengig utfall

En reduksjon i mødre- og spedbarnsdødelighet kan ikke spores til et enkelt individs innsats. Helsepersonalet vil være avhengig av at annet helsepersonale også tar ansvar for å forbedre kvaliteten og omfanget av tilbudet av mødre- og spedbarnshelsetjenester. Dersom man definerer det avhengige utfallet som avhengig av både helsepersonale og andre ressurser som medisin og utstyr, mener jeg at man kan kritisere P4P initiativet med at de kun fokuserer på økt motivasjon gjennom bonussystem for helsepersonalet, men at de ikke fokuserer på tiltak som kan gi økt motivasjon ved at helsepersonalet har ressurser som medisin og utstyr slik at kvalifisert helsepersonell kan yte innsatsen som er forventet. Videre mener jeg at man kan kritisere initiativet for at man ikke også setter fokus på tiltak som økt opplæring for å øke antall kvalifisert helsepersonale slik at helsefasilitetene ikke blir motløse pga maktesløshet grunnet mangel på personale og andre ressurser.

Imidlertid er P4P initiativet utformet på en slik måte at man tar hensyn til at alt helsepersonale er viktig for det endelige utfallet. Dette er ivaretatt ved at P4P initiativet sitt belønningssystem retter seg mot alle helseansatte på helsestasjoner og helsesentre, og alle helseansatte som jobber med mødre- og spedbarnshelse. Initiativet er også utformet slik at CHMTs og RHMTs sin belønning er avhengig av at helsefasilitetene overholder sin innrapporterings plikt. Dette

tror jeg kan fungere som et godt insentiv for disse teamene til å motivere helsefasilitetene til å innrapportere sine resultater i tide, slik at CHMTs og RHMTs også kan oppnå belønning.

3.2.5 Aggregert utfall

Mødre- og spedbarnshelse kan i følge prinsippal – agent teori karakteriseres som et aggregert utfall ettersom en reduksjon av mødre- og spedbarnsdødelighet reflekterer flere individers samlede innsats, og det ikke er mulig å observere eller identifisere enkeltpersoners innsats, eller kompensere for individuell innsats. P4P initiativet har valgt en løsning der de baserer seg på observerte resultater på ulike tiltak for hver enkelt helsefasilitet/team. Det er teamet som kan oppnå belønning, mens størrelsen på belønningen varierer etter den ansattes stilling. Teorien tilsier at man da vil få et free - rider problem, at det samlede resultatet vil bli lavere enn ved individuell innsats.

Imidlertid mener jeg at dette er et agentproblem som ikke nødvendigvis behøver å være et stort problem, gjerne i følge Lazear (1998: 303-344) sin teori om grupper. Jeg mener at de negative konsekvensene som free – rider problematikken medfører, at det samlede resultatet blir lavere om belønningssystemet er rettet mot helsefasilitetene/teamene som helhet, kompenseres ved synergieffekten man får ved å skape en felles interesse om å nå målet om å redusere mødre- og spedbarnsdødeligheten. Dette synes jeg er viktig, spesielt med tanke på at man er avhengig av helsepersonalets samlede innsats for å forbedre helsesituasjonen. Imidlertid kan free – rider problematikken løses ved å utforme belønningssystemet på en slik måte at helsepersonalet observerer hverandres innsats, og at man på denne måten kan redusere free-rider problemet. Dette er noe som kan fungere bra i små grupper der de helseansatte har mulighet til å observere sine kollegaer. Maksimal bonus for helseansatte i P4P initiativet er avhengig av teamet sin innsats som helhet, men belønningssystemet er utformet slik at individene får en større andel av teamets oppnådde bonus etter hvilken stilling den helseansatte har. Eventuell utbetaling av bonus vil være størst for de med høyest stilling, men relativt sett vil bonusen være likt fordelt. Dette tror jeg kan bidra til at free – rider problematikken reduseres.

3.2.6 Måling og verifisering av resultater

For å redusere agentproblemer relatert til imperfekt informasjon er måling og verifisering av resultater avgjørende for om man klarer å nå målet som er satt. Oxman og Fretheim (2008) mener resultatbaserte belønningssystemer kan bidra til endringer i innrapportering fremfor

endringer i ønsket handling. Jeg skal med bakgrunn i prinsipal – agent teori si hvorfor jeg mener at denne påstanden er riktig, og hvordan jeg mener at utformingen av P4P initiativet sin belønningsform kan gi insentiver til å gi uriktige opplysninger og innrapportere feilaktig data for å oppnå belønning, eller insentiver til korrupsjon, dersom man bruker verdensbankens definisjon av korrupsjon som er ”misbruk av offentlig stilling for personlig vinning”.

P4P initiativet baseres seg på at de ulike helsefasilitetene/teamene har ulikt utgangspunkt, noe som medfører at man har ulike krav om forbedringer for å oppnå bonus. Det er forbedringer fra tidligere resultater som avgjør om man får bonus, og de individuelle målene for hvert enkelt helsefasilitet/team blir satt opp som en resultatavtale mellom de ulike helsefasilitetene/teamene og deres overvåkningsinstans. Ettersom belønningssystemet er basert på en forbedring fra tidligere resultater, kan dette føre til at man får en ”Ratchet – effekt”. Om man tar utgangspunkt i at prinsipal og agent har divergerende nyttefunksjon, der agenten ønsker å yte minst mulig til størst mulig kompensasjon, og prinsipalen ønsker å få best mulig resultater til minst mulig kostnad kan P4P være problematisk. Helsefasilitetene/teamene vil ha insentiv til å legge målene så lavt som mulig slik at de vet at de vil klare på oppfylle kravene til å få utbetalt bonus, eller manipulere innrapporterte tall slik at det ser ut som de har klar å nå målene satt i resultatavtalen. Et annet problem med belønningssystem basert på forbedring fra tidligere resultat, er at man gir helsepersonalet insentiv til å justere ned tempoet når kvoten er nådd. Årsaken til dette er at når de har nådd målet for maksimal bonus, vil det være en fordel å ikke overstige målet i vesentlig grad med tanke på målsetting for neste periode.

Slike problemer kan reduseres ved at prinsipalen observere agentens handling og/eller resultater på initiativ av prinsipalen eller agenten. En mulig løsning er at man har en objektiv overvåkningsinstans som ikke har egennytte i bonussystemet, slik P4P initiativer har ved å eksplisitt ekskludere deltagelse i belønningsinitiativet for individer som ”sitter på andre siden av bordet”. Gode rutiner for måling og verifisering av innrapporterte resultater vil være viktig for å sikre at belønning blir utbetalt på riktig grunnlag. P4P initiativet har til en viss grad tatt dekning for dette ved å innføre randomiserte sjekker av helsesentrene og at man undersøker helsefasiliteter nærmere dersom man ser tall som signifikant skiller seg fra sammenlignbare fasiliteter. Men selv med gode rutiner vil det alltid være en viss risiko for skjult handling (moral hazard) ettersom det er asymmetrisk informasjon mellom partene. Observasjon kan imidlertid være tids- og kostnadskrevende, noe som gjør at man må avveie nytteverdien slik informasjon kan gi for utfallet av en slikt belønningssystem som P4P.

3.2.7 Motivational Crowding Out

Som tidligere nevnt kan en argumentere for at prinsipalen og agenten har sammenfallende nyttefunksjon i helsesektoren: det kan tenkes at agenten har en sterk indre motivasjon for å forbedre mødre og spedbarnshelse. Imidlertid kan et resultatbasert belønningssystem medføre en ubalanse på dette området. Dette mener jeg er tilfelle også i dette eksempelet, at insentivsystemet kan bli sett på som en regulering som tar fra enkeltindividenes ansvarsfølelse og på denne måten bidrar til at man reduserer indre motivasjon.

Jeg forstår det slik at Mæstad (2007) er positiv til et resultatbasert belønningssystem, og at han mener at "motivational crowding out" ikke er et problem av betydning i Tanzania, fordi det i utgangspunktet er lav grad av indre motivasjon blant Tanzaniansk helsepersonale.

Ut i fra informasjon nevnt i bakgrunnskapitlet er jeg enig med Mæstad (2007) i at det er liten grad av motivasjon blant helsepersonale. Imidlertid mener jeg at lav motivasjon ikke nødvendigvis skyldes lav indre motivasjon. Jeg mener at det er rimelig å anta at faktorer som begrensninger på medisiner og utstyr og tilgang til kvalifisert personale bidrar sterkt til at motivasjonen er lav. Selv om helsepersonellet i utgangspunktet har høy indre motivasjon, kan dette overskygges helt av at helsepersonellet ikke har mulighet til å gjøre så mye for å hjelpe pasienten, hvis tilfellet er at legen ikke har tilgang til nødvendig medisiner og utstyr for å behandle pasienten. Videre så mener jeg at indre motivasjon, selv om den er liten, er av spesielt stor verdi, fordi indre motivasjon ikke begrenses av at individet handler kun i det øyemedet å få en økonomisk kompensasjon. Dersom man har indre motivasjon vil man handle til pasientens beste også i tilfeller der man ikke nødvendigvis får belønning. Dette tror jeg kan bidra til at man reduserer problemer relatert til "cherry picking" og "multitasking" fordi helsepersonalet vil se på interessen til pasienten og dermed ikke bli like fristet til å kun yte innsats på de områdene som blir observert.

Et alternativ til å sette inn store ressurser på et resultatbasert belønningssystem er da å sette inn ressurser på å øke helsearbeidernes indre motivasjon. Initiativ som kan bidra til å øke profesjonell integritet og fokus på at man har et spesielt ansvar som helsepersonale å ta vare på sine medmennesker.

3.3 Oppsummering av funn

Sentrale momenter er de agentproblemer som det synes sannsynlig at man vil kunne erfare gjennom prosjektet. Et sentralt agentproblem som er identifisert er risikoen for det man kaller ”cherry picking” - at helsefasilitetene og de ansatte nå vil kunne fokusere ensidig på pasienter som utløser bonus, mens pasienter som kanskje i like stor grad har behov for hjelp vil kunne nedprioriteres. Man risikeres også perverterte sideeffekter som for eksempel at helsestasjonen henviser den gravide videre til sykehus, ettersom bonusen utløses allerede ved registrering av pasienten, men ikke er avhengig av at forløsningen skjer ved der.

Et annet agentproblem som er identifisert er det man kaller ”multitasking”. I P4P sitt tilfelle kan ”multitasking” oppstå dersom helsefasilitetene prioriterer oppgaver som utløser bonus, selv om andre oppgaver som i like stor grad kan ha betydning for å oppnå redusert dødelighet blant mødre og spedbarn. Dersom de ansatte, i tråd med teorien om ”cherry picking” og ”multitasking”, kun fokuserer i på de tiltak som gir grunnlag for bonus, kan dette føre til en risiko for økt dødelighet – altså motsatt resultat av en reduksjon i mødre- og spedbarnsdødelighet.

P4P initiativet står overfor en spesifikk utfordring relatert til hvilke indikatorer som skal legges til grunn for utbetaling av bonus. Man har ved P4P valgt å fokusere på måling av noen få tiltak, som utgangspunkt for beregning av bonus. De tiltakene man har bestemt seg for å måle mener jeg i begrenset grad retter seg mot de komplikasjoner og sykdommer man faktisk vet utgjør de viktigste dødsårsakene for mødre og spedbarn.

En annen svakhet med P4P er at det i sin helhet fokuserer på tilbudssiden, mens etterspørselssiden, det vil si mødrene, ikke får noen oppmerksomhet. Som påvist er hindringer som dyr og mangelfull transport ofte avgjørende for at mange kvinner velger å føde hjemme og ikke benytter seg av tilbud på en helsefasilitet. For å øke antallet som benytter seg av denne type tilbud, mener jeg man burde vurdere tiltak som fjerner slike hindringer.

Analysen viser at det er grunnlag for å stille spørsmål ved om utgangspunktet for måling og verifisering av data er tilstrekkelig god. Man kan stille spørsmål ved om helseforetakene, på grunn av utformingen av bonussystemet, vil kunne motiveres til å legge målene lavt slik at de er lette å oppfylle. Det kan også stilles spørsmål ved hvordan man vil forholde seg til de definerte tiltakene dersom målet for utbetaling av bonus er oppfylt. Det kan tenkes at man da

ikke lenger prioriterer disse tiltakene ettersom det vil kunne føre til at det blir vanskeligere å oppnå bonuskravet neste år.

Ettersom en reduksjon i mødre- og barnedødeligheten vil måtte karakteriseres som et aggregert utfall, et resultat av flere persons innsats, har man basert seg på observerte resultater for hvert enkelt helseforetak/team. Dette kan gi det uheldige resultat at man får såkalte "free riders". Ettersom det er gruppens resultat som måles kan enkeltindivider la være å yte den ekstrainsats som forventes som en følge av P4P. Det kollektive ansvaret vil til en viss grad kompensere for dette gjennom at de andre personene ved helsefasiliteten/teamet vil kunne fungere som observatører.

Tanzania er et land hvor fattigdommen er stor, noe som også preger helsevesenet og helseinstitusjonene. Som påvist tidligere i oppgaven mangler en stor andel av helseforetakene tilgang til rent vann og til strøm, og det er stor mangel på kvalifisert personell, medisiner og teknisk utstyr. Dette er forhold som i seg selv begrenser kvaliteten på helsetjenestene. Jeg mener derfor det er grunnlag for å stille spørsmål ved om ikke noen av disse rammevilkårene burde forbedres før en fokuserer på å øke motivasjon som P4P er basert på. Et godt teknisk og medisinsk helsevesen ville gjøre helsevesenet bedre i stand til å imøtekomme de behov mødrene og barna har, men ikke minst vil det kunne gi de ansatte en forbedret indre motivasjon ved at man ser at helsevesenet er en prioritert oppgave. Det å prioritere helsevesenet ville kunne gi yrker innen virksomheten større status og det ville antakelig oppfattes som mer tilfredsstillende å jobbe innenfor et helsevesen som i større grad var i stand til å yte tjenester av høy kvalitet.

Ettersom motivasjonen til helsevesenet er lav, kan P4P bidra til å øke helsepersonalets motivasjon. Imidlertid kan innføring av belønningssystem føre til "crowding out" effekt av indre motivasjon. Jeg mener at indre motivasjon har en ekstra verdi, ettersom det kan bidra til å redusere problemer som "cherry picking" og "multitasking".

Analysen over viser at det er flere momenter ved P4P som gir grunnlag for å stille spørsmål ved om resultatbasert økonomisk – kompensasjon på individnivå kan bidra til en reduksjon av mødre- og spedbarnsdødeligheten i Tanzania.

Konklusjon

Det er i dag både internasjonal politisk vilje og økonomiske ressurser tilgjengelig for å nå FNs tusenårs mål nummer 4, og 5, som handler om helse. Blant annet har Jens Stoltenberg og Gordon Brown startet en global kampanje for å redusere mødre- og spedbarnsdødeligheten. Et av de mest profilerte tiltakene som skal implementeres sommeren 2008 er resultatbasert økonomisk kompensasjon. Imidlertid finnes det lite empirisk bevis for at slike reformer faktisk har noen effekt på mødre- og spedbarnsdødelighet. I denne oppgaven har jeg derfor benyttet økonomisk teori om belønningssystemer (prinsipal-agent teori) og nyere økonomisk teori om motivasjon for å analysere effekten av resultatbasert økonomisk kompensasjon i helsesektoren. Selv om økonomisk kompensasjon kan motivere helsepersonalet til å endre atferd, har analysen identifisert flere mulige problemer ved å benytte resultatbasert økonomisk kompensasjon i Tanzania.

1. Det er uklart om tiltakene som helsepersonalet belønnes for, faktisk har noen effekt på spedbarns- og mødredødelighet:

Risikoen for blødninger og komplikasjoner er størst like etter fødselen. De fleste tiltakene som helsepersonalet belønnes for, settes ikke i verk før etter den kritiske fasen er over. Unntaket er tiltaket om å få mødre til å føde på klinikkene. Det er imidlertid uklart om helsepersonalet er i stand til (mangel på kvalifisert personale og utstyr) til å gi kvinnene en behandling som kan forhindre komplikasjoner og dødelighet.

2. Det er knyttet flere agentproblemer til forslaget

Indikatorene som helsepersonalet blir belønnet for er plukket ut blant annet fordi de er enkle å måle. Det er imidlertid fortsatt informasjonsproblemer knyttet til annet arbeid som helsepersonalet utfører. I følge prinsipal - agent teori risikerer man at agenten utfører mer av arbeidet som han/hun belønnes for og mindre (eller ingenting) av arbeid som prinsipalen ikke kan observere, men som også kan være viktig for mødre- og spedbarnshelse. Dette fenomenet kalles multi - tasking. Den samlede effekten av forslaget på spedbarns- og mødredødelighet kan derfor være negativt, selv om helsepersonalet øker innsatsen innefor de indikatorene som de blir belønnet for.

Et annet beslektet problem som kan oppstå er cherry - picking, dvs. at legene velger seg de pasientene som de får betalt med. Eventuelt, lar være å behandle brysomme/vanskelige pasienter slik at de behandle flere pasienter totalt. Helsepersonalet skal belønnes som team, og det er en fare for at et såkalt sosialt-dilemma oppstår - med påfølgende free - rider problematikk. Jeg tror imidlertid ikke dette vil være noe problem på små klinikker, fordi grupped medlemmene kan sanksjonere og overvåke hverandre. Dette problemet kan imidlertid være større på sykehus.

Helsepersonalet og klinikkene skal innrapportere resultatene selv, og vil derfor ha et insentiv til å jukse med resultatene for å øke utbetalingene (byråkratisk korrupsjon), eller sette bunnlinjen for lavt for å lettere få bonus.

3. Reduksjon av indre motivasjon

En rekke av problemene som er beskrevet ovenfor vil ikke skje dersom legene har sterk profesjonell integritet og dermed en sterk indre motivasjon. I tilfeller hvor legene bryr seg om pasientenes helse og har en høy grad av profesjonell integritet, vil ikke resultatbasert økonomisk kompensasjon være nødvendig. Dersom man likevel benytter resultatbasert økonomisk kompensasjon på mennesker som har en sterk indre motivasjon, kan man risikere at den indre motivasjonen minker - såkalt "motivational crowding out". Studier av motivasjon fra Tanzania har funnet lav indre motivasjon til å være et problem, og Mæstad (2007) hevder derfor at resultatbasert økonomisk kompensasjon ikke vil skade den indre motivasjonen til helsearbeidere i Tanzania- fordi motivasjonen er så lav i utgangspunktet. Til dette kan man innvende at agentproblemer er så store ved resultatbasert økonomisk kompensasjon i helsesektoren at det er bedre å benytte pengene som NORAD har bevilget til å forsøke å styrke indre motivasjon, og profesjonell integritet.

4. Forslaget ignorerer etterspørselssiden

Mange gravide kvinner har rett og slett ikke råd til å benytte seg av eksisterende helsefasiliteter på grunn av store avstander og manglende transportmuligheter. I tillegg oppfattet kvalitet på helsetilbudet lavt. Svært mange steder er det mangler med tanke på kvalifisert helsepersonale, medisiner og medisinsk utstyr. Om en kvinne føder på en helsefasilitet i stede for hjemme, er det allikevel bare 19 % av disse som får tilsyn av

kvalifisert personale. Jeg mener også at de spesielle forholdene i Tanzanias helsesektor relatert til fattigdom ikke blir tatt tilstrekkelig høyde for ved P4P initiativet.

Analysen av resultatbasert økonomisk kompensasjon i helsesektoren har identifisert flere mulige problemer ved å innføre P4P i Tanzania. Faktisk har forslaget liten empirisk dekning, og økonomisk teori tilsier at forslaget faktisk kan være skadelig for mødre- og spedbarnshelse. Legg merke til at jeg skriver KAN, det er ikke sikkert at forslaget når det blir gjennomført støtter på de problemene som jeg har identifisert i analysen, men det er mulig. Når P4P har lite empirisk dekning og økonomisk teori ikke gir noen klar støtte til at dette forslaget faktisk kan redusere mødre- og spedbarnsdødelighet, kan man lure på hvorfor det skal gjennomføres i all hast. En mulig forklaring kan være at forslaget har fått så sterk politisk støtte fra statsledere i vesten (som ikke vil merke resultatene på kroppen selv) at de vil tape ansikt dersom de trekker forslagene, eller ikke benytter pengene til å forsøke å løse tusenårsråkene knyttet til helse. I alle fall bør forslaget vurderes av uavhengige forskere ved implementering. Helst ved å implementere i tilfeldig valgte distrikter (randomized impact evaluation), slik at man kan sammenlikne mødre- og spedbarnsdødeligheten i de områdene tiltaket blir gjennomført, men mødre- og spedbarnsdødelighet i såkalte kontrollområder. Dessverre, slik jeg kan lese forslaget ser det ikke ut som om dette er tilfellet. Dersom tiltakene blir gjennomført bredt og overalt samtidig vil det være vanskelig eller umulig å bevise at tiltakene faktisk har hatt noen effekt, fordi vi ikke vet hva som ville skjedd i områdene dersom tiltakene ikke hadde blitt gjennomført.

Ut fra dette så mener jeg at man heller burde benytte andre fremgangsmåter for å redusere mødre- og barnedødelighet i Tanzania enn ved resultatbasert belønningssystemer. Kanskje man heller burde brukt pengene som går til P4P initiativet til å heve grunnlønnen til helsepersonellet, og på denne måten vise at kompetansen blir satt pris på? (Dette er imidlertid en handling som kan gi høye faste kostnader over tid.) Eller kanskje man heller burde brukt pengene til å utdanne flere kvalifiserte helsepersoner slik at kvaliteten kan bedres ved å øke antall kvalifisert helsepersonell? I tillegg kunne man brukt pengene på å informere mødre om viktigheten av å gå til svangerskapskontroll og gi dem informasjon om hvilken behandling de trenger slik at kvinnene dermed ved hvilke tjenester de kan forvente og som de kan etterspørre (reduere informasjons asymmetri mellom lege og pasient). Eller man kan bruke pengene på tiltak som forsterker helsepersonalets indre motivasjon, ved for eksempel å lage kampanjer der man fremmer viktigheten av arbeidet helsepersonalet gjør og ved å øke legenes integritet.

Referanseliste

Bøker

Arrow, Kenneth J. (1986): "Agency and the market". I *Handbook of Mathematical Economics*, ed. K.J. Arrow og M.D. Intrilligator, vol. 3. Amsterdam: North-Holland

Deci, Edward L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum Publishing Co. Japanese Edition, Tokyo: Seishin Shobo, 1980.

Douma, Syste og Hein Schreuder (2002): *Economic Approaches to Organizations*. Essex, England. Pearson Education Limited (Kapittel 7. Agency theory side 109-144)

Frey, Bruno S (1997): *Not just for the money: an economic theory of personal motivation*. Edward Elgar Publishing Company, Vermont, UK

Harrison, E.F. (1999). *The managerial Decision-Making Process*. (5th ed.). Houghton Mifflin Company, Boston

Lazear, Edvard P. (1998): *Personnel economics for managers*. New York, US. John Wiley & Sons, Inc

Stiglitz, J.E (1989): "Principal and Agent" i *Allocation, information and Markets*, ed. J. Eatwell- London: Macmillan

Tidsskrifter

Arrow, Kenneth J. (1963): *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. The American Economic Review, Vol. 53, No.5. (Dec., 1963), pp. 941-973. Published by the American Economic Association.

Lawn, J.E., S. Cousens og J. Zupan (2005). *4 million neonatal deaths: When? Where? Why?* *Lancet* 365, 891-900

Leonard, K. L., G. R. Mliga og D. H. Mariam (2002) Bypassing Health Centres in Tanzania: Revealed Preferences for Quality. *Journal of African Economies* 11:441-471.

JLI (2004) *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis* Rapport laget av the Joint Learning Initiative Learning Initiative. Harvard University Press.

Ronsmans, C., and W.J. Graham (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet* 368: 1189-200.

Stoltenberg, J. (2008). Delivering for women and children. *The Lancet*, 371(9620): 1230 - 1232

Elektroniske kilder (alle kildene er sist sjekket i perioden 01.04.-.20.06.2008)

Central Intelligence Agency (sist oppdatert 19.juni 2008) *CIA – the world factbook*.
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>

Conway, Michael D., Srishiti Gupta og Kamiar Khajavi (2007): *Adressing Africa´s health workforce crisis. – Labour news from UNI global union – for trade unions in a global services economy*. UNI global union (www.uniglobalunion.org)

Eichler, Rena (2006). *Can “Pay for Performance” Increase Utilization by the Poor and Improve the Quality of Health Services?* Diskusjonspapir for arbeidsgruppen for resultatbaserte belønningssystemer, Center for Global Development (www.cgdev.org)

NORAD 2008: <http://www.norad.no/>

Peoples´s Daily Online (2005)
<http://english.peopledaily.com.cn/>

Regjeringen.no
<http://www.regjeringen.no/nn/dep/ud/Dokument/NOU-ar/1995/NOU-1995-5/15/3.html?id=427403>

Samarbeid mellom Norge og Tanzania
http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=7552

Sander, Kjetil (2004) *Hva er en variabel? En- og flerdimensjonale undersøkelsesvariabler*.
Artikkel på kunnskapssenteret.com, publisert 23.08.04
<http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2474/2/Hva-er-en-variabel/En--og-flerdimensjonale-undersokelsesvariabler.html>

Sines, Erin, Sines, Uzma Syed, Steve Wall, and Heidi Worley (2007): *SAVING NEWBORN LIVES Postnatal Care: A Critical Opportunity to Save Mothers and Newborns*. Policy Perspectives on Newborn Health, POPULATION REFERENCE BUREAU, Save the Children.org

Statsministerens kontor, 22.04.08.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/aktuelt/nyheter/2008/vil-jobbe-for-bedre-modrehelse-.html?id=508086>

United Nations Children´s Fund (UNICEF) (2007). *The state of the worlds´s children 2008*. Hatteras Press, Inc., New York, USA
http://www.unicef.org/publications/files/The_State_of_the_Worlds_Children_2008.pdf

WHO, 2005) http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html
World Health Organization, UNICEF (United Nations Children´s Fund), UNFPA (United Nations Population Fund), UN Population Division, and The World Bank, *Maternal Mortality in 2005*, World Health Organization, Oct. 12, 2007, p. 3

Womendeliver.org

<http://www.womendeliver.org/facts/maternal.htm>

World Health Organization, UNICEF (United Nations Children's Fund), UNFPA (United Nations Population Fund), UN Population Division, and The World Bank, Maternal Mortality in 2005, World Health Organization, Oct. 12, 2007, p. 3

World Bank (2005). World Development Indicators (WDI).

<http://go.worldbank.org/U0FSM7AQ40>

SSB 2007 <http://www.ssb.no/helsesat/>

Annet

Kurowski, C., K. Wyss, S. Abdulla, N. Yémadji, og A. Mills (2004) *Human Resources for Health: Requirements and Availability in the Context of Scaling-up Priority Interventions in Low-income Countries. Case Studies from Tanzania and Chad*. HEFP Arbeidspapir 01/04. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Lindkvist, Ida (2008) Intervju, 12.05.2008

McKinsey (2004) *Acting Now to Overcome Tanzania's Greatest Health Challenges. Addressing the Gap in Human Resources for Health*. McKinsey&Company.

Mæstad, Ottar (2007): *Rewarding Safe Motherhood. How can Performance-Based Funding Reduce Maternal and Newborn Mortality in Tanzania?*. Bergen, Norge: CMI Workingpaper R 2007:17. Chr. Michelsen Institute

Mæstad, Ottar (2006): *Human Resources for Health in Tanzania: Challenges, Policy Options and Knowledge Gaps*. Bergen, Norge: CMI Workingpaper R 2006:3. Chr. Michelsen Institute

National Bureau of Statistics (NBS) (Tanzania) og Macro International Inc.. 2007. *Tanzania Service Provision Assessment Survey 2006*. Dar es Salaam, Tanzania: National Bureau of Statistics and Macro International Inc.

Oxman, AD og A. Fretheim: *An overview of research on the effects of results-based financing. Report Nr 16-2008*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2008

Preker, Alexander, Xingzhu Liu, Edit V. Velenyi og Enis Baris (2007): *Public Ends, Private Means. Strategic Purchasing of Health Services*. Washington DC, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank

Smithson, Paul, Dr Rena Eichler, Dr Samson Winani, Dr Aziz Msuya, Ingvar Theo Olsen, Erica Musch (2008): *Pay for Performance. Design, Implementation & Budget*. Draft report. Royal Embassy of Norway, Tanzania on behalf of Ministry of Health and Social Welfare.

TMUN (2007) Lindkvist, Ida, Ingvill Sjøvold Nilsen, Herdis Bjørnevik Svendsen: *FN-rollespill for alle. Diplomat for en dag*. Grafisk Trykk AS