

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Bergen, høsten 2005



Utredning i fordypningsområdet: økonomisk analyse

Veileder: Professor, dr.oecon. Bertil Tungodden

**ANALYSE AV PENGESTRØMMER FRA OFFENTLIG SEKTOR TIL
HELSEANLEGG I MOSAMBIK, GHANA OG UGANDA**

Av

Liv Kjelleberg

Denne utredningen er gjennomført som ledd i siviløkonomutdanningen ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjennelsen innebærer ikke at Høyskolen innestår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

SAMMENDRAG

Denne oppgaven tar for seg undersøkelser av pengestrømmer fra offentlig sektor til helseanlegg (PETS) i Mosambik, Ghana og Uganda. Jeg har tatt med FNs helserelaterte tusenårsmål, og ønsker å se om PETS kan fungere som et nyttig verktøy for å oppnå målene. Undersøkelsene viser at registreringer og datamateriale i helsesektoren i de tre landene er svært mangelfull. Offentlige utgifter i form av medisiner og medisinsk utstyr distribueres til helseanleggene i naturalia, og verdiene er som regel ukjent. Dette gir rom for lekkasje, slik at registreringer av helseutgifter på sentralt hold ikke samsvarer med resultater på tjenestenivå. Undersøkelsene fra de tre landene kan være effektive dersom myndighetene tar funnene til etterretning og iverksetter reformer og endringer for å løse problemene. Dersom dette blir gjort kan PETS være et nyttig verktøy for å oppnå FNs tusenårsmål.

FORORD

Høsten 2004 tok jeg faget ”Næringsliv og bistand i fattige land” ved Norges Handelshøyskole. Jeg synes faget var svært interessant og har derfor ønsket å skrive en siviløkonomutredning med utgangspunkt i tema fra faget. Som sykepleier ble det naturlig å fokusere på helsesituasjonen i fattige land.

Gjennom arbeidet med oppgaven stilte jeg meg spørsmål om det i det hele tatt var mulig å sammenligne PETS fra ulike land. Enhver PETS er nøye utformet for å tilpasses situasjonen i et spesifikt land, og det kan derfor være vanskelig å finne noe sammenligningsgrunnlag. Jeg fant likevel en del fellestrekk fra undersøkelsene fra Mosambik, Ghana og Uganda. Hovedtrekket var dårlige registreringer og datamateriale i helsesektoren.

Arbeidet med oppgaven har vært svært interessant og lærerikt. Jeg vil takke professor dr. oecon. Bertil Tungodden for god veiledning og inspirasjon underveis i oppgaveskrivingen.

INNHALDSFORTEGNELSE

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | INNLEDNING..... | 1 |
| 1.1 | Ordforklaringer og forkortelser..... | 1 |
| 1.2 | Helsesituasjonen i fattige land | 3 |
| 1.3 | Formål med oppgaven..... | 5 |
| 1.4 | Avgrensninger..... | 5 |
| 1.5 | Arbeidsmetode | 6 |
| 2 | EMPIRI..... | 7 |
| 2.1 | FNs tusenårsmål..... | 7 |
| 2.1.1 | Mål 4 – Redusere barnedødeligheten..... | 8 |
| 2.1.2 | Mål 5 – Redusere mødredødeligheten | 9 |
| 2.1.3 | Mål 6 – Stoppe spredningen av HIV/AIDS, malaria og andre sykdommer..... | 10 |
| 2.1.4 | Hvordan nå tusenårsmålene? | 12 |
| 2.2 | Public Expenditure Tracking Survey – PETS..... | 14 |
| 3 | MODELL | 16 |
| 4 | FORHOLDENE I ULIKE LAND | 20 |
| 4.1 | Mosambik | 20 |
| 4.1.1 | Resultater fra undersøkelsen i Mosambik..... | 21 |
| 4.2 | Ghana | 27 |
| 4.2.1 | Resultatene fra undersøkelsen i Ghana | 28 |
| 4.3 | Uganda | 37 |
| 4.3.1 | Resultater fra undersøkelsen i Uganda | 38 |
| 5 | ANALYSEDEL | 44 |
| 5.1 | Utgangssituasjonen for Mosambik, Ghana og Uganda..... | 44 |
| 5.2 | Hva ble funnet i undersøkelsene? | 47 |
| 5.3 | Hva må myndighetene i Mosambik, Ghana og Uganda gjøre for å nå tusenårsmålene? | 51 |
| 5.4 | Nytteverdien av PETS..... | 60 |
| 6 | KONKLUSJON..... | 64 |
| 7 | REFERANSELISTE..... | 66 |

TABELLER:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabell 1: Avgifter gjort krav på fra ulike grupper etter helsekonsultasjoner..... | 24 |
| Tabell 2: Helseanleggenes gjennomsnittsinntekt fra konsultasjonsavgifter og medisiner. (i millioner Meticas, 1 million Meticas = 38,241 USD) | 24 |
| Tabell 3: Innbyggere og konsultasjoner per helsearbeider i 2003 | 25 |
| Tabell 4: Regional barnedødelighet | 28 |
| Tabell 5: Helseutgifter i Ghana 1999 – 2004..... | 29 |
| Tabell 6: Faste ikke – lønns utgiftsstrømmer til helseanleggene per polikliniske konsultasjon i 1998 cedis. 1 million Cedis = 110,35 USD | 31 |
| Tabell 7: Prosentandel økning - immunisering av barn | 32 |
| Tabell 8: Sammenligning av prosenten av offentlige utgifter på departement- og enhetsnivå | 33 |
| Tabell 9: Antall pasienter per lege og sykepleier i de ulike regionene | 34 |
| Tabell 10: Tilgang til helseanlegg, prosentandel av befolkningen | 35 |
| Tabell 11: Budsjettallokering..... | 39 |
| Tabell 12: Prosentvis endring i immunisering og lagerhold..... | 40 |
| Tabell 13: Pasienter per helsearbeider | 41 |
| Tabell 14: Kvalifisert helsepersonell | 42 |
| Tabell 15: Avstand til nærmeste helseanlegg | 42 |
| Tabell 16: Situasjonen i Mosambik, Ghana og Uganda | 45 |

FIGURER:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figur 1: Barnedødelighet i de tre afrikanske landene | 9 |
| Figur 2: Svangerskapsrelaterte dødsfall i de tre afrikanske landene..... | 10 |
| Figur 3: Aidsrelaterte dødsfall per år (aldersgruppen 0 til 49 år) | 11 |
| Figur 4: Tall på dødsfall relatert til malaria og Tuberkulose (TB) | 12 |
| Figur 5: Faste offentlige utgifter til helsesektoren i Uganda | 38 |
| Figur 6: Finansieringskilder for helsesektoren i Uganda..... | 39 |
| Figur 7: Prosentandel av befolkningen med fem kilometer eller mindre til nærmeste helseanlegg..... | 43 |
| Figur 10: Prosentandel av mennesker som lever under 2USD om dagen..... | 44 |
| Figur 11: Prosentandel av fødsler assistert av kvalifisert helsepersonell | 49 |

1 INNLEDNING

1.1 Ordforklaringer og forkortelser

| | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AIDS | Acquired Immunodeficiency Syndrome |
| Antenatal pleie | Pleie av gravide før fødselen |
| Asfyksi | Kvelning, her: ved fødselen |
| BNP | Bruttonasjonalprodukt |
| DPT vaksine | Vaksine som beskytter mot difteri, pertussis (kikhoste) og tetanus (stivkrampe) |
| Ekstrem fattigdom | Defineres som manglende tilgang på drikkevann, primærutdanning og primærhelsetjeneste. Verdensbankens definisjon av ekstrem fattigdom er andelen av befolkningen som lever av under 1 US\$ om dagen ¹ . Denne fattigdomsgrensen er basert på hva de fattigste lever av i lavinntektsland. For å overføre denne internasjonale fattigdomsgrensen til lokal valuta trengs valutaratere som reflekterer forskjellene i priser på varer og tjenester mellom land. Det tas hensyn til kjøpekraftsparitet til konsumentene i det enkelte land. |
| EU | Europeiske Union |
| FN | Forente Nasjoner |

¹ Verdensbanken, 2005 - <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPA/0,,contentMDK:20153855~menuPK:435040~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430367,00.html>

| | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Helseanlegg | En helseenhet finansiert av offentlig sektor. I utgangspunktet skal alle enheter ha minst en ansatt med kliniske kunnskaper på basisnivå. |
| HIV | Human immunodeficiency virus |
| IMF | International Monetary Fund |
| In-kind | Når myndighetene gir sin støtte i form av materialer og utstyr istedet for penger. |
| MDG | Millennium Development Goals; FNs tusenårsmål |
| NGO | Non Governmental Organizations |
| OECD | Organization for Economic Co-operation and Development |
| PETS | Public Expenditure Tracking Survey |
| PPP | Purchasing Power Parity /Kjøpekraftsparitet - En metode for å måle den relative kjøpekraften til ulike lands valuta for samme type varer og tjenester. Etersom varer og tjenester kan koste mer i ett land enn i et annet, vil PPP tillate oss en mer nøyaktig sammenligning av levestandard på tvers av landegrenser. PPP bruker priser til å sammenligne komparative varer. Estimater er ikke alltid robust ettersom alle typer varer ikke kan sammenlignes over landegrenser ² . |
| WHO | World Health Organization, Verdens helseorganisasjon |

² Verdensbanken, 2005 - <http://youthink.worldbank.org/glossary.php#ppp>

1.2 Helsen situasjonen i fattige land

I dag dør svært mange mennesker på grunn av sykdommer som effektivt kan behandles. Medisiner når ofte ikke frem til dem som trenger det mest, og det er fattige mennesker som blir hardest rammet. Mange av verdens fattigste land investerer ikke i helse, og helsebudsjettene reduseres ofte for å betale utenlandsgjeld. For fem år siden formulerte FN åtte tusenårs mål for fattigdomsbekjempelse, og det er ti år til disse målene skal være gjennomført. Flere av tusenårs målene handler nettopp om forholdet mellom helse og fattigdom.

I følge Norad (2005) er god helse en menneskerettighet³. For at mennesker skal kunne leve et aktivt og meningsfullt liv er god helse en viktig forutsetning. Det vil være lønnsomt å investere i forbedringer i helsesituasjonen til de fattige i verden. Dersom fattige mennesker opplever bedre helsetilstand kan det påvirke bekjempelsen av fattigdom og gi økt verdiskapning. Bedre helse vil gi mennesker økt læringsevne, større arbeidsdyktighet, og reduserte sykdomsrelaterte utgifter. Dette er faktorer som vil være med å redusere fattigdom, og bidra til å nå FNs tusenårs mål.

Resultatet av forskning rettet mot de fattiges sykdommer vil sannsynligvis kunne gi sosiale gevinster. Det vil være nødvendig at rike land hjelper fattige lande med å bekjempe sykdommer. Sachs (2004) hevder i en artikkel at: "Disease leads to extreme poverty; extreme poverty leads to political instability; political instability leads to state failure; and state failure, alas, leads to violence, criminality, and havens for terrorism, not to mention the international transmission of disease itself"⁴.

I dag er offentlig tenkning og handling rundt ekstrem fattigdom i forandring. Flere og flere ser behovet for å komme frem til en løsning som kan gjøre grunnleggende helsetjenester tilgjengelige for alle mennesker, også de fattigste i verden. Kampanjen "Make Poverty History" er et eksempel på dette. Kampanjen ønsker å rette fokus mot

³ Norad, 2005 - http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=1597

⁴ Sachs, 2004 – "Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals" Round Table, Bulletin of the World Health Organization, Vol.82, No.12, page 948

fattigdomsbekjempelse og å fremme FNs tusenårsmål. For fem år siden ble FNs tusenårsmål formulert, og det er ti år til målene skal være gjennomført.

Jeffrey Sachs (2002) hevder at det er realistisk, ikke spesielt dyrt og ekstremt lønnsomt å skape et bedre liv for verdens fattige. Målet om å redusere sykdom og fattigdom radikalt innen 2015 er, ifølge Sachs, ikke naivt, men absolutt realistisk.

1.3 Formål med oppgaven

I denne oppgaven skal jeg sammenligne observasjoner og undersøkelser fra ulike land i Afrika. Jeg har valgt å fokusere på undersøkelser av den offentlige primærhelsetjenesten i landene Mosambik, Ghana og Uganda. I disse tre landene er det gjort studier i form av "Public Expenditure Tracking Surveys" der man forsøkes å følge pengestrømmene fra offentlige styresmakter og ut til enhetene som tilbyr helsetjenester.

Med bakgrunn i disse undersøkelsene har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Avslører PETS studiene betydelige likheter eller forskjeller mellom Mosambik, Ghana og Uganda? Og kan denne type studier fungere som et nyttig verktøy for å oppnå FNs tusenårsmål for fattigdomsbekjempelse?

1.4 Avgrensninger

I Afrika, sør for Sahara, ligger mange av verdens fattigste nasjoner. I denne oppgaven representerer Mosambik, Ghana og Uganda denne fattigste delen av verden. Tidsrammen og størrelsen på oppgaven gjorde at det ble vanskelig å trekke inn studier fra flere land. I oppgaven har jeg konsentrert meg om helse og offentlig sektor i de tre landene. Undersøkelsene jeg har benyttet tar for seg helseanlegg i primærhelsetjenesten. I oppgaven vil jeg konsentrere meg om de tre av FNs tusenårsmål som er relatert til helse.

1.5 Arbeidsmetode

Til denne oppgaven har jeg samlet inn store mengder informasjon. Arbeidet har så bestått i å trekke ut relevant informasjon fra det innsamlede materialet for så å bearbeide og analysere det.

Jeg har valgt å bruke modellen til Svensson og Reinikka (2004) fra deres undersøkelser i skolesektoren i Uganda. Modellen tar for seg hvordan det å skaffe befolkningen informasjon om deres krav og rettigheter kan føre til at midler fra det offentlige kommer frem dit de skal. I min oppgave ønsker jeg å se på denne modellen i forhold til helsesektoren.

2 EMPIRI

2.1 FNs tusenårssmål

Tusenårsmålene setter rammen rundt oppgaven og kan gi en bedre forståelse av hvilken nytte PETS studier kan ha. Jeg ønsker også å se hvordan Mosambik, Ghana og Uganda ligger an i forhold til å nå målene.

Tusenårsmålene ble vedtatt av FNs hovedforsamling i år 2002. Målene er å forbedre forholdene for mennesker i verden, og inkluderer fattigdomsbekjempelse, forbedringer innen utdanning, helse, kjønnslikevekt og en bærekraftig utvikling.

Innen året 2015 skal alle de 191 medlemslandene i FN ha forpliktet seg til å møte følgende åtte mål:

- 1) Halvering av fattigdom – halvere andelen som lever på mindre enn én USD per dag innen 2015.
- 2) Utdanning for alle i år 2015 – alle barn, uavhengig av kjønn, skal kunne fullføre grunnskoleutdanning.
- 3) Oppnå likestilling – oppnå full likestilling i grunnskoleutdanning senest år 2005, og på alle nivåer av utdanning til år 2015.
- 4) Redusere barnedødelighet – redusere dødeligheten blant barn under fem år med to tredjedeler innen 2015.
- 5) Redusere mødredødeligheten – redusere dødeligheten blant mødre med tre fjerdedeler innen 2015.
- 6) Stoppe spredningen av HIV/AIDS, malaria og andre sykdommer - snu trenden fra en økning til en minskning av antallet nye tilfeller
- 7) Sikre miljøvennlig og bærekraftig utvikling – halvere andelen av jordens befolkning uten tilgang til rent drikkevann innen år 2015. Vesentlig forbedring i levekår for minst 100 millioner mennesker som bor i slumområder innen 2020.

-
- 8) Bygge et lokalt partnerskap for utvikling – blant annet gjennom økt bistand, rettferdige handelsregler og sletting av gjeld for utviklingslandene ⁵

Jeg vil fokusere på mål 4, 5 og 6, disse vil jeg nå diskutere nærmere.

2.1.1 Mål 4 – Redusere barnedødeligheten

Hvert år dør millioner av barn rundt i verden. Det er store forskjeller på hvor mange barn som dør i ulike land. I noen land dør fire barn per 1000 fødte, andre land opplever at over 300 per 1000 fødte barn dør. I følge FNs utviklingsprogram (2005) reduseres barnedødeligheten med for lav hastighet slik situasjonen er i dag⁶. En reduksjon i barnedødelighet vil kun bli på en fjerdedel innen år 2015, ikke to tredjedeler som var målet.

Mer enn en av fem dødsfall blant barn under fem år finner sted i de første leveukene. Årsaken er i hovedsak feilernæring i svangerskapet og konsekvensene bli lav fødselsvekt og dermed høyere dødelighet. Andre årsaker er dårlig antenatal pleie og manglende fagutdannede fødselshjelpere (WHO, 2005).

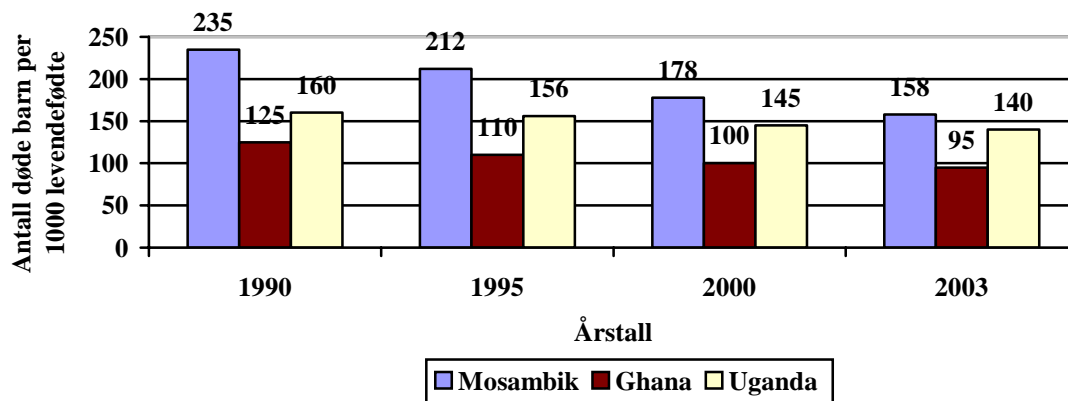
Også Afrika sør for Sahara opplever reduksjon i barnedødeligheten. Men malaria, tuberkulose og fremfor alt de høye HIV/AIDS - tallene holder tilbake utviklingen, og har noen steder ført til økt barnedødelighet de seneste årene.⁷

Mosambik, Ghana og Uganda er alle land med høy dødelighet blant barn.

⁵ United Nations, 2005 http://www.undp.no/article.asp?Category_Id=MDG&article_Id=1200

⁶ United Nations Development Programme, 2005 - http://www.undp.no/article.asp?Article_Id=1656

⁷ United Nations Development Programme, 2005 - http://www.undp.no/article.asp?Article_Id=1656



Figur 1: Barsedødelighet i de tre afrikanske landene ⁸

Hvis utviklingen mellom 1990 og 2003 fortsetter vil Mosambik nå FNs tusenårsmål om redusert barnedødelighet i 2017, Ghana først i 2027 og Uganda ikke før i 2060.

Utgangssituasjonen er bedre både når det gjelder Ghana og Uganda. Selv om Mosambik har redusert barnedødeligheten mer enn de andre landene, ligger den fremdeles over utgangssituasjonen til både Ghana og Uganda.

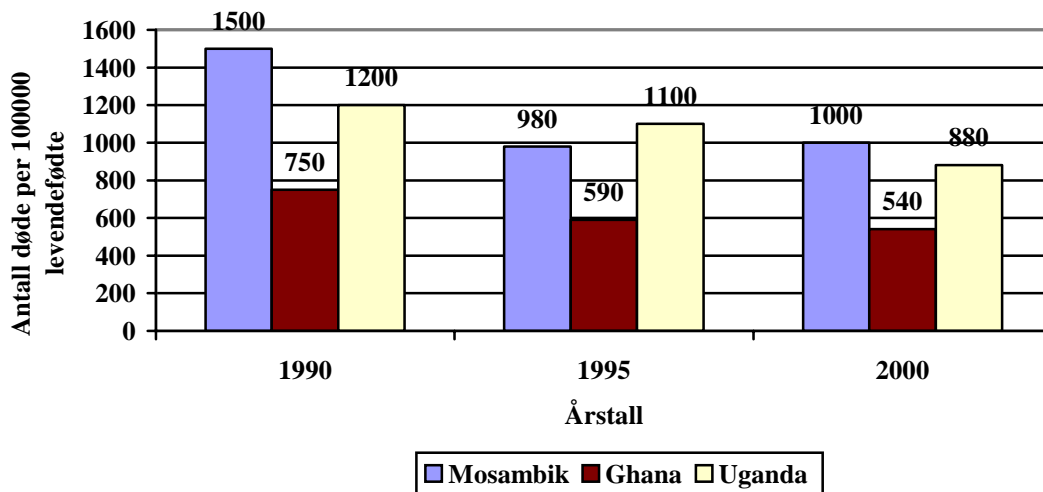
2.1.2 Mål 5 – Redusere mødredødeligheten

Hvert år dør over 500 000 kvinner på verdensbasis av årsaker som kan ses i sammenheng med svangerskap og fødsler. Variasjonene mellom land er enorme. I rike nasjoner, som for eksempel OECD-landene, dør en av 4000 kvinner i forbindelse med graviditet eller fødsel. I fattige land, som land i Afrika sør for Sahara, dør en av tretten kvinner⁹.

Målet er å redusere slike svangerskapsrelaterte dødsfall med to tredjedeler innen år 2015. Men de verst rammede regionene, det sørlige Afrika og sør- og sentralAsia, gjør ikke tilstrekkelige fremskritt for å nå målet.

⁸ Globalis, 2005 – <http://www.globalis.no>

⁹ United Nations Development Programme, 2005 - http://www.undp.no/article.asp?Article_Id=1657



Figur 2: Svangerskapsrelaterte dødsfall i de tre afrikanske landene¹⁰

Fortsetter trenden mellom 1990 og 2000 har de tre landene mulighet til å nå målet innen tidsrammen.

For å få ned svangerskapsrelaterte dødsfall er det nødvendig å øke antall fødsler som skjer med kvalifisert helsepersonell til stede. Bare 37 prosent av alle fødsler i Afrika sør for Sahara skjer i nærvær av kvalifisert helsepersonell¹¹.

2.1.3 Mål 6 – Stoppe spredningen av HIV/AIDS, malaria og andre sykdommer

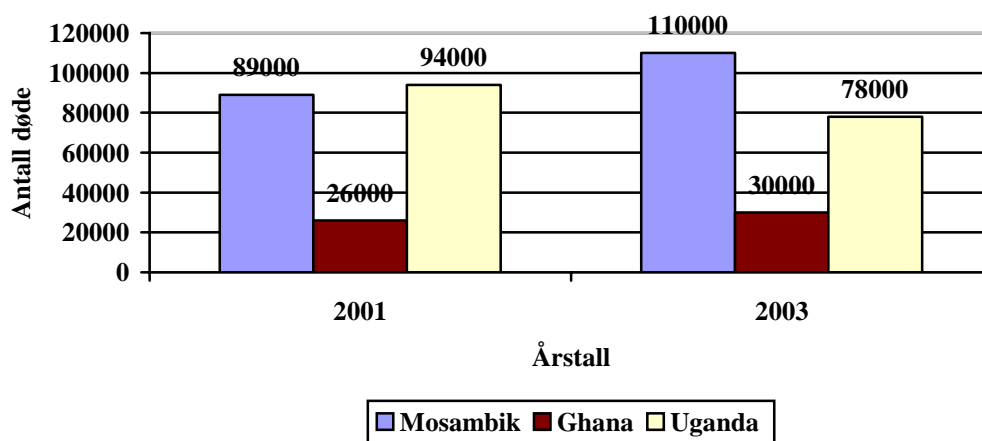
HIV og AIDS epidemien er en av de verste i historien. Det første tilfellet ble oppdaget på begynnelsen av 1980-tallet, og har siden det forårsaket mer enn 25 millioner dødsfall¹². Til tross for økt tilgang til effektive medisiner mot sykdommen døde 3,1 millioner mennesker av AIDS i 2005. Over en halv million av disse var barn. Hvert år smittes omkring fem millioner mennesker av HIV. Det er 13.700 per dag. På grunn av forskjeller, for eksempel i infrastruktur, utdanningssystem, helsevesen og fattigdom,

¹⁰ Globalis, 2005 – <http://www.globalis.no>

¹¹ United Nations Development Programme, 2005 - http://www.undp.no/article.asp?Article_Id=1657

¹² UNAIDS/WHO, 2005 - http://www.unaids.org/epi2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/epi-update2005_en.pdf

slår HIV/AIDS epidemien ulikt ut i forskjellige deler av verden. Verst rammet er de fattigste landene, og 95 prosent av de smittede lever i Afrika sør for Sahara. Av de nesten 30 millioner mennesker som lever med smitten i dette området får bare 0,1 prosent medisinsk behandling for sykdommen¹³.



Figur 3: Aidsrelaterte dødsfall per år (aldersgruppen 0 til 49 år)¹⁴

Figur 3 viser aidsrelaterte dødsfall per år i de tre landene fra år 2001 og 2003. Datagrunnlag fra to år med så kort intervall er for lite til å si noe om hvilken trend landene følger. Figuren viser likevel at det har vært en økning i AIDS-relaterte dødsfall i Mosambik og Ghana. I Uganda har antallet dødsfall relatert til AIDS gått ned. Dersom reduksjonen er reell, vil Uganda være et eksempel på at det er mulig å vinne kampen mot sykdommen AIDS. Uganda er et av få afrikanske land hvor utbredelsen av HIV har gått ned. I 1990 var forekomsten av AIDS-tilfeller i Uganda på 15 %, i 2001 var den gått ned til 5 %. Det er vanskelig å si noe nøyaktig om tilfellene av AIDS i Uganda. Helsevesenet i landet er dårlig utbygget og store deler av landet er vanskelig å få tak i statistikker fra på grunn av borgerkrig¹⁵.

Den fattigste delen av verdens befolkning rammes ofte av malaria og tuberkulose. Det er estimert at 200 til 500 millioner mennesker hvert år rammes av malaria, 90 prosent av tilfellene oppstår i Afrika sør for Sahara¹⁶. Hvert år smittes omkring 60 millioner av tuberkulose. I dag finnes det medisiner som kan forhindre at mennesker dør av

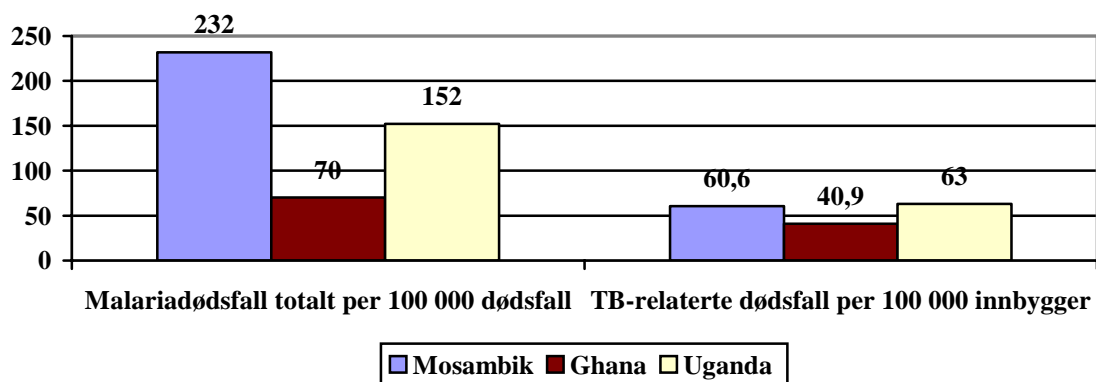
¹³ United Nations Development Programme, 2005 - http://www.undp.no/article.asp?Article_Id=1613

¹⁴ Globalis, 2005 - <http://www.globalis.no>

¹⁵ AVERT, 2005 - <http://www.avert.org/aidsuganda.htm>

¹⁶ Department for International Development - <http://www.dfid.gov.uk/mdg/malariafactsheet.asp>

disse sykdommene. Likevel dør 2 millioner årlig dør av tuberkulose og 1 million av malaria fordi de ikke har tilgang på slike medisiner¹⁷. Figur 4 viser dødsfallene relatert til malaria og tuberkulose i Mosambik, Ghana og Uganda, tallene er fra år 2000.



Figur 4: Tall på dødsfall relatert til malaria og Tuberkulose (TB)¹⁸

2.1.4 Hvordan nå tusenårsmålene?

Landene Mosambik, Ghana og Uganda beveger seg alle i retning mot å nå de helse-relaterte målene 4, 5 og 6. Ikke alle målene vil nås innen tidsrammen, og noen ikke før om lang tid dersom trenden fortsetter slik den har gjort mellom 1990 og 2003. Tallene så langt viser at de tre landene beveger seg i ulikt tempo, spesielt når det gjelder målet om å redusere barnedødelighet. Det ser ut for at Mosambik kan klare å nå dette målet, for Ghana og spesielt Uganda er det mindre optimistisk. Alle tre landene vil kunne nå målet om å redusere svangerskapsrelaterte dødsfall dersom trenden fra 1990 til 2000 fortsetter.

Når det gjelder å stoppe spredningen av sykdommer som AIDS, malaria og tuberkulose er det vanskelig å si noe om de tre landene har mulighet for å klare dette innen år 2015. Bortsett fra AIDS-tallene fra Uganda ser det ut for at andelen

¹⁷ United Nations Development Programme, 2005 - http://www.undp.no/article.asp?Article_Id=1613

¹⁸ Globalis, 2005 - <http://www.globalis.no>

mennesker som smittes av disse sykdommene øker, og det vil være nødvendig med økt fokus på kurativ og preventiv behandling for å nå mål 6.

For at verden skal kunne nå målene, og de fattigste i verden skal kunne benytte seg av offentlige tjenester, er det nødvendig med kontinuerlig økonomisk vekst, effektiv flyt av ressurser og muligheten til å omsette disse ressursene til tjenester.

Tjenestetilbudet kan forbedres gjennom investeringer i menneskelige ressurser. Bedre helsetjenester kan kanskje føre til at fattige mennesker ønsker å bidra til vekst, og på den måten frigjøre seg fra fattigdom. Mange utviklingsland har stabilisert og restrukturert økonomien, men ser fremdeles ikke noen sterk økonomisk vekst eller reduksjon i fattigdom. En grunn til dette kan være den begrensede tilgangen til, og den lave kvaliteten på basishelsetjenestene.

Om man skal klare å nå tusenårsmålene er man også avhengig av mulighetene til å utvikle ressursene videre til basistjenester. I fattige land er der ofte alvorlige mangler på det tjenesteutøvende leddet.

For å nå FNs mål kan det være hensiktsmessig å analysere flyten av ressurser og tjenester. Undersøkelserprogram som tar for seg flyten av offentlige midler og utgifter frem til det tjenesteutøvende leddet kan være et eksempel på en slik analyse. PETS er eksempler på undersøkelsesprogrammer som genererer nye mikrodata gjennom analyser av tjenestetilbydere og tilfeldige eksperimenter. Dataene som samles kan knytte sammen opplysninger fra brukere og tilbydere i sluttledet, og offentlige og politiske prosesser på administrasjonsnivå. Opplysningene som fremkommer fra denne type undersøkelser kan bidra til en bedre forståelse av flyten av offentlige midler. (Hammer et al, 2002). Resultatene fra disse undersøkelsene kan hjelpe oss å forstå hvor og hvordan forandringer bør gjøres, og hva som fungerer og ikke fungerer i det offentlige systemet.

2.2 Public Expenditure Tracking Survey – PETS

PETS er en type undersøkelse som følger strømmen av offentlige utgifter frem til tilbyderne av tjenestene. Det er et nyttig virkemiddel for å lokalisere og kvantifisere ressurser som forsvinner i politiske og byråkratiske systemer og problemer knyttet til å utnytte ressursene. Denne type verktøy kan benyttes til å vurdere ulike lands ressursbruk av offentlige tjenester (Dehn et al, 2003).

Verktøy som PETS gir et kvantitativt overblikk på forsyningsiden av offentlige tjenester. Observasjonsenheten er typisk et tjenesteanlegg og/eller lokale myndigheter. Det er nødvendig med grundige PETS med bredt fokus for å skaffe gode data. Gode og representative data kan tilføre troverdighet som ikke oppnås gjennom småskalastudier eller institusjonelle betraktninger (Lindelöw, 2003).

Opplysningene som samles dreier seg om anleggs karakteristikk, økonomiske strømninger, utbyttet av tjenester, regnskapspliktsordninger og så videre. Data som samles i undersøkelsen hentes fra registrerte gjennomgåelser og intervjuer. Utforming og fremgangsmåte varierer avhengig av kontekst og fokus i forhold til hva man ønsker å se på. Dataene kan ha et mangesidig bruksområde. De kan for eksempel tjene som et enkelt diagnostisk verktøy i fravær av pålitelige data fra administrativt og finansielt nivå. De kan også tilføre mikroøkonomiske data til empiriske studier på styresett, verdier som forsvinner i systemet, desentralisering og kostnadseffektivisering¹⁹.

Når PETS er gjennomført kan resultatene utgjøre en basis for endringsprosesser. Gode observasjonsdata kan omsettes til ny praksis dersom myndighetene ønsker å iverksette endringer. Undersøkelsene kan dermed være til fordel for både politikerne i landet og eventuelle bistandsyttere (Reinikka og Svensson, 2003). Det vil være formålstjenlig for de som vil yte bistand å vite hvordan bistandsressursene blir forvaltet i

¹⁹ Verdensbanken, 2005 - <http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resources/PS.PETS.QSDS.Reinikka.Jan.2004.ppt#380,22,Go>
od reasons for doing PETS/QSDS

mottakerlandet. PETS kan også fungere som basis for informasjonskampanjer hvor hensikten er å øke klientmakten til brukerne av tjenester (Reinikka, 2004).

Den første PETS fant sted i Uganda i 1996, her var fokus rettet mot utdanningssektoren. Siden har et stort antall PETS og lignende undersøkelser vært foretatt i ulike regioner i verden, blant annet i Mosambik, Ghana og Honduras (Reinikka og Svensson, 2003).

Offentlige ressurser går som regel gjennom flere trinn i byråkratiet på vei til tjenesteenhetene. Når ressursene kommer frem til helseanlegg er tjenesteutøverne ansvarlige for å benytte ressursene mest mulig effektivt. I tilfeller der ressurser underslås kalles det korrupsjon. Eksempel på korrupsjon er når ansatte på administrasjonsnivå unnlater å overføre ressursene fra myndighetene videre til tjenesteutøverne. Et annet eksempel er dersom de ansatte i helseanleggene stjeler medisiner. Ulovlig arbeidsfravær og det å ta overbetaling fra brukerne kan også kategoriseres som korrupsjon i følge Lindelöw (2003). Ineffektivitet, høye kostnader og lav kvalitet kan være andre grunner til uoverensstemmelse mellom offentlig forbruk og resultater. PETS er en nyttig metode for å lokalisere slike problemer samt politisk og byråkratisk lekkasje.

En del begrensninger i forhold til PETS er selvsagt tilstede. Undersøkelsene tilfører bare deler av svaret på om offentlige utgifter kommer frem til ønsket destinasjon og om de blir brukt på mest mulig effektiv måte. Det vil fremdeles være behov for andre typer undersøkelser og analyser. For eksempel vil det være nødvendig å undersøke og analysere budsjetter og representative husholdninger for å få kunnskaper om sosiale påvirkninger. Disse er fortsatt viktige verktøy for å avgjøre om offentlige tjenester fungerer optimalt i et land.

Informasjonen vi får gjennom PETS fører ikke nødvendigvis til endringer og løsninger på problemene. PETS er ikke løsningen på problemene, den kan kun peke på hvor eventuelle problemer ligger. Det er opp til de som blir fremlagt resultatene fra PETS, som for eksempel regjeringer i de enkelte land og bistandsyttere fra andre land, om resultatene skal brukes til noe. Kun på den måten vil PETS fungere som et nyttig verktøy.

3 MODELL

Jeg har valgt å bruke en modell for statlige overføringer til skoler hentet fra Reinikka og Svensson (2004) og forelesningsnotater av Bertil Tungodden fra faget "Næringsliv og bistand i fattige land" (2004). Modellen er ment som et verktøy til å forklare forskjellene i mottatte overføringer fra sentrale myndigheter til skoler i fattige land.

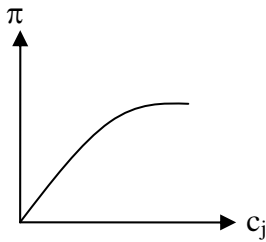
Antar at vi i et distrikt har en skole j med et ressursgrunnlag y_j . Distriktoffiseren mottar overføringer fra myndighetene og skal videreføre summen til skolen. Myndighetene skal overføre en sum, g_j , til skolen via distriktet. Skolen har imperfekt informasjon om hvor mye myndighetene faktisk overfører til distriktet, og vet derfor ikke hva de har rett på. Forbedret informasjon krever ressursbruk fra skolen.

Vi kan anta at distriktoffiserene også har behov for midlene til andre formål, og at de derfor ønsker å distribuere så lite som mulig videre til skolene. Distriktene sender $s_j \leq g_j$ til skole j .

Skolen kan enten akseptere eller forkaste tilbudet. Dersom skolen ikke aksepterer overføringen s_j , vil skolen protestere. De må da ta kostnaden forbundet med en slik protest.

En protest vil være suksessfull med sannsynlighet $\pi(c_j)$, hvor c_j er mengden ressurser skolen bruker på en protest og $c_j \leq y_j$. Dersom protesten tas til følge, straffes distriktoffiseren med $\varphi > 0$, og skolen mottar hele beløpet g_j . Det er ikke mulig å gjennomføre en protest som koster mindre enn \underline{c} . Sannsynligheten for at protesten mislykkes er $1 - \pi(c_j)$, og skolen ender da opp med s_j .

Antar at $\pi' > 0$ og $\pi'' \leq 0$ for $c_j \geq \underline{c}$. Sannsynligheten for suksessfull protest er stigende med økende c_j . Vi har her et avtagende grenseprodukt, hvor grenseproduktet av å bruke en enhet mer på protest er stigende frem til et punkt hvor resultatet av å tilføre mer ressurser på protest vil avta og reduseres.



Nytten av å bruke mer og mer penger på protest vil være avtagende. Dersom skolen ikke bruker ressurser på å protestere vil de bare motta s_j slik at $0 \leq s_j \leq g_j$. Dersom de ikke bruker ressurser på protest, vil de heller ikke motta noe, $\pi(0) = 0$.

Skolen tror de har rett på g_j^e . Skolen ønsker å protestere med optimal ressursmengde, c_j^* , denne finnes ved å maksimere følgende uttrykk med hensyn på c_j :

$$\max \pi(c_j) g_j^e + (1 - \pi(c_j)) s_j - c_j$$

Finner da optimal c_j^* fra førsteordensbetingelsen $\pi'(g_j^e - s_j) = 1$, det vil si når forventet gevinst er lik forventet kostnad. Optimal ressursmengde finnes når marginal inntekt er lik marginal kostnad. I dette punktet vil ikke en ekstra enhets økning av en innsatsfaktor føre til noen endring i profitten.

Skolen vil protestere dersom:

$$\pi(c_j^*) g_j^e + (1 - \pi(c_j^*)) s_j - c_j^* > s_j.$$

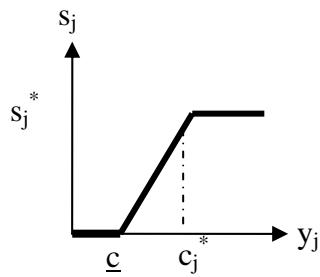
Forventet totaleffekt med protest må være større enn forventet totaleffekt uten protest.

Antar at distriktsoffiseren ønsker å maksimere sin andel, og samtidig ønsker å unngå protester fra skole j. Overføringen fra distriktsoffiseren vil da være s_j^* . En viktig forutsetning for at s_j^* skal være optimal, er at straffen ϕ er høy nok. Optimal s_j^* er definert ved:

$$\pi(c_j^*) g_j^e + (1 - \pi(c_j^*)) s_j - c_j^* = s_j^*$$

Dersom straffen er stor vil distriktsoffiseren unngå protest, og gi så mye at skolene ikke protesterer.

Prediksjon fra modell:



Skoler med ressursgrunnlag under \underline{c} har ikke råd til å protestere, og vil derfor heller ikke motta noen overføringer fra distriktsoffiseren ettersom han/hun kun overfører midler til skolene for å unngå protest. Skoler med større ressursgrunnlag enn optimal protest, $y_j \geq c_j^*$, vil det ikke være noen hensikt å bruke mer ressurser enn c_j^* på en protest, da ressursbruk over dette ikke vil føre til annet enn s_j^* . Årsaken til dette er den avtagende grensenytten av protest over c_j^* . Noen skoler har ikke råd til å utføre optimal protest, her er $c_j^* > y_j$, men skoler med ressursgrunnlag y_j mellom \underline{c} og c_j^* vil likevel ha utbytte av å initiere en protest. Her vil en ekstra innsats brukt på protest gi økt nytte for skolen som protesterer.

Setter vi s_j^* inn i $\max \pi(c_j) g_j^e + (1 - \pi(c_j)) s_j - c_j$, og totaldifferensierer, finner vi:

$$ds_j^*/dy_j = (\pi'(g_j^e - s_j^*) - 1) / \pi$$

Dette uttrykket er positivt for alle skoler som ikke har nok penger til å lansere en optimal protest, slik at $\pi'(g_j^e - s_j^*) > 1$.

Distriktsoffiseren vil ta hensyn til skolens ressursgrunnlag når han/hun bestemmer hvor mye han skal overføre.

$$\pi(y_j) g_j^e + (1 - \pi(y_j)) s_j - y_j = s_j^*$$

For å finne effekten av endring i skolens ressursgrunnlag totaldifferensierer vi dette uttrykket og finner at $ds_j^*/dy_j > 0$

Vi kan også studere effekten av endring i informasjon. Finner da at $ds_j^*/dg_j^e > 0$ (Tungodden, 2004).

Konklusjonen fra modellen er at rike skoler mottar mer enn fattige skoler, og skoler som har bedre informasjon om hva de har rett på også mottar mer.

Distriktene må gi mer til skoler som allerede har ressurser. Fattige skoler trenger ikke distriktene bry seg om, da fattige skoler ikke har råd til å demonstrere. Resultatet blir at de fattigste skolene mottar minst, og bistanden kommer frem til de mest ressursrike skolene.

Folk som er bedre informert forventer mer. Myndighetene må betale mer til de enkelte skoler. Bedre informasjon til folket øker sannsynligheten for protester dersom beløpene ikke stemmer. Gjennom protester har skolene større sannsynlighet for å lykkes og myndighetene må betale ut mer penger for å hindre protester.

Undersøkelsen i Uganda avslørte at store skoler mottok en større andel av ressursene, og skoler med økonomisk sterke foreldre opplevde mindre grad av lekkasje av midlene. Lav grad av påvirkning var essensielt for utfallet (Reinikka og Svensson, 2004). Modellen ble bekreftet i undersøkelsen fra Uganda. Undersøkelsene fra skoler i Tanzania viste ingen klar sammenheng mellom graden av informasjon og andelen mottatte ressurser.

Antar at denne modellen også kan benyttes for helseanlegg. Bytter da ut skole med helseanlegg i modellen. I analysedelen i oppgaven vil jeg gå mer inn på om denne modellen kan brukes som eksempel på hvordan informasjon til lokalbefolkningen kan påvirke prosessen.

4 FORHOLDENE I ULIKE LAND

4.1 Mosambik

Regjeringen i Mosambik har siden uavhengigheten i 1975 promotert en helsepolitikk basert på prinsipper om likhet og bred tilgang til basishelsetjenester. Prinsippene er nedfelt i grunnloven. Offentlige ressurser til helsesektoren har vært økende, men effekten av de økte ressursene har ikke gitt de ønskede resultater (Lindelöw et al, 2004). I Mosambik får befolkningen i hovedsak helsehjelp gjennom primærhelsetjenester, for mange er dette deres eneste kilde til helsetjenester.

Mosambik har hatt en imponerende økonomisk vekst med god progresjon i arbeidet mot å redusere fattigdom og forbedre sosiale indikatorer (Manoel et al, 2005). Regjeringen har stabilisert det makroøkonomiske miljøet, utviklet den økonomiske liberaliseringen og implementert flere institusjonelle og strukturelle reformer. Men Mosambik er fortsatt et fattig land, med dårlig infrastruktur og hvor behovene innen utdanning og helse er langt fra dekket. 37,85 prosent av Mosambiks befolkning lever under ekstrem fattigdom²⁰. Det er behov for økonomiske og sosiale reformer med en politikk som stimulerer til private investeringer og styrker veksten.

I snitt hadde økonomien i Mosambik en vekst på 8,5 prosent mellom 1996 og 2004 (Manoel et al., 2005). Veksten har vært drevet av store prosjekter, investeringer fra naboland, bistandsstøtte og vekst i jordbrukssektoren. Naturkatastrofer som oversvømmelser og tørkeperioder rammer ofte regionen, og fører til en ustabilitet som også rammer den økonomiske veksten i Mosambik.

I 2002 gjennomførte regjeringen en undersøkelse av de offentlige utgifter til primærhelsetjenesten.

²⁰ Globalis, 2005 – <http://www.globalis.no>

4.1.1 Resultater fra undersøkelsen i Mosambik

Resultatene fra undersøkelsen ble analysert av Lindelöw, Ward og Zorzi (2004). Den videre gjennomgangen baserer seg på data hentet fra deres analyse i 2004.

Undersøkelsen skulle i hovedsak vurdere nivået av primærhelsetjenesten hvor det ble lagt spesiell vekt på strømmen av ressurser til tjenesteutøverne. Feltarbeidet fant sted mellom august og oktober i 2002. Data ble samlet fra fem nivå: provinsdirektorater for helse, distrikts helsedirektorater, primærhelsetjenesteenheter, helsearbeidere og brukere.

Det ble samlet detaljert informasjon fra 90 tilfeldige helseenheter i 35 distrikter. I tillegg ble en gruppe ansatte og klienter fra de utvalgte enhetene intervjuet. Ansatte fra administrasjonsenhetene ble også intervjuet for å få bedre oversikt og forståelse for eventuelle problemer.

Datamaterialet som ble samlet tilbyr et unikt perspektiv på interaksjonen mellom de ulike nivå i helsesektoren. Jeg vil videre fokusere på noen av områdene som ble dekket i rapporten; budsjettallokering, distribusjon av medisiner og utstyr, brukerbetaling, menneskelige ressurser og tilbud av tjenestene.

Budsjettallokering

Informasjonen som ble samlet dekket både statsbudsjett og regionale budsjett fra bistandsyttere. Data, og prosessen å samle data, avslørte flere problemer med budsjettallokering og iverksettingsprosessen. Data omkring lønn og andre faste driftskostnader fra budsjetter på distriktsnivå var inkonsistente. Provisordirektorater kunne tilføre fullstendige distriktsnivådata for kun 40 prosent av distriktene. Denne informasjonsmangelen gjorde det vanskelig å vurdere om ressursene som var allokert til distriktet kom frem til ønsket destinasjon. Mange distrikt opplevde betydelige forsinkelser når det gjaldt å motta de første månedlige overføringene fra

statsbudsjettet. Flere av distriktsdirektørene identifiserte denne forsinkelsen som hovedproblemet i forhold til effektiv implementering av budsjettet.

Det er vesentlige forskjeller på sammensetningen av utgiftene mellom distriktene. Et eksempel er utgiftene på ansatte som prosent av totale utgifter, ekskludert medisiner og andre in-kind ressurser, disse spriker fra 35 til 90 prosent. Gjennomsnittet ligger på 70 prosent. Personalutgiftene utgjorde en stor del av distriktsbudsjettene. De store forskjellene mellom distriktene skyldes i hovedsak ulikhetene i lønnsutbetalinger til de ansatte.

Tall fra 2001 viser at det offentlige helseutgifter per capita varierte mellom distriktene. I noen distrikt ble det registrert 5000 Meticas per capita, i andre distrikt opptil 47 000 Meticas. I snitt var offentlige utgifter per capita lavere i rurale områder enn i urbane.

Distribusjon av medisiner og annet utstyr

Det totale tilbudet av medisiner kom gjennom et medisinprogram og et rekvireringsbasert system. For de fleste helseanleggene utgjorde det rekvireringsbaserte systemet en viktig kilde for tilbud av medisiner. 90 prosent rapporterte å ha mottatt medisiner gjennom dette systemet.

Til tross for det tilsynelatende tilstrekkelige tilbudet av medisiner manglet over halvparten av helseanleggene en eller flere essensielle basismedisiner når undersøkelsen ble gjort. Mange distrikter og enheter rapporterte også å ha hatt tomme lager forut for undersøkelsen. Kun tre fjerdedeler av helseanleggene som tilbød vaksinasjon til barn hadde alle vaksinene fra WHO's utvidede immuniseringsprogram på lager mens undersøkelsen ble utført. Forsyningssystemet så ikke ut til å sikre et konsistent tilbud av medisiner og vaksiner i store nok mengder til å erstatte det som var brukt.

Distriktsdirektoratet rekvirerte medisiner fra provinsdirektoratet. I de fleste tilfeller ble medisinene tilbudt av provinsdirektoratet innen 18 dager. Noen distrikter måtte vente opptil 90 dager fra medisinene ble rekvirert til de ble mottatt.

Manglende gjennomsiktighet om verdien av utstyr og medisiner forhindret en effektiv analyse. Provinsdirektoratet, distriktsdirektoratet, og helseanleggene hadde problemer når det gjaldt registreringen av medisinene. De elendige forholdene i registrering gav spillerom for lekkasje.

Brukerbetaling

Brukerne selv, helseenhetene og distrikts- og provinshelsedirektoratene rapporterte alle om brukeravgifter som var betalt eller samlet inn. Avgifter som ble betalt av brukerne var avgifter på medisiner samt avgifter for polikliniske og inneliggende pasienter.

I 1977 ble det opprettet en brukerbetalingslov for helsetjenester i Mosambik. Sykehusinnleggelse og forebyggende helsetjenester skulle være avgiftsfrie. Avgiften på polikliniske konsultasjoner skulle belastes med en nominell avgift, her var det rom for ulikheter. Inntektsavhengige prisreduksjoner var mulig, hvordan det skulle løses var imidlertid uklart. Medisiner skulle være gratis for inneliggende pasienter, ellers skulle prisene på medisinene følge prislister godkjent av Helsedepartementet. I 1987 ble det introdusert en ny lov hvor avgiftsnivået sto beskrevet. I loven var det med en rekke unntak blant annet for helsetjenester i forbindelse med fødsler, mindreårige, soldater i aktiv tjeneste, blodgivere, funksjonshemmede, pensjonister, arbeidsledige og så videre. Også sykdomsspesifikke unntak var tatt med. PETS avslørte at retningslinjene og normene var uklare på mange områder, blant annet på hvor mye som skulle kreves for de ulike tjenestene.

Betalingsregimene brukerne møtte var svært varierende. Gebyrer som ble krevd for konsultasjoner og medisiner varierte mellom provinser, distrikter og enheter og så ikke ut til å følge nasjonale retningslinjer. Det var kun 16 prosent av helseanleggene som kunne dokumentere konsultasjonsomkostningene.

Tabell 1: Avgifter gjort krav på fra ulike grupper etter helsekonsultasjoner

| | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Barn under fem år | Slapp som regel å betale for konsultasjoner, men i 35 % av tilfellene ble det rapportert at foreldre måtte betale |
| De ekstremt fattige | Ble fritatt for avgifter, men ikke i alle områder. 1/3 av helseanleggene rapporterte å ta betaling fra denne gruppen |
| Fødselshjelp og konsultasjoner i forbindelse med barseltiden | Som regel avgiftsfritt |
| Polikliniske pasienter | De fleste betalte en avgift |

| | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avgifter på medisiner | De ekstremt fattige og handikappede slapp som regel å betale avgiftene, men det var ingen universell regel |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Omtrent all brukerbetalingen som ble registrert ble overført til distriktdirektoratet og brukt til å finansiere videre utgifter. Der var store variasjoner på inntektene som ble mottatt i distriktene. Som vi ser i tabellen nedenfor mottok urbane områder mest.

Tabell 2: Helseanleggenes gjennomsnittsinntekt fra konsultasjonsavgifter og medisiner.

(i millioner Meticas, 1 million Meticas = 38,241 USD²¹)

| | Urbane områder | Rurale områder |
|----------------|----------------|----------------|
| Konsultasjoner | 1429 | 205 |
| Medisiner | 2869 | 421 |

(Lindelöw et al, 2004)

De forventede månedlige inntektene fra både medisiner og konsultasjoner baseres på gjennomsnittet av pasienter som behandles en måned. Tallene som faktisk rapporteres er mye lavere enn hva som forventes, noe som tyder på at det er betydelig lekkasje på dette nivået. De lave tallene kan selvsagt skyldes dårlige registreringer av brukerbetalingen.

²¹ The Universal Currency Converter, xe.com, <http://www.xe.com/ucc/>

Menneskelige ressurser

Provinsdirektoratet hadde overraskende lite registreringer og kontroll over de ansatte på distriktsnivå. Distriktsdirektoratet hadde bedre oversikt og informasjon over ansatte i helseanleggene, men også der var det mangler.

Distribusjonen av menneskelige ressurser var ikke alltid rettferdig fordelt i forhold til befolkning per helsearbeider. Fra 400 pasienter per helsearbeider til over 4000 sier noe om ulikheten. Gjennomsnittet lå på 1925 pasienter. Ser fra tabell 3 at rurale områder som oftest hadde størst andel av befolkningen per helsearbeider. Urbane områder hadde flest konsultasjoner per helsearbeider.

Tabell 3: Innbyggere og konsultasjoner per helsearbeider i 2003

| | Innbyggere per helsearbeider | Konsultasjoner per helsearbeider |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Rurale områder | 1982,0 | 1196,6 |
| Urbane områder (uten Maputo City) | 1581,4 | 1762,2 |
| Maputo City | 904,9 | 1359,3 |

(Lindelöw et al, 2004)

I rurale distrikt var det også mer vanlig med utskifting av de ansatte. De ansatte jobbet i snitt 2,7 år i rurale distrikt, mot 5 år i urbane områder.

Kun 62 prosent av helseanleggene hadde en eller flere ansatte med kliniske basisnivåkunnskaper. I urbane områder, spesielt i Maputo City, var det i gjennomsnitt flere kvalifiserte ansatte. Kravet om at alle enheter skulle ha minst en ansatt med kliniske kunnskaper på basisnivå var ikke opprettholdt.

Tilbud av tjenester

Det var store ulikheter i tilbudet av helsetjenester i distriktene. I gjennomsnitt brukte pasientene 50 minutter på å komme frem til et helseanlegg. Gjennomsnittstiden blir påvirket av noen pasienter som bor svært langt unna. Halvparten av pasientene bruker mindre enn en halv time på å komme frem. Befolkningen fra rurale områder bruker

lenger tid på å komme frem til et helseanlegg enn de som bor i urbane områder. Flesteparten av pasientene ankommer helseanleggene til fots. 81 prosent i rurale områder går til nærmeste helseanlegg, og 86 prosent i urbane områder går. De resterende i urbane områder ankom med offentlig transport, i rurale områder ble sykkel tatt i bruk.

I Mosambik ble det også brukt mobile helseteam. Dette var et helseteam som kjørte med bil ut til områder som ikke hadde offentlige helsetjenester i nærheten. De mobile helseteamene var installert med nødvendig utstyr og personell. På denne måten fikk også befolkningen i områder som tidligere var uten helsetjenester muligheter til å benytte seg av helsetilbudet fra staten.

Oppsummering

Gjennom analysen kom det frem at det var vanskelig å si om ressursene kom frem til ønsket destinasjon på grunn av dårlige registreringer og data. Distribusjonen av medisiner var også problematisk, og manglende verdikunnskaper om medisinene gav spillerom for lekkasje. Myndighetene i Mosambik hadde også liten kontroll over hvordan retningslinjene for brukerbetaling ble overholdt. En annen viktig ting som ble avdekket i analysen var den store forskjellen mellom urbane og rurale områder på for eksempel andelen av befolkning per helsearbeider.

4.2 Ghana

Helsedepartementet i Ghana ønsker å forbedre helsesituasjonen i landet. Dette skal gjennomføres ved å utvikle og forbedre helsepolitikken²². Myndighetene skal bedre tilgangen til basishelsetjenester og anskaffe kvalitetshelsetjenester som befolkningen har råd til å benytte. 44,81 prosent av befolkningen lever i ekstrem fattigdom²³.

Etter regjeringens ønske om å forbedre tjenestetilbudet ble det blant annet vedtatt å øke budsjettandelen til helsesektoren. For å nå det ønskede målet var det viktig å forsikre seg om at ressursallokeringene ble distribuert effektivt ut til tilbyderne av tjenestene, og at tjenestene kom frem til brukerne – og da spesielt de fattige. Det ble gjennomført PETS for å følge strømmen av de offentlige utgiftene. Fokuset på Ghanas PETS var å måle lekkasje mellom ulike områder i ressursdistribusjonen.

Offentlige helsetjenester i Ghana finansieres av regjeringen i Ghana og bistandsyttere, og fra selvforsynte ytelser eller internt genererte fond som finansieres gjennom avgifter pasientene betaler for medisiner og medisinske tjenester (Canagarajah og Ye, 2004).

Selv om helseutgiftene i Ghana har økt, har noen av nøkkelindikatorer i helsesektoren i det siste gått tilbake. De totale helseutgiftene som prosent av BNP var på 5,6 % i 2002. De offentlige helseutgiftene var på 8,4 % av totale offentlige utgifter i 2002²⁴. Spedbarnsdødelighet, barnedødelighet og feilernæring avtok en periode frem til 1998, men har økt siden (IMF_{Ghana}, 2005).

I tabell 4 ser vi at det er regionale forskjeller når det gjelder indikatoren barnedødelighet. Upper East som er en av de fattigste regionene opplevde den mest signifikante reduksjonen av barnedødelighet, mens Ashanti, som er en av de mer

²² Ministry of Health in Ghana, 2005 - <http://www.ghana.gov.gh/governing/ministries/social/health.php>

²³ Globalis, 2005 – <http://www.globalis.no>

²⁴ WHOSIS, 2005 - <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm>

velstående regionene, opplevde en signifikant økning. Rurale områder gjør det bedre enn urbane mellom 1998 og 2003 (IMF_{Ghana}, 2005).

Tabell 4: Regional barnedødelighet

| Region | Spedbarnsdødelighet | | Dødelighet blant barn under 5 år | | Inntekt per capita, i cedis 1998/99 |
|---------------|---------------------|------|----------------------------------|------|----------------------------------------|
| | 1998 | 2003 | 1998 | 2003 | |
| Ashanti | 42 | 80 | 78 | 116 | 622000 |
| Brong Ahafo | 77 | 58 | 129 | 91 | 548000 |
| Central | 84 | 50 | 142 | 90 | 444000 |
| Eastern | 50 | 64 | 89 | 95 | 415000 |
| Greater Accra | 41 | 45 | 62 | 75 | 932000 |
| Northern | 70 | 69 | 171 | 154 | 210000 |
| Upper East | 82 | 33 | 155 | 79 | 321000 |
| Upper West | 71 | 105 | 156 | 208 | 206000 |
| Volta | 64 | 75 | 98 | 113 | 527000 |
| Western | 68 | 66 | 110 | 109 | 568000 |
| Urban | 43 | 55 | 77 | 93 | |
| Rural | 68 | 70 | 122 | 118 | |

(IMF_{Ghana}, 2005).

4.2.1 Resultatene fra undersøkelsen i Ghana

Xiao Ye og Sudharshan Canagarajah (2002) har analysert datamaterialet som ble samlet i 2000. Undersøkelsen tok for seg 94 helsesenter. Denne presentasjonen baserer seg på data hentet fra deres analyse fra 2002.

Gjennom undersøkelsen skulle det være mulig å følge strømmen av offentlige utgifter fra departementet til distriktskontorene, fra distriktskontorene til helseanleggene, og til slutt hvordan ressursene ble brukt av helseanleggene. Utgiftene til helsesektoren var oppført i Finansdepartementets budsjetter. Fra disse budsjettene kom det frem de aktuelle utgiftsmengdene ved ulike nivå på tjenesteproduksjonen. Undersøkelsen var

basert på et utvalg av primærhelsetjenester og distriktskontorer som var ansvarlige for disse.

Tabell 5: Helseutgifter i Ghana 1999 – 2004

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|------------------------------|--------------------|------|------|------|------|------|
| | Som prosent av BNP | | | | | |
| Totale helseutgifter | 1,9 | 2,4 | 2,3 | 2,7 | 2,6 | 3,2 |
| Lønninger | 0,7 | 0,8 | 1 | 1,2 | 1,2 | 1,3 |
| Administrative utgifter | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,2 | 0,3 |
| Tjenester | 0,7 | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,9 |
| Investeringer | 0,3 | 0,4 | 0,2 | 0,5 | 0,4 | 0,7 |
| Fra fondskilder | | | | | | |
| Regjeringen i Ghana | 1,2 | 1,4 | 1,1 | 1,4 | 1,3 | 1,4 |
| Finansiell kreditt | 0,1 | 0,1 | 0 | 0,3 | 0,3 | 0,4 |
| Internt genererte fond | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,5 | 0,4 | 0,7 |
| Helsefond fra bistandsyttere | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,5 | 0,4 | 0,7 |
| Helsedepartement program | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,2 | 0,3 | 0,2 |
| HIPIC initiativ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0,2 |

(IMF_{Ghana}, 2005)

I tabell 5 kommer det frem at det har vært en økning i totale helseutgifter i Ghana på 1,3 prosent av BNP fra 1999 til 2004. Økningen har vært størst når det gjelder investeringer. Regjeringen i Ghana er den største bidragsyteren til helsesektoren og har økt sin andel helseutgifter fra 1,2 til 1,4 prosent av BNP i samme tidsrom. Andelen fra bistandsyttere økte, med 0,7 prosent av BNP. Lønnsandelen av de totale helseutgiftene har hatt en økning på 10,8 prosent mellom 1999 og 2004.

Budsjettallokering

Under implementeringen av PETS i helsesektoren var den største utfordringen å forstå systemet av offentlig ressursdistribuering. På papiret var ressursene på sentralt myndighetsnivå i Ghana allokert av finansdepartementet til sektordepartementene, og det kom klart frem hvor finansieringene skulle. Det viste seg i virkeligheten at

distribusjonssystemet av offentlige utgifter var nokså komplisert (Ye og Canagarajah, 2002).

Lønnskomponenten av de offentlige utgiftene ble distribuert direkte gjennom banksystemet fra et sentralt statlig byrå, "The Controller Accountant General", og ut til de offentlige ansatte. Andre utgifter enn lønn ble distribuert gjennom et komplekst system før det kom frem til helseanleggene (Ye og Canagarajah, 2002). Utstyr og medisiner ble overført til helseanleggene i form av naturalia. Eksempler på utstyr i naturalia er blodtrykksapparater, bandasjer, sprøyter og så videre. Verdien av disse varene var ikke angitt og ofte ikke kjent for helseanleggene.

Den manglende informasjonen om verdien av penger og materiale kan skape stor lekkasje. Lønnskomponenten av de faste utgiftene utgjorde 35 prosent i helsesektoren, i skolesektoren hele 90 prosent (Ye og Canagarajah, 2002). Dette betyr at "The Controller Accountant General" kontrollerer 35 prosent av budsjettfordelingen i helsesektoren. Den direkte distribusjonskanalene fra "The Controller Accountant General" gjør at lønnsbudsjettet har færre kanaler å lekke i. En viktig grunn til lekkasje i helsesektoren er at anskaffelsen av materiale, som for eksempel medisiner, er mye mer salgbare enn for eksempel skolebøker (Reinikka, 2002).

En av styrkene ved Ghanas distribusjonssystem er at offentlige ansatte stort sett mottok den lønn de hadde rett på. Dette er ofte et problem i andre afrikanske land sør for Sahara.

Noe av det som kom frem i undersøkelsen var den manglende sammenhengen mellom ressursene som ble sendt ut fra sentralt nivå og hva som faktisk kom frem til helseanleggene (Ye og Canagarajah, 2002). Konsekvensene var at i helseanleggene var der lite kunnskap om hvilke offentlige ressurser, og hvor mye av disse som skulle tilfalle dem.

Tabell 6: Faste ikke – lønns utgiftsstrømmer til helseanleggene per polikliniske konsultasjon i 1998 cedis. 1 million Cedis = 110,35 USD²⁵

| | År 1998 | År 1999 |
|----------------------------------------------|---------|---------|
| Estimater fra Helsedepartementet | 3875 | - |
| Estimater fra distriktshesledirektoratets | 1231 | 1599 |
| Som prosent av Helsedepartementets estimater | 31,8 | - |
| Estimater fra helseanlegg på distriktsnivå | 830 | 991 |
| Prosent av estimater fra distriktsnivå | 67,4 | 62 |

(- ikke tilgjengelig) (Ye og Canagarajah, 2002)

Tabell 6 viser at på regnskapene til distriktskontorene beløper utgiftene per polikliniske pasient seg til kun en tredjedel av hva estimatene fra helsedepartementet tilsa. Mindre beløp enn det som var tiltenkt fra myndighetene kom frem til distriktshelsekontoret. Fra distriktshelsekontoret til helseanleggene kom 67 prosent av midlene frem i 1998, i 1999 var andelen 62 prosent. Samlet sett kom kun 20 prosent av de faste utgiftene frem til klinikkene. Antar man at 35 prosent av lønnsutgiftene kommer frem til klinikkene, er det omtrent 50 prosent av statens helseutgifter som kommer frem.

En medvirkende faktor til avviket kan være at verdien av medisinsk utstyr og tilbehør som produseres på hovedkvarternivå, ikke inngår i balanseregnskapet til distriktshelsekontorene eller klinikkene. Distriktshelsekontorene og klinikkens utgifter per polikliniske pasient kan være noe høyere en estimert. Dette kan ikke alene forklare avviket på 50 prosent.

Distribusjon av medisiner

Immunisering av barn i Ghana har økt de siste årene, men noen regioner henger etter. Andelen barn mellom 12 og 23 måneder som er fullt vaksinert ser ikke ut til å variere mellom de fattigste og rikeste regionene (Canagarajah og Ye, 2001). I regioner hvor helsenettverket er godt utbygget, for eksempel Volta regionen, er det kun 60 prosent

²⁵ The Universal Currency Converter, xe.com, <http://www.xe.com/ucc/>

av barna som har fått nødvendige vaksiner. Data viser at i løpet av en femårsperiode fra 1993 til 1998 har gapet mellom rurale og urbane områder blitt redusert betraktelig.

Ghana ønsket å nå ut til større deler av befolkningen, og ville derfor utvide rekkevidden og tilgjengeligheten til helseanleggene. Det å øke rekkevidde for helseanleggene ga ikke nødvendigvis de ønskede resultater når det gjaldt immuniseringen av barn. I tabell 7 ser vi utfallet for to ulike regioner, Accra som regnes for en av de velstående regionene, og Upper West som er en fattig region.

Tabell 7: Prosentandel økning - immunisering av barn

| | Regioner | |
|-----------------------------|----------|------------|
| | Accra | Upper West |
| Økning i rekkevidden | 80 | 50 |
| Økning i immuniseringsraten | ingen | 70 |

(Canagarajah og Ye, 2001)

Her ser vi at å øke rekkevidden av immuniseringen gjennom helseanleggene ikke hadde noen betydning for økning i immuniseringsraten. Den regionen som satset mest på å øke rekkevidden av immuniseringen hadde ikke noe effekt på immuniseringsraten. Det kan være vanskelig å si noe om årsaken til denne ulikheten.

Brukerbetaling

I 1985 fremsatte Ghanas regjering retningslinjer for hvordan brukerbetalingen skulle organiseres (Bitràn og Giedion, 2003). I årene som fulgte ble avgiftene på medisiner justert årlig for inflasjon, mens de resterende avgiftene forble nominelt konstant og i økende grad utdaterte.

Det var oppnevnt regler for hvem som skulle fritas fra brukerbetalingen. Fritaket tilfalt helsearbeidere, pasienter med tuberkulose, lepra og mentale lidelser og noen tjenester for kvinner og barn, som for eksempel immunisering og pre- og postnatal pleie (Bitràn og Giedion, 2003). Retningslinjene gav også muligheter for fritak for pasienter med smittsomme sykdommer. I de senere år er også barn under fem år og

eldre over 70 fritatt for betaling. Pasientenes økonomiske situasjon skal også tas med som vurderingsgrunnlag når avgiftene settes.

Manglende overvåking og evaluering fra myndighetenes side gjør at registreringer av inntektene fra brukerbetaling er dårlig. I mange tilfeller ble retningslinjene oversett, og pasientene måtte betale avgifter selv om de egentlig skulle vært fritatt. Den gruppen som oftest ble fritatt fra betaling var helsearbeidere.

Offentlige helsetjenester finansieres gjennom de offentlige kanaler og gjennom internt genererte fond, eller brukerbetaling fra pasientene. Brukerbetalingen kommer fra avgifter for medisinske tjenester og betalinger for medisiner. Dette utgjør over halvparten av de totale medisinske kostnadene (Ye og Canagarajah, 2002).

Tabell 8: Sammenligning av prosenten av offentlige utgifter på departement- og enhetsnivå

| | Prosentandel av finansielle ressurser fra: | | |
|----------------------|--------------------------------------------|------------------------|--------------------|
| | Regjeringen i Ghana | Internt genererte fond | |
| | og donorer | /brukerbetaling | Assistanse fra NGO |
| Helsedepartementets | | | |
| estimer | 87 | 13 | |
| Helseanleggs estimer | 39 | 54 | 7 |

(Ye og Canagarajah, 2002)

I tabell 8 ser vi at på helseanleggsnivå er det kun 39 % av budsjettene som betales av regjeringen. De internt genererte fondene som betales av pasientene er på over halvparten av de totale medisinske kostnadene.

Menneskelige ressurser

De fleste helseanleggene som var med i undersøkelsen hadde kun sykepleiere eller medisinske assistenter ansatt, kun 10 prosent hadde leger tilgjengelig (Ye og Canagarajah, 2002). I følge data fra undersøkelsen kom det frem at på primærnivå betjente hver helsearbeider i gjennomsnitt 3000 mennesker. I noen av de fattigste regionene betjente hver helsearbeider over 5000 mennesker.

Kvalifisert helepersonell assisterer i snitt kun ved 2 av 1000 fødsler, de resterende assisteres av slektninger eller tradisjonelle fødselsassistenter (Lavy et al, 1994).

Den siste tiden har antallet pasienter per lege og antallet polikliniske konsultasjoner per capita vært relativt stabilt. Samtidig har antallet pasienter per sykepleier økt. Det er de rikeste regionene som opplever en nedgang i befolkningen per lege. Tabell 9 nedenfor viser antall pasienter per lege og sykepleier i de ulike regionene.

Tabell 9: Antall pasienter per lege og sykepleier i de ulike regionene

| | 2001 | | 2002 | | 2003 | |
|----------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|
| | Leger | Sykepleiere | Leger | Sykepleiere | Leger | Sykepleiere |
| Ashanti | 16028 | 2319 | 19411 | 2767 | 13050 | 2807 |
| Brong Ahafo | 38146 | 3227 | 28467 | 3081 | 39736 | 4585 |
| Central Region | 35350 | 1690 | 37761 | 2108 | 36119 | 2433 |
| Eastern | 25483 | 1228 | 24068 | 1789 | 32820 | 2117 |
| Greater Accra | 8653 | 1337 | 9153 | 1316 | 5368 | 1055 |
| Northern | 60131 | 2579 | 68721 | 2826 | 71267 | 3455 |
| Upper East | 32429 | 1442 | 31348 | 2283 | 32429 | 2850 |
| Upper West | 45873 | 1325 | 54214 | 1813 | 49696 | 2357 |
| Volta | 38594 | 1528 | 30876 | 2066 | 33297 | 2019 |
| Western | 32535 | 2250 | 3306 | 2655 | 34162 | 3274 |
| National | 20591 | 1777 | 21431 | 2117 | 16305 | 2193 |

(IMF_{Ghana}, 2005)

Ser fra tabellen at antallet pasienter per lege har gått ned i de velstående regionene Ashanti, Greater Accra og Volta. De andre regionene, som for eksempel fattige Upper East, har en økning i pasienter per lege. Alle regioner, unntatt Greater Accra, har en økning i pasienter per sykepleier.

Tilbud av tjenester

Tilgang til helseanleggene, gode sanitære forhold, drikkbart vann og vaksinasjoner til barn har økt siden 1997 (IMF_{Ghana}, 2005). Tilgangen til helseanlegg ble målt i hvor lang tid det tar å komme frem til nærmeste helseanlegg, denne tilgangen har økt i alle regionene.

Tabell 10: Tilgang til helseanlegg, prosentandel av befolkningen

| | 1997 | 2003 |
|---------------|------|------|
| National | 52.9 | 56.7 |
| Western | 31.1 | 49.0 |
| Central | 35.3 | 65.4 |
| Greater Accra | 77.6 | 81.8 |
| Volta | 41.4 | 50.9 |
| Eastern | 38.1 | 60.9 |
| Ashanti | 44.0 | 64.8 |
| Brong Ahafo | 36.4 | 55.9 |
| Northern | 23.6 | 35.0 |
| Upper East | 9.0 | 24.6 |
| Upper West | 19.2 | 31.0 |
| Urban | 63.8 | 78.5 |
| Rural | 28.6 | 42.3 |

(IMF_{Ghana}, 2005)

På nasjonalt nivå har omtrent 60 prosent av befolkningen tilgang til helseanlegg, mens kun 30 prosent av befolkningen i de fattigste regionene Northern, Upper East og Upper West har tilgang til helseanlegg.

Helsedepartementet i Ghana tilbyr også mobile helsetjenester til befolkningen i rurale områder. De mobile helsetjenestene består i hovedsak av vaksinasjoner og familieplanlegging (Canagarajah og Ye, 2001).

Oppsummering

I Ghana så det ut til at lønnssystemet fungerte godt gjennom direkte overføringer fra ”The Controller Accountant General”. Registreringene av andre offentlige utgifter enn lønn var dårlige. Verdiene på medisiner og annet utstyr som ble levert i naturalia var ukjent, retningslinjer for brukerbetaling var uoversiktlige og det ble registrert et stort antall pasienter per helsearbeider.

Tilgjengeligheten av helseanlegg var ulikt fordelt mellom distriktene, minst tilgjengelig var det i rurale områder. Ulikheten i helsetjenestetilbud og de elendige helseforholdene bevises gjennom de høye tallene for barnedødelighet og svangerskapsrelaterte dødsfall. Resultatene som fremkommer gjør det klart at Ghana må jobbe mot å eliminere ulikhetene i helsestatus mellom urbane og rurale områder.

4.3 Uganda

I Uganda utgjør ekstrem fattigdom 84,91 prosent av befolkningen²⁶. Helsedepartementet i Uganda i den senere tiden fokusert på forebyggende helsearbeid og primærhelsetjenesten. Fra slutten av nittitallet har reformer fokusert på å forbedre tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten (Verdensbanken Uganda, 2005).

Uganda har oppgradert infrastrukturen når det gjelder veier og har også investert mer i utdanning, helse og andre sosialprogrammer. Landet har opplevd sterk økonomisk vekst, i 2003 og 2004 var veksten i BNP på henholdsvis 6,3 og 5,9 prosent²⁷. I hovedsak har de finansielle innstrømmingen til Uganda bidratt positivt til landets fattigdomsbekjempelse.

Etter at det gjennom flere offisielle rapporter ble oppdaget at utfallet og produksjonsindikatorer stagnerte i forhold til hvor mye ressurser som ble brukt, ble det satt i gang undersøkelser med sporing av utgiftene. I Uganda har det vært lite tilgjengelig informasjon om faktiske utgifter og leveranse av tjenester (Reinikka, 2002).

I 1993 – 94 startet Uganda en desentraliseringsprosess og sentrale myndigheter delegerte ansvar og funksjoner fra det sentrale helsedepartementet til distriktsnivåene. Eksempler på oppgaver var kontroll over medisinsk personell og forsyningen av basishelsetjenestene (Akin et al, 2001). Etter desentralisering hviler ansvaret av primærhelsetjenester på distriktene og urbane rådgivere. På grunn av den svake lønnsbasen er det få distrikt som allokere lokalgenererte ressurser til helseanleggene. Som en konsekvens setter de omtrent all sin lit til bevilgningsoverføringer fra sentrale myndigheter og assistanse fra donorer (Ablo og Reinikka, 1998).

²⁶ Globalis, 2005 – <http://www.globalis.no>

²⁷ Uganda Bureau of Statistics, 2005 - <http://www.ubos.org/>

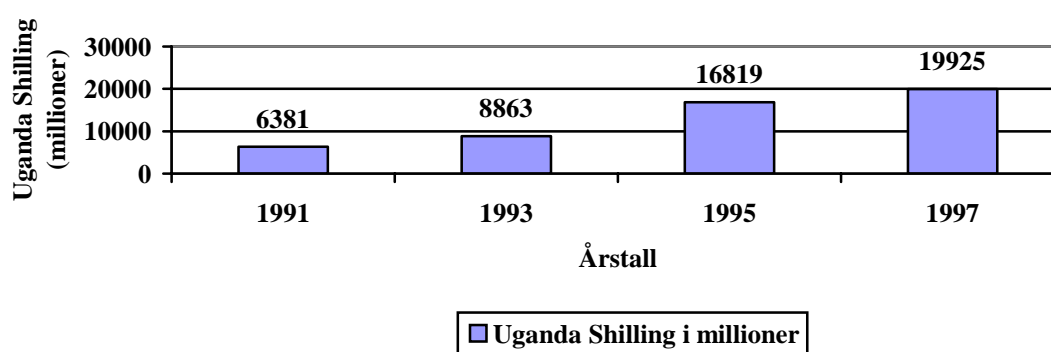
4.3.1 Resultater fra undersøkelsen i Uganda

Studien i Uganda av Ablo og Reinikka (1998) sammenligner budsjetter og virkelig bruk i helsesektoren. En hypotese for studien var at det virkelige utfallet av tjenestene var mye lavere enn de budsjetterte allokeringer tilsa. Det ble antatt at en av årsakene til dette var at offentlige midler forsvant i byråkratiet, og derfor ikke nådde frem dit intensjonen var.

Feltundersøkelsen ble gjennomført i 1996, og tok for seg perioden 1991 – 95. Opplysningene nedenfor er hentet fra analysen til Ablo og Reinikka (1998). Undersøkelsen hadde observasjoner fra 19 distrikt med nærmere 100 tilgjengelige helseanlegg.

Gjennom studiet forsøkte man å analysere flyten av de offentlige midlene fra sentralt hold til tjenesteanleggene. Veksten Uganda har opplevd, og ønsket om å forbedre helsesektoren har ikke gitt de ønskede resultater. Helsesektoren er fremdeles svak til tross for økt fokus og mer bidrag fra myndighetene.

I figur 5 ser vi at offentlige faste utgifter til helsesektoren økte mellom 1991 og 1997.



Figur 5: Faste offentlige utgifter til helsesektoren i Uganda
(1 million Uganda Shilling = 543,774 USD)²⁸

(Ablo og Reinikka, 1998)

²⁸ The Universal Currency Converter, xe.com, <http://www.xe.com/ucc/>

Budsjettallokering

Gjennom desentralisering ble faste ikke-lønns utgifter på primærhelsetjenester en del av et tilskudd kalt "the block grant". Medisiner og annet utstyr ble i hovedsak finansiert fra bistandsyttere (Reinikka, 1999). Regjeringens bidrag var lønnsutbetalinger til helsearbeidere og medfinansieringer i bistandsprosjekter (Mackinnon og Reinikka, 2000).

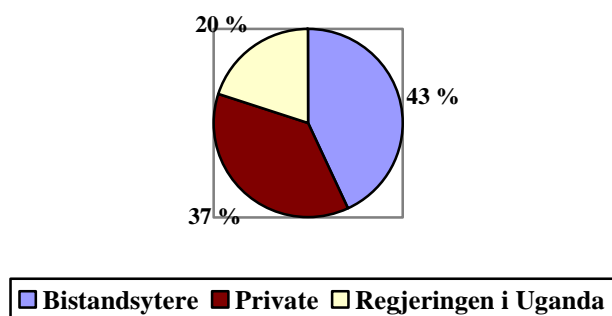
I tabell 11 ser vi at regjeringen i Uganda har økt andelen av budsjettet som allokeres til helsesektoren. Også totale offentlige helseutgifter per capita har økt fra 2000 til 2004.

Tabell 11: Budsjettallokering

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2004 |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|---------|---------|---------|
| Andelen av budsjettet som regjeringen i Uganda allokerer til helsesektoren | 8 % | 8,90 % | 10,50 % | 15 % |
| Totale offentlig allokering til helse per capita | 6,4 \$ | 7,43 \$ | 8,0 \$ | 12,0 \$ |

(Uganda Ministry of Health, 2003)

Både privat og offentlig sektor spiller en viktig rolle i finansieringen av helsesektoren i Uganda. Figur 6 illustrerer fordelingen av finansieringskilder for helsesektoren mellom bistandsyttere, privat og offentlig sektor.



Figur 6: Finansieringskilder for helsesektoren i Uganda

(Uganda Ministry of Health, 2000)

Distribusjon av medisiner

Når medisinerne ble overført som naturalia, var det ingen registreringer av verdiene (Ablo og Reinikka, 1998). Dette gjorde det umulig å generere informasjon om hvorvidt den offentlige finansieringen nådde frem til hvert helseanlegg. Ettersom verdien på medisinerne ikke var angitt, var det store muligheter for lekkasje av midlene. En årsak til lekkasjen i helsesektoren kan være at helsearbeiderne stakk til side medisiner og utstyr for å kompensere for den lave lønnen (Reinikka, 2001). Medisiner og medisinsk utstyr kan være enkelt å selge videre for helsearbeidere og ansatte i administrasjonene som hadde tilgang på utstyr og medisiner. De fattige blir lidende part ettersom de ikke har råd til de underslåtte varene (Reinikka, 1999).

Tabell 12: Prosentvis endring i immunisering og lagerhold

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2004 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|------|------|
| Prosentandel av helseanlegg uten lagermangler på Klorokuin, meslinge-vaksine, ORS og cotrimoxasole | 54,9 % | 60 % | 70 % | 80 % |
| Prosentandel av barn som mottar 3 doser med DPT vaksine i tråd med skjema for distriktene | 48 % | 63 % | 70 % | 80 % |

(Uganda Ministry of Health, 2003)

Tall fra tabell 12 viser at prosentandelen av barn som er vaksinert med DPT vaksine har økt kraftig fra 2000 og frem til 2004. Lagerholdet av et utvalg av medisiner har også forbedret seg kraftig i dette tidsrommet.

Brukerbetaling

I 1999 ble det innført nasjonale bestemmelser om brukerbetaling i Uganda . Før dette kunne distriktene i teorien selv bestemme brukerbetalingen, men i praksis var det hvert helseanlegg som avgjorde (Verdensbanken Uganda, 2005). Helsedepartementet fremsatte retningslinjer som tillot at opptil 50 prosent av avgiftene fra brukerne kunne brukes på arbeidsinsentiver, inntil 20 prosent på medisiner og utstyr, og resten på vedlikehold, kontroll og å utvide rekkevidden av helsetjenestene (Reinikka, 2001).

Brukerbetalingen var ment å skulle være en ekstra finansiering for å øke kvaliteten på tjenestene og rette tjenestene mer mot områder med størst behov. I retningslinjene for brukerbetaling er det oppført pasientgrupper som skal fritas for betaling. I denne gruppen finner vi barn under fem år, kronisk syke, offer for ulykker og ekstremt fattige brukere (Hutchinson et al, 1999).

Selv om brukerbetaling ble samlet inn og beholdt på helseanleggsnivå, var ikke registrering av inntektene tilgjengelig, eller dersom den var tilgjengelig var den uklar.

Retningslinjene ble minimalt fulgt av klinikkene. Resultater fra studiet viste at helsearbeidere i alle enhetene, bortsett fra to, rutinemessig tok høyere betaling fra brukerne enn de formelle nivåene (Reinikka, 2001).

Menneskelige ressurser

I Uganda er lønnsutbetalingen til helsearbeidere lav. De lave lønningen kan føre til umoralske handlinger fra helsearbeiderne. Umoralske handlinger kan være det å ta for høy betaling fra brukerne, eller å stjele fra medisinalagre og selge dette videre på egenhånd. Denne type handling kan ha uheldig virkning på tilgjengeligheten og tilbudet av primærhelsetjenestene.

Helseenheter i distriktene hadde problemer med å tiltrekke seg kvalifiserte helsearbeidere. Blant de utøvende helsearbeiderne var det mange som ble ”utbrent” og det kom frem at mange sluttet i jobben etter kort tid.

Tabell 13: Pasienter per helsearbeider

| | |
|---------------------------|-------|
| Befolkning per lege | 18700 |
| Befolkning per sykepleier | 3065 |

(Uganda Ministry of Health, 2003)

Fra tabell 13 kommer det frem at pasienter per helsearbeider er høy også i Uganda.

Når det gjelder andelen helseanlegg med kvalifisert helsepersonell tilstede ser vi fra tabell 14 at dette har økt fra 46,8 prosent i 2000 til 52 prosent i 2004. Også andelen fødsler assistert av kvalifisert helsepersonell er stigende fra 2000 til 2004.

Tabell 14: Kvalifisert helsepersonell

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2004 |
|---------------------------------------------------------|--------|------|------|------|
| Andelen helseanlegg med kvalifisert helsepersonell | 46,8 % | - | 48 % | 52 % |
| Andelen fødsler assistert av kvalifisert helsepersonell | 38 % | 38 % | 40 % | 45 % |

(Uganda Ministry of Health, 2003)

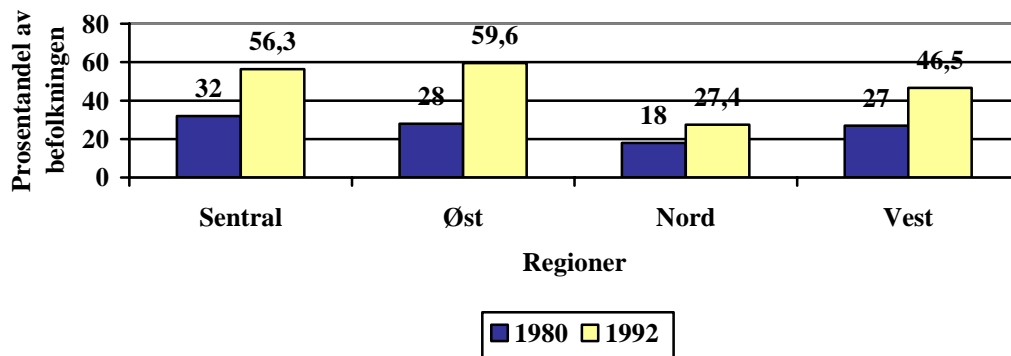
Tilbud av tjenester

I 1993 ble det gjort en undersøkelse som viste at 49 prosent av befolkningen bodde innenfor en 5 kilometers, eller en times gangavstand fra et helseanlegg som tilbød både kurative og preventive helsetjenester. Tabell 15 viser utviklingen fra 2000 til 2004, hvor man ser en kraftig forbedring i tilgjengeligheten av helseanleggene. Dersom man ser nærmere på de ulike regionene ser man at det i noen områder er svært få som bor innenfor 5 kilometer fra et helseanlegg. Figur 6 viser variasjonene mellom de ulike regionene i Uganda.

Tabell 15: Avstand til nærmeste helseanlegg

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2004 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|
| Prosentandel av befolkningen som bor innenfor en avstand på 5km til nærmeste helseanlegg | 49 % | 60 % | 70 % | 80 % |

(Uganda Ministry of Health, 2003)



Figur 7: Prosentandel av befolkningen med fem kilometer eller mindre til nærmeste helseanlegg (Hutchinson et al, 1999).

De fleste ugandere må gå til fots for å komme til et helseanlegg. Dette fordi offentlig transport er begrenset i rurale områder. Dersom det er for langt å gå for å få den nødvendige helsehjelpen, er det mange fattige som velger alternative løsninger som for eksempel hjelp fra familie eller medisinmenn (Hutchinson et al, 1999).

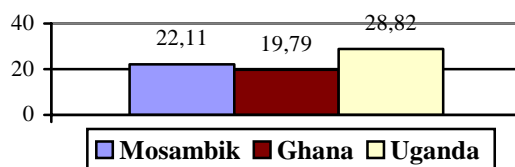
Oppsummering

Undersøkelsen viste at helseanleggene verken hadde systematiske pasient- eller finansregnskaper i 1991-95. Det var derfor umulig å vurdere flyten av midler og leverte tjenester. Verdien på medisiner som ble distribuert i naturalia var også ukjent i Uganda. Lite kunnskap om hva som ble distribuert gav rom for lekkasje. Heller ikke registreringer fra brukerbetalingene var gode. I Uganda er det også svært få helsearbeidere i forhold til folketallet. Tilbudet av helsetjenester varierte mellom de ulike regionene.

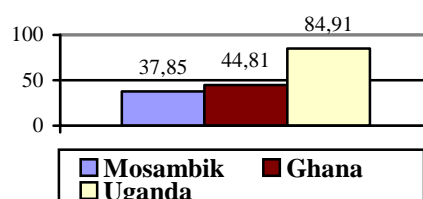
5 ANALYSEDEL

5.1 Utgangssituasjonen for Mosambik, Ghana og Uganda

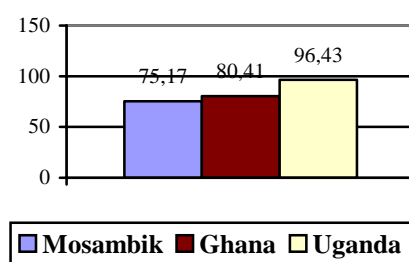
Mosambik, Ghana og Uganda ligger i den fattigste regionen i verden, Afrika sør for Sahara. I alle disse landene lever en stor del av befolkningen i ekstrem fattigdom.



Figur 8: Antall innbyggere i millioner



Figur 9: Prosentandel av mennesker som lever i ekstrem fattigdom



Figur 10: Prosentandel av mennesker som lever under 2USD om dagen²⁹

Uganda er det største landet både geografisk og i innbyggertall. Fra figur 9 kommer det frem at det er en stor andel av befolkningen i Uganda som lever i ekstrem fattigdom. Ser man på andelen som lever under 2 USD om dagen får vi en dramatisk

²⁹ PovcalNet, World Bank, <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/jsp/index.jsp>

økning spesielt for Ghana og Mosambik, figur 10. Andelen av BNP som benyttes på helse er nokså lik i de tre landene.

Tabell 16: Situasjonen i Mosambik, Ghana og Uganda

| | Mosambik | Ghana | Uganda |
|-----------------------------------------|----------|-------|--------|
| Forventet levealder | 38,1 | 57,9 | 46,2 |
| BNP i milliarder \$US | 4,2 | 7,41 | 6,25 |
| BNP per innbygger som ppp-dollar | 1050 | 2130 | 1390 |
| Helseutgifter per innbygger, \$US | 11 | 17 | 18 |
| Totale helseutgifter som prosent av BNP | 5,9 | 4,7 | 5,9 |

³⁰

Alle tre landene opplever nå en årlig vekst i BNP. Det er mulig med videre vekst dersom styresmaktene er villig til å forplikte seg til reformene som fremsettes og landene samtidig mottar støtte fra i-land.

En viktig felles faktor for de tre landene er problemer i forhold til HIV/AIDS. Denne epidemien representerer vanskelige langtidsutfordringer. Andelen av mennesker som dør av aidsrelaterte årsaker er økende. Mange barn blir foreldreløse, landene mister verdifull arbeidskraft siden svært mange dør i ung alder, og helseproblemene vokser på grunn av komplikasjoner i forbindelse med sykdommen. Konsekvensene blir kanskje enda større i fattige land hvor helsesektoren allerede er svak og utilfredsstillende. Fattige og syke i Mosambik, Ghana og Uganda vil få enda større problemer dersom ressursene fra myndighetene ikke kommer frem til helseanleggene slik intensjonen var.

Felles for mange fattige land er at lønnen til helsearbeiderne er lav. Dette var også situasjonen i de tre landene i oppgaven. Kanskje fordi lønningene er så lave, er det stor mangel på kvalifisert helsepersonell. Alle tre landene hadde store mangler og problemer i forhold til å besette stillinger i helsesektoren. Svært mange leger fra fattige land drar fra hjemlandet til nasjoner hvor de vil få bedre betaling, og utfører sin praksis der. De lave lønningene kan også føre til umoralske handlinger blant de som arbeider i helseanleggene. Handlinger som å ta overbetaling fra brukerne eller å beslaglegge medisiner og selge dem videre på egenhånd.

³⁰ Globalis, 2005 - www.globalis.no

I utgangspunktet opplevde også de tre landene at det ikke var samsvar mellom det som ble allokert av offentlige utgifter til helsesektoren, og resultatet av denne innsatsen. For å finne hva som lå til grunn for denne uoverensstemmelsen var det ønskelig å spore offentlige utgifter fra sentralt hold til tjenesteutøvere i helsesektoren. PETS analyser ble gjennomført for å få en bedre forståelse av hva de offentlige utgiftene faktisk ble brukt til. Undersøkelsene i Mosambik, Ghana og Uganda tok alle for seg helseanlegg fra ulike distrikt for å få med eventuelle variasjoner og et større mangfold. Felles for alle landene var at noen regioner/distrikt ble regnet for å være fattige, mens andre var relativt velstående. Det var ulik fordeling av offentlige goder i alle de tre landene.

Selve arbeidet med å følge pengestrømmene kunne virke som en relativt enkel og gjennomførbar oppgave. I teorien fulgte de offentlige utgifter en oversiktlig og ryddig vei fra sentralt hold og ut til utøverleddene. Det som kom frem gjennom utførelsen av PETS var at de offentlige utgiftene var svært vanskelige å spore fordi det i alle tre landene var kompliserte systemer og lite oversikt og kontroll over offentlige helseutgifter.

Ettersom enhver PETS er utformet for å tilpasses en situasjon og et land, er det kanskje ikke mulig å sammenligne studier fra ulike land. Gjennom arbeidet med oppgaven er det likevel en del faktorer og områder hvor de tre landene har likhetstrekk.

5.2 Hva ble funnet i undersøkelsene?

Undersøkelsene fra alle tre landene avslørte flere svakheter. Svakheter som for eksempel dårlig bokføring, problemer med brukerbetaling og ufullkomne finansielle-, forsynings- og ledelsessystemer.

Når bokføring av inntekter, medisiner og menneskelige ressurser er fraværende eller inkonsistent hindrer dette mulighetene for kontroll av ressursene. Analysene fra PETS skal forhåpentligvis føre til forbedringer og hjelpe til med å rette fokus mot områder som må forbedres.

De tre landene hadde flere felles faktorer. Der fantes omtrent ikke mekanismer i distribusjonssystemet som gjorde det mulig å rutinemessig spore den virkelige flyten av offentlige ressurser. Statistisk materiale var enklere å få tak i på sentralt hold enn på enhetsnivå. Lagringssystemene og manglende bokføring og registreringer på enhetsnivå var en av årsakene til dette (Canagarajah og Ye, 2001). Alle de tre landene hadde mangler og problemer med de data og indikatorer som var tilgjengelige på regions- og distriktsnivå. Det var derfor vanskelig å si noe om den faktiske fordelingen av helseutgiftene

Lønn til de ansatte i helsesektoren skulle være lett å spore. I Mosambik og Uganda var opplysningene om lønnsutbetalinger til helsepersonell både inkonsistente og upålitelige. Det var derfor vanskelig å si noe om hvorvidt statens utgifter til lønn kom frem til arbeiderne. Ghana skilte seg ut fra de andre landene når det gjaldt lønnsutbetalinger. I Ghana ble det benyttet et system som fungerte bra. Her var lønnsutbetalingen ordnet gjennom "The Controller Accountant General", og gikk så direkte til de ansatte i helsesektoren. Systemet med direkte overføringer så ut til å fungere mye bedre enn når pengene ble overført mellom ulike etater og kontorer før de til slutt endte opp som lønn til tjenesteutøvere. Et enklere og mer oversiktlig system gjorde det lettere å kontrollere om hvorvidt pengene faktisk kom frem. De direkte overføringene av lønnene i Ghana kan være et eksempel til etterfølgelse for Mosambik og Uganda.

Et annet likhetstrekk mellom landene var at medisinene ble distribuert til helseanleggene i form av naturalia. Denne fremgangsmåten så ut til å fungere noenlunde. Det ble likevel observert mangler i medisinlagre rundt om på helseanleggene i de tre landene. En av årsakene til problemer og mangler i medisindistribusjonen kan være ansatte som stjeler fra medisinlagrene for så å selge videre på egenhånd. Manglende kontroll og dårlige registreringsrutiner er også viktige årsaksfaktorer.

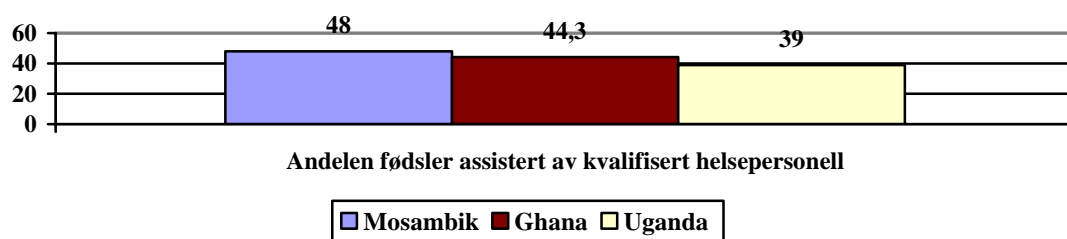
Et problem alle de tre landene hadde erfaring med var at når medisiner og medisinsk utstyr ble distribuert i naturalia, var som regel verdiene ukjent. På grunn av liten eller ingen informasjon om den virkelige verdien var det vanskelig å utføre gode registreringer og regnskap. Dersom det ble utført registreringer var det gjerne i form av hvilke varer som var mottatt, ikke verdien av disse. På grunn av de dårlige registreringene var det naturlig nok vanskelig å si noe om ressursene faktisk kom frem til ønsket destinasjon. De tre landene hadde lite kontroll over medisindistribusjonen, noe som kan gi rom for lekkasje. Lekkasje er vanskelig å oppdage når verdien på varene er ukjent. Den dårlige kontrollen har ført til større problemer med svinn i form av tyveri. Problemer med at ansatte eksproprieterte medisiner eksisterte i alle de tre landene.

Opplysninger fra PETS viste at i noen tilfeller ble medisinforsyningene ulikt fordelt mellom helseanleggene. Urettferdighet mellom rike og fattige regioner var også noe de tre landene hadde til felles.

Analysene viste også at de tre landene hadde problemer når det gjaldt brukerbetaling. Retningslinjene for brukerbetalingen var uklare med rom for tolkninger for dem som benyttet dem. Hvor mye brukerne skulle betale i avgifter ble bestemt av utdaterte, ufullstendige og noen ganger motstridende politiske rammeverk som var vanskelig å forstå. Resultatet ble manglende kontroll og gjennomsiktighet. Det ble ofte slik at hvert enkelt helseanlegg selv styrte hvor mye de ville ta for utførte tjenester, noe som resulterte i at det ofte ble krevd for høye gebyrer av brukerne. Brukerne vil da oppleve urettferdighet når betalingen i de ulike helseanleggene er forskjellige og baserer seg på tilfeldigheter (Lindelöw et al, 2004).

Registreringene og gjennomsiktigheten i systemet for brukerbetaling var så dårlig at inntektene fra brukerbetaling lett kunne forsvinne i systemet. Som for medisiner, ga den lave kontrollen rom for at pasientene måtte betale høyere avgifter for konsultasjoner enn det som sto i retningslinjene.

PETS analysene avslørte at det er til dels svært få helsearbeidere i forhold til innbyggertallet i alle landene. Tall fra statistiske databaser viser at det har vært en økning i andelen helseanlegg med kvalifisert personale. I figur 11 vises prosentandelen av fødsler assistert av kvalifisert helsepersonell. Siste data er fra ulike årstall i de tre landene, henholdsvis 2003 for Mosambik, 1998 for Ghana og 2001 for Uganda.



Figur 11: Prosentandel av fødsler assistert av kvalifisert helsepersonell³¹

Personellmangelen var som regel størst i distriktene. Det var få helsearbeidere som ønsket å arbeide her. De helsearbeiderne som ble utplassert i distriktene holdt ikke ut så lenge, og mange flyttet til urbane områder så snart de fikk mulighet.

Når det gjelder infrastrukturen viser PETS analysene at det er mangler og problemer i alle tre landene. Sanitære forhold, vannkvalitet, vaksinasjonsprogrammer og tilgjengeligheten av helseanlegg har likevel blitt forbedret i de tre landene. De fattigste regionene har de største manglene og dermed også størst forbedringspotensial. Her er tilgjengeligheten til helseanleggene også lavest, og viser igjen en urettferdighet mellom distriktene. I urbane områder var som regel tilgangen

³¹ Verdensbanken, 2005 - http://ddp-ext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?REPORT_ID=2407&REQUEST_TYPE=VIEW&XL=N&WSP=N&HF=N

større enn i rurale områder. Store deler av befolkningen i de tre nasjonene hadde lang vei til nærmeste helseanlegg. Mange mosambikanere, ghanesere og ugandere må gå til fots for å komme til et helseanlegg. Mange fattige i de tre landene velger å søke hjelp andre steder enn ved helseanleggene dersom veien er for lang å gå. Det kan være nyttig å undersøke hvorfor helseanleggene ikke benyttes. Tilgjengeligheten er ikke nødvendigvis den eneste årsaken til at befolkningen ikke benytter helseanleggene.

De forebyggende tiltakene for helseutfallene korresponderer ikke med utgiftene som brukes på helse. De kurative utfallene er mer eller mindre konsistente med mønsteret av helseanlegg og distribusjonen av personale. Det blir tydelig at for å forbedre helsetjenestene må man rette fokus mot effektiviteten og prioriteringer i systemet før man utvider budsjettet. I tillegg er det for lite fokus på tema i forbindelse med etterspørselssiden i de senere helsepolitiske reformer. I tilfeller hvor det settes inn ressurser for å forbedre tilgangen til helseanlegg, vil det ikke nødvendigvis føre til at bruken av disse helseanleggene øker. Det kan være mange årsaker til at befolkningen ikke benytter seg av tilbudene i et helseanlegg. Avstand til helseanlegg kan være en årsak. Dersom det er andre årsaker enn avstanden som gjør at befolkningen ikke benytter helseanleggene, vil økt tilgjengelighet ikke nødvendigvis gi økt bruk (Canagarajah og Ye, 2001).

5.3 Hva må myndighetene i Mosambik, Ghana og Uganda gjøre for å nå tusenårsmålene?

Det eksisterer flere utfordringer når det gjelder å oppnå de ønskede tusenårsmålene. Først og fremst må helsesystemene i Mosambik, Ghana og Uganda styrkes. Uten et mer effektivt og rettferdig helsesystem vil ikke disse fattige landene være i stand til å oppnå den ønskede begrensning av sykdommer. Helse må prioriteres innen utviklings- og økonomisk politikk. I denne oppgaven har jeg ved hjelp av en gjennomgang av PETS forsøkt å belyse forholdene i de tre landene. Det er ønskelig at landene utvikler kostnadseffektive helsestrategier som responderer på problemområdene som ble avdekket gjennom PETS.

Det vil være nødvendig å forbedre kvaliteten på helsedata i de tre landene. Et viktig ansvarsområde for styresmaktene er å måle landenes progresjon mot tusenårsmålene. For å få til dette må det jobbes mot å forbedre registreringer og bokføringer av data i helsesektoren. Myndighetene i landene bør utvikle et funksjonelt og effektivt overvåkingssystem. Gjennom overvåkning og observasjoner kan det innhentes informasjon som kan påvirke den nasjonale helsepolitikken i de respektive landene. Landene kan for eksempel utvikle systemer hvor fremgang i helsesektoren ved å nærme seg tusenårsmålene blir belønnet. Systemer som viser seg å fungere kan motta økte ressurser og myndighetene kan opprettholde fremdriften gjennom politiske avgjørelser. Pålitelig informasjon sikrer at politikerne blir korrekt orientert og kan hjelpe de mennesker som trenger det mest.

Problemer i dag inkluderer mangelfulle data og svakheter ved informasjonssystemene i helsesektoren. Landene står overfor utfordringer når det gjelder distribusjon av helsetjenester og de ulikhetene som eksisterer i fordelingen av helsetjenestene.

Opprette sterkere og mer robuste helsesystemer

Mosambik, Ghana og Uganda bør opprette sterkere og mer robuste helsesystemer for å oppnå bedre helseresultat, inkludert tusenårsmålene som omfatter helse. Det må til en økt innsats for å redusere barnedødelighet og svangerskapsrelaterte dødsfall, bekjempe smittsomme sykdommer, og å øke behandlingstilbudet av HIV/AIDS (WHO, 2005). Problemer knyttet til HIV/AIDS vil ikke bare påvirke helsesektoren og helsesituasjonen i landene. Langvarige underinvesteringer i helsesektoren, og for lite fokus på betydningen av HIV/AIDS, kan føre til at helsesystemene står i fare for å kollapse, noe som vil påvirke hele samfunnet og landenes velferd. For at de tre landene skal klare å bekjempe HIV/AIDS kreves det store utfordringer. Uganda har klart å utvide de fattiges tilgang til helsetjenester og HIV/AIDS-bekjempende programmer. Ledelsen i landet har tatt ansvar for situasjonen og har iverksatt forebyggende tiltak og kampanjer for å øke offentlig oppmerksomhet. Erfaringene som er gjort i Uganda kan være en et eksempel til etterfølgelse for Mosambik og Ghana.

Til tross for store utfordringer som for eksempel utbredelsen av HIV/AIDS er alle de tre landene på rett vei når det gjelder å nå FNs tusenårsmål 5, ”reducere svangerskapsrelaterte dødsfall”. Myndighetene i landene må sørge for at forholdene legges til rette slik at utviklingen fortsetter og landene når målet innen år 2015.

Når det gjelder FNs tusenårsmål 4, ”reducere barnedødeligheten” er de tre landene på vei i riktig retning. Men utviklingen i å redusere barnedødeligheten går for sakte i Ghana og Uganda. Mosambik har muligheter for å nå målet innen tidsfristen i 2015 dersom trenden mellom 1990 og 2003 fortsetter. I utgangspunktet har Mosambik en høyere barnedødelighet enn Ghana og Uganda. Den innsatsen Mosambik har brukt på bekjempelse av barnedødelighet viser kanskje gode resultater nettopp fordi utgangssituasjonen var svært dårlig. Det kan tenkes at det etter hvert bli vanskeligere å få til en reduksjon i antall barn som dør. Myndighetene i Mosambik bør forsøke å fortsette trenden og bedre forholdene slik at barnedødeligheten i landet reduseres ytterligere, og de klarer å nå FNs tusenårsmål. Ghana og Uganda kan ser på hva Mosambik har gjort for å få ned antall barn som dør. Dersom Ghana og Uganda setter

inn ressurser for å bekjempe barnedødelighet har også de mulighet for å nå FNs tusenårsmål.

Økt kontroll fra myndighetenes side

Styresmaktene i Mosambik, Ghana og Uganda må få bedre kontroll på informasjonssystemene i helsesektoren. Det kan gjøres ved å skape systemer som genererer enkle og samlete mål på ressursallokeringen til hvert distrikt og hvert enkelt helseanlegg. Styresmaktene bør skape systemer som også retter seg mot uregelmessigheter i forsyningen av medisiner og den ulovlige overprisingen de ansatte i helseanleggene tar av brukerne.

De ulike nivåene innen helsesektoren, fra helseanleggene og videre opp til departementene trenger retningslinjer. Klare retningslinjer om ansvar og rolle, sammen med økte insentiver til å utføre arbeidet i tråd med sentrale intensjoner, kan bidra til å forbedre den administrative utførelsen. Helsedepartementene i de tre landene kan ta initiativ til dialog mellom sentralt-, provins- og distriktsnivå. En dialog mellom partene kan identifisere eksisterende flaskehals og rette fokus mot flaskehalsene i utførelsen av budsjettssystemene (Lindelöw et al, 2004). Dersom partene har god dialog kan det for eksempel være mulig å redusere forsinkelser i overføringer mellom nivåene.

Rettferdig fordeling av ressursene

Ulik fordeling av medisiner, utstyr og personale samt ulik tilgjengelighet til helseanlegg er noe de tre landene hadde problemer med. Styresmaktene bør rette fokus mot denne typen avvik. Det må jobbes mot å skape et rettferdig system, hvor helseanleggene mottar like mye av nødvendig utstyr uavhengig av om de ligger i fattige eller rike regioner. Får å få til det vil det være nødvendig med en mer detaljert vurdering av forordningsmetodene. I områder hvor tilbudet fungerer bra, bør systemene styrkes og kanskje brukes som modeller for områder med problemer. Det

vil også være nødvendig med mer grundig planlegging og overvåking av distribusjonen.

Åpenhet om overføringer fra myndighetene

Myndighetene i Mosambik, Ghana og Uganda kan skape et mer gjennomsluttelig distribusjonssystem. Brukerne og tilbyderne av helseanleggene kan få økte kunnskaper om hva de har krav på. Forventningene og kunnskaper om ressursene som overføres fra myndighetene kan økes. Fra modellen til Svensson og Reinikka (2004) kommer det frem at økt tilgang til informasjon kan gi større sannsynlighet for å motta ressursene som faktisk overføres fra myndighetene. Målet bør være at forventningene skal bli lik faktiske overføringer. Dersom overføringene ikke samsvarer med hva som er forventet, og helseanlegg og brukere gis muligheter til å protestere, vil de protestere dersom de har ressurser til protest. Sannsynligheten for at helseanleggene mottar de faktiske ressursene som distribueres fra myndighetene øker i følge modellen med mulighetene for å protestere.

Helseanleggene kan motta de faktiske overføringene fra myndighetene dersom informasjonen om de faktiske overføringene bekjentgjøres samtidig som sanksjonene for å holde tilbake midler er store nok.

Dersom et helseanlegg opplever at overføringene fra myndighetene ikke samsvarer med forventningene, bør de protestere. Mulighetene for å protestere avhenger av hvor mye penger helseanleggene har til rådighet. Helseanleggene i de fattigste regionene har kanskje ikke store nok ressurser til å sette i gang protester, dette kan redusere mulighetene for å motta de forventede forsyninger. Et helseanlegg vil protestere dersom profitten fra en eventuell demonstrasjon er større enn beløpet helseanlegget hadde mottatt uten å protestere.

Mindre ressursrike helseanlegg som har ressurser til å protestere, men ikke nok til en optimal protest, bør også initiere en protest. Den innsatsen helseanlegget bruker på protest vil gi økt nytte for helseanlegget i form av at de mottar større beløp fra myndighetene. Når helseanleggene har forventninger om hva de har rett på, vil det

ifølge modellen påvirke utbetalingene fra myndighetene. Informerte individer forventer mer, og myndighetene må dermed betale mer. Forventet overføringssum vil nærme seg faktisk sum, avhengig av hvor mye informasjon arbeiderne på distriktsnivå og helseanleggene har om ressursene som sendes ut fra myndighetene.

Hvor mye forsyninger helseanleggene mottar vil ifølge modellen avhenge av om de vil protestere eller ikke. Om helseanleggene vil protestere og reagere på midlene de mottar, vil også avhenge av hva de faktisk forventer å motta.

Modellen viser at bedre informasjon fører til økt protest, og dermed en større sannsynlighet for å lykkes. Dersom myndighetene ønsker å hindre protester må de betale mer. God politikk for myndighetene i de tre landene vil være åpenhet og økt informasjon om ressursallokeringen i helsesektoren, på den måten kan ansatte i helseanlegg og brukerne av helseanlegg få en økt forståelse for hva de har rett på.

Resultater fra undersøkelsene i de tre landene viser at helseanlegg i fattige regioner mottar mindre ressurser enn de som ligger i mer velstående regioner. Dette kan sies å samsvare med det som står i Reinikka og Svenssons modell.

Myndighetene kan publisere data om de månedlige overføringene til helseanleggene gjennom aviser og kringkaste det gjennom radio. På denne måten kommer brukerne i sentrum og blir oppmuntret til å overvåke prosessen. Ideen er å gi mer makt til brukerne i enden av den offentlige tjenesteleveransekjeden, makt som skal gi dem fordeler. Brukerne kan nå forlange en viss standard og dersom feil og mangler blir oppdaget, kan de utfordre utøverne til å forbedre dette.

Opprette klare retningslinjer for brukerbetaling

Fra PETS analysen kom det frem at alle tre landene bør gjennomgå brukerbetalingspolitikken. Det bør opprettes klare retningslinjer for alle aspekter ved brukerbetalinger og gebyrer. Retningslinjene bør også støttes av lovgitte rammeverk når dette er nødvendig (Lindelöw et al, 2004). Normer for hvordan personell og utstyr

skal allokere bør gjøres klart for hvert enkelt helseanlegg. Avgifter for helsetjenester og medisiner bør være gjennomsiktede for å sikre at pasientene belastes rettferdig.

Et viktig steg på veien mot oppfyllelsen av tusenårsmålene kan være at de tre landene styrker makten til brukerne av helsetjenestene. Dette kan gjøres ved at brukerne involveres i målsetting, overvåking og ledelse av helsetjenestene. Brukerne kan også få muligheten til å evaluere tilbyderne (The World Bank, 2005). Det kan også være nyttig å offentliggjøre hvilke ressurser og hvor mye ressurser som distribueres til de enkelte helseanleggene. Effekten kan bli større dersom brukerne og arbeiderne har kunnskaper om hvilke ressurser som skal tilfalle helseanleggene. Dette fungerte svært godt i utdanningssektoren i Uganda. Det kom klart frem at tilgangen til informasjon var avgjørende for hvor stor denne effekten var.

Her kan alle landene jobbe mot for eksempel å forbedre retningslinjene for brukerbetaling. Inntektene fra brukerbetalingene gav store muligheter for lekkasje på grunn av individuelle tolkninger av retningslinjene. Dersom brukerne av helseanleggene blir informert om hvilke rettigheter de har og det også legges vekt på at helsearbeiderne skal følge retningslinjene vil brukerbetalingen bli mer oversiktlig og kontrollerbar. Det er nødvendig med informasjon ut til sluttbrukerne for å øke deres klientmakt. Reinikka og Svenssons modell støtter argumentet om at økt informasjon til brukerne fører til større sannsynlighet for at rettighetene opprettholdes. Det vil selvsagt være vanskelig for brukerne å kreve sin rettmessige andel når de ikke vet hva de har krav på.

Rekruttering av helsepersonell

Det er nødvendig for de tre landene å arbeide for å oppdatere de menneskelige ressursene. Bedre utdanning og oppfølging av helsepersonell samt å utdanne flere er nødvendig. Det bør utvikles strategier for å få flere til å jobbe i underbemannede distrikter. Incentivene for å jobbe i rurale områder bør styrkes. Myndighetene kan gjøre det mer attraktivt for befolkningen i rurale områder å utdanne seg til helsearbeidere. Incentiver til arbeid i rurale områder kan for eksempel skapes gjennom subsidiert utdanning. Økt fokus på faglig kompetanse og oppdateringer kan være

aktuelt, og må selvsagt også involvere arbeidere i rurale områder. Ulike former for kompensasjoner for å arbeide i helseanlegg i rurale områder kan være en mulighet.

Et av problemene som alle tre landene hadde til felles var de lave lønningene til helsearbeidere. Det hadde vært ønskelig å kunne heve lønnsnivået og på den måten gjort det mer attraktivt å jobbe i helsesektoren. En konkurransedyktig lønn er kanskje det som skal til for å øke rekrutteringen til helsesektoren. Det kan være vanskelig å heve lønningene for helsearbeidere uten samtidig å måtte heve lønningene for andre offentlige ansatte. Landene bør da forsterke ikke-lønns insentiver for å gjøre arbeid i offentlig helsesektor mer attraktivt (The World Bank, 2005).

Resultatene fra Ghana viste at lønnsystemet her fungerte bra. Overføringene gikk direkte fra myndighetene gjennom ”The Controller Accountatn General” og videre til de ansatte i helseanleggene. Myndighetene i Mosambik og Uganda kan forenkle sine distribusjonskanaler slik at lønnsutbetalingene ikke trenger gå gjennom så mange ledd før de kommer frem til lønsmottakerne. Mer direkte overføringskanaler vil være mer oversiktlig og gi mindre rom for lekkasje av ressursene. Myndighetene i de tre landene kan kanskje også forenkle andre utgiftsposter enn lønn. Dersom ressursene som overføres fra myndighetene må passere gjennom færre ledd før de når destinasjonen kan det øke sannsynligheten for at en større andel faktisk kommer frem.

Muligheter for bolig, tilgang til rent vann og nytt, bedre og mer moderne utstyr kan være med å øke statusen ved å jobbe i rurale områder. Det vil også være nødvendig å forbedre infrastrukturen slik at det blir enklere å komme seg til og fra de ulike områdene.

Større fokus på helsearbeiderne kan være hensiktsmessig. Myndighetene kan gå i dialog med helsearbeiderne og skape et mer åpen forhold. Dersom helsearbeiderne får være med å ta del i endringsprosessene kan de bli enklere å gjennomføre. Det er ønskelig å gjøre det mer attraktivt å jobbe i rurale områder. Klare regler og prosedyrer bør utvikles som de ansatte kan forholde seg til. Også ledelse av helsearbeiderne kan organiseres på en bedre måte slik at man unngår at noen helseanlegg er overbemannet i forhold til andre, ledelsen har ansvar for å fordele ressursene.

PETS avslørte at fordelingen av helsepersonell i de ulike områdene var ujevn. Her kan det utvikles strategier for omallokering av de ansatte innen og mellom distrikter. I områder med godt bemannede helseanlegg er det rom for å øke produktiviteten. Dette kan gjøres gjennom omallokering av ansatte bort fra overbemannede områder og helseanlegg (Lindelöw et al, 2004). Et annet alternativ er å øke etterspørselen fra brukere i tjenestoområdene. Etterspørselen kan økes ved at helseanleggene blir mer tilgjengelige, eller ved å informere befolkningen om hvilke helsetjenester som tilbys.

En annen viktig faktor er å forhindre at helsepersoner blir smittet av HIV/AIDS. Underbemanning er allerede et problem, og det vil være nødvendig å beholde helsearbeiderne som er aktive i dag, i tillegg til å rekruttere nye.

Øke tilgjengeligheten av helseanlegg

Tilgjengeligheten av helseanleggene er også noe som kan forbedres. Mosambik har økt dette gjennom å tilby basishelsetjenester både gjennom faste helseanlegg og mobile team. De mobile helseteamene i Mosambik hjelper til med å nå frem til områder med dårlig tilgjengelige helseanlegg og områder hvor befolkningen ellers ville vært uten helsetjenester. Dårlig infrastruktur preger alle de tre landene, spesielt i de rurale områdene. Helseanleggene kan bli mer tilgjengelige gjennom forbedringer i infrastrukturen, dette er noe som vil komme befolkningen i rurale områder til gode.

Oppsummering

Strategier som skal forbedre helsesituasjonen i de tre landene bør utvikles av de respektive regjeringene. Det må rettes fokus mot langsiktige forbedringer. Delmål kan gjøre utviklingen mer synlig og være inspirerende. Hvert enkelt land må skreddersy strategiene slik at de tilpasses de problemer de står overfor. Gjennomsiktighet i datamaterialet er nødvendig å få til i hvert av landene.

I helsesektoren må det fokuseres på å oppnå gjennomsiktige og effektive budsjettssystemer. Det bør også utformes god struktur og form på de offentlige

utgiftene. Myndighetene må også fokusere på grad av desentralisering, politiske prioriteringer, godt utviklede systemer for fordeling av ressurser og ansvar, og å utvikle solide regnskapssystemer. Det er ønskelig å generere pålitelige strategier, politikk og programmer innen helse som kan være med å bidra til at eventuelle økte ressurser i helsesektoren kan få et positivt utfall.

Funn som ble gjort fra de PETS som er tatt med i denne oppgaven har vist at opplysninger og bevis på hvordan ressursene benyttes er knappe for de gjeldende landene. Regjeringene i Mosambik, Ghana og Uganda bør investere mer ressurser i forståelsen av den dynamikken som gir effektiv omforming av offentlige ressurser til ønsket utfall.

Undersøkelser som kan være med å bidra til at bistandsyttere får økt forståelse for hvilke mekanismer som omformer offentlige ressurser til utviklingsresultater, kan for eksempel være PETS.

5.4 Nytteverdien av PETS

I land med svake institusjoner er det hensiktsmessig med detaljerte oversikter og datagrunnlag når det skal tas politiske avgjørelser. PETS kan være et brukbart verktøy for å få fatt i de ønskede detaljene. Analysene av PETS fra Mosambik, Ghana og Uganda har skaffet bedre datagrunnlag og avdekket områder hvor styresmaktene bør gå inn og bedre forholdene.

Resultatene fra PETS i Uganda har hatt en effekt på politikken i landet. Regjeringen har arbeidet med ulike forbedringstiltak. Flere reformer er iverksatt. En viktig del av prosessen har vært å ha en åpen offentlig debatt (Reinikka, 1999). Staten gikk aktivt inn for å øke gjennomsiktighet, registreringer og regnskapsføring. Det var spesielt innenfor utdanningssektoren at tiltakene ble iverksatt. I helsesektoren har forbedringer innen regnskapsføring og registreringer vært mindre tydelige. Reformene er utviklet for å oppnå bedre helse for befolkningen, og da spesielt de fattige. Den fattigste delen av befolkningen har ikke nødvendigvis opplevd forbedringer (Verdensbanken, 2005). Landet må fremdeles kjempe mot høy barnedødelighet, høyt antall svangerskapsrelaterte dødsfall, og problemer knyttet til alvorlige sykdommer som malaria, AIDS og tuberkulose.

Dersom myndighetene i Mosambik, Ghana og Uganda er villig til å sette i gang tiltak for å forbedre situasjonen i helsesektoren, kan datamaterialet fra PETS analysene hjelpe til å rette fokus mot problemområdene. Det kan selvsagt være mer problematisk i helsesektoren enn det var i utdanningssektoren. Utdanningssektoren i Uganda fikk store deler av utgiftene finansiert av elevenes foreldre i 1991 – 95 (Ablo og Reinikka, 1998). Samarbeid mellom foreldre og lærere var nødvendig, og både foreldre og lærere krevde registreringer og regnskapsføring av utgiftene. I skolesektoren var det kanskje enklere for foreldre å engasjere seg i hvilke rettigheter barna og skolene har ettersom forholdet mellom elever, foreldre og lærere er av langsiktig art. I helsesektoren var det ikke slikt press fra brukerne av helsetjenester. I helsesektoren er forholdet mellom brukere og tilbydere ofte mer kortsiktig og ad hoc, og tilbyderne trenger ikke nødvendigvis ta hensyn til brukerne med i beregningene

(Ablo og Reinikka, 1998). Dette taler for en bedre organisering på etterspørselsiden i utdanningssektoren enn i helsesektoren.

Selv om forholdet mellom tilbydere og brukere i helsesektoren ikke alltid er av langvarig art vil det likevel være mulig å informere brukerne mer, og på den måten forsøke å styrke deres posisjon. Gravide kvinner er et eksempel på en gruppe som vil kunne benytte seg av et regelmessig forhold med helseetaten, ved oppfølging gjennom graviditeten, fødselshjelp og senere kontroll og vaksinerings av barna.

Det kan være vanskelig å finne ut av om de offentlige utgiftene fører til forbedret helsestatus, velferd og økt læring. Tjenestetilbydere påvirker befolkningens atferd og må tas hensyn til. Befolkningens atferd påvirker læringsfaktorer, helsesituasjonen og landets velferd.

Helseanleggene er avhengig av finansieringer og forsyninger for å kunne tilby sine tjenester. Finansiering og forsyning kan undersøkes og analyseres ved hjelp av verktøy som PETS. I situasjoner der informasjon om det virkelige forbruk er knapp, kan PETS følge penger gjennom ulike lag i det offentlige helt ned til førstelinjetjenesten (Reinikka, 2002).

For at PETS skal kunne fungere som et nyttig redskap, og for at regjeringene i Mosambik, Ghana og Uganda skal oppnå ønsket resultat fra de offentlige utgiftene, er det viktig å forsikre seg om at ressursene som allokteres til helsetjenester distribueres effektivt til helseanleggene, og at tjenestene når ut til brukerne og da spesielt til de fattige.

Gjennom analysene fra PETS i de tre landene ble det avslørt mangler og ineffektivitet i distribusjonen av helsetjenester. Det er flere årsaker som kan skape ineffektivitet i distribusjonen av offentlige utgifter, to slike årsaker er:

- korrupsjon, lekkasje av ressurser til individer eller organisasjoner
- sløsing eller ineffektiv bruk av ressursene som når det er usammenheng mellom hva fasilitetene trenger og hva staten distribuerer

(Ye og Canagarajah, 2002).

Det er vanskelig å avgjøre hva som er årsaken til at ressursene fra myndighetene ikke kommer frem til tjenesteutøverne. PETS sier ikke noe om hva ineffektiviteten skyldes, men kan være med å belyse problemområdene. På den måten kan PETS være rettleidende for hva som bør prioriteres og eventuelt endres. PETS fra Mosambik, Ghana og Uganda har vist at informasjonsgrunnlaget er svakt. Svakt informasjonsgrunnlag gir sparsommelige data til bruk i politiske beslutninger. Dersom informasjonen som fremkommer ikke er adekvat, vil det ikke være hensiktsmessig å utføre inngrep basert på denne informasjonen. Denne typen inngrep kan føre til misvisende antagelser og ikke nødvendigvis gi de forventede resultater. Gjennom de tre analysene kom det frem mangler ved registreringer av alt fra personell, pasienter, medisiner og annet utstyr.

PETS kan tilføre vital informasjon for beslutningstakere i tilfeller der institusjonelle svakheter hindrer informasjonsflyt på regulær måte. Dersom regjeringene i de tre landene tar resultatene fra analysene på alvor, kan de benytte disse resultatene til å forbedre feil og mangler. En velldesignet undersøkelse kan gi beslutningstakere den informasjon de trenger til å omallokere finansieringer og ressurser, og på denne måten forbedre leveransen av tjenester. Politiske endringer kan oppnås fordi undersøkelsene har pekt direkte på flaskehalsene og problemområdene. På denne måten blir det også enklere for beslutningstakerne å finne løsninger. For å oppnå FNs tusenårsmål innen fristen vil slik informasjon være avgjørende for styresmaktene i de tre landene (Reinikka, 1999).

Regjeringene i de respektive landene kan arbeide for en mer tilgjengelig informasjon i helsesektoren, noe som kan bidra til mer effektiv fordeling av offentlige utgifter. Det vil være grunnleggende med gjennomsiktighet og grundige registreringer av offentlige utgifter for å få til dette. Lekkasjen av ressursene fra departementer til helseanleggene vil bli mer tydelig dersom systemene er åpne og gjennomsiktige. Det er viktig å bekjempe den formen for lekkasje.

Korrupsjon er definert som misbruk av offentlig makt til egne fordeler ³². Korrupsjon begrenser effektiv allokering av økonomisk verdifulle ressurser, effektiv fordeling av

³² Norad, 2005 - http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=3570

offentlige varer og tjenester, og befolkningens tillit til staten og lovsystemet (Deininger og Mpuga, 2004). Korrupsjon hindrer økonomisk vekst. Kvaliteten og karakteren på offentlige tjenester påvirkes av korrupsjon. Et åpent system med kontrollmuligheter kan forbedre den økonomiske effektiviteten og redusere omfanget av umoralske handlinger fra de offentlige ansatte.

Lekkasjeestimatene er ikke nødvendigvis sammenlignbare over landegrenser. Noen ganger reflekterer undersøkelsene bare feil i registreringen av overføringene, ikke mangler i selve ressursfremkommeligheten. Studier innen ett land kan også variere dersom de er ulikt utformet.

For at resultatene fra PETS skal kunne fungere som et nyttig verktøy for regjeringene i Mosambik, Ghana og Uganda, er det nødvendig å fokusere på de områdene hvor PETS avslørte svakheter. Det største problemet i alle de tre landene var ufullstendige og uklare registreringer av datamateriale som gjorde det vanskelig å følge de offentlige utgiftene.

6 KONKLUSJON

Det ser ut til å være mulig for Mosambik, Ghana og Uganda å oppnå FNs tusenårsmål 5: ”Redusere mødredødelighet”. Mosambik kan klare å nå mål 4: ”Redusere barnedødelighet”. Ghana og Uganda er langt unna å nå dette målet. HIV/AIDS problematikken er stor i alle de tre landene. Uganda har vist en nedgang i antallet AIDS-relaterte dødsfall de siste årene, noe som bidrar til optimisme. Tallene fra Uganda kan vise at det er mulig å bremse økningen i AIDS-tilfeller også i fattige land.

En viktig utfordring for å nå tusenårsmålene er å styrke helsesystemene. Dersom helsesystemene ikke blir mer effektive og rettferdige, vil de tre landene få problemer med å redusere barne- og svangerskapsrelaterte dødsfall og med å redusere tilfeller av HIV/AIDS, tuberkulose og malaria.

PETS analysene fra de tre landene avslørte at myndighetene hadde lite kontroll over ressursdistribusjonen i helsesektoren. Likhetstrekk mellom de tre landene var vanskeligheter med å følge pengestrømmene fra offentlig sektor og ut til helseanleggene. Analysene viste at registreringer av datamateriale var svært dårlig. Det var omtrent umulig å få en klar oversikt over ressursallokeringen. Ufullstendige registreringer, dårlig datamateriale, lite eller ingen kunnskap om verdien på medisiner og utstyr tilført i naturalia, og uklare retningslinjer for brukerbetaling var noen av problemene som ble avdekket. For at landene skal nå FNs tusenårsmål er det nødvendig å rette fokus mot faktisk bruk av de offentlige utgiftene i helsesektoren.

Analysene avslørte at det var lettest å få oversikt over lønnsystemet i Ghana, hvor lønnen ble utbetalt direkte gjennom ”The Controller Accountant General”. Direkte distribusjonskanaler ser ut til å være mest hensiktsmessige. Dersom landene utvikler enklere og bedre systemer for offentlige register og regnskap, kan det bli lettere å føre en effektiv helsepolitikk.

Selv om resultatene fra PETS viste mange problemer kan de likevel være med å bidra til en forbedring i helsesituasjonen i landene. PETS kan være et nyttig verktøy dersom

de tilrettelegges og skreddersys til det spesifikke land og sektor som skal undersøkes. Innhentes godt datamateriell, kan det være en pekepinn på problemområder og flaskehalser. Dersom styresmaktene i Mosambik, Ghana og Uganda tar observasjonene til etterretning og setter i verk reformer og endringer for å bedre forholdene, er det håp om at landene kan få til en effektiv helsesektor – og kanskje komme nærmere tusenårsmålene enn hva trenden viser i dag.

Store deler av sykdommene som rammer de fattigste kan forhindres eller kureres med kjent og tilgjengelig teknologi. Problemet for mange fattige land som Mosambik, Ghana og Uganda er å skaffe kyndig personell, medisiner, vaksiner og informasjon. Fra modellen til Reinikka og Svensson kommer det frem at økt kunnskap og informasjon om hva helseanleggene og brukerne har rett på, kan være med å øke sannsynlighetene for at ressursene som distribueres fra myndighetene kommer frem. Det vil også være med å redusere risikoen for lekkasje av offentlige midler. Myndighetene har derfor en viktig oppgave, å øke kunnskapsnivået for brukere og tilbydere av helsetjenester.

De tre landene hadde alle problemer med for få ansatte i helsesektoren. Myndighetene må styrke insentivene for å få fagpersonell til å ta seg arbeid i fattige regioner, og å strebe etter å oppgradere helsearbeidernes kunnskaper og evner. Lønnsnivået er lavt i alle tre landene og myndighetene i Mosambik, Ghana og Uganda bør ta stilling til om et løft i lønningene kan være med å bidra til en bedre helsesituasjon.

Befolkningen i Mosambik, Ghana og Uganda ønsker forsikringer om at offentlig helsepolitikk baserer seg på metoder som fungerer, og at distribusjonen av ressurser er effektiv, rettferdig og økonomisk forsvarlig. For å sikre befolkningen opplysninger og informasjon de kan stole på, er det nødvendig med funksjonelle informasjonssystemer i helsesektoren.

Myndighetene i Mosambik, Ghana og Uganda må ta resultatene fra PETS til etterretning, skape bedre og mer tilgjengelig informasjon og datagrunnlag, og satse på et gjennomsluttelig system som er enkelt å kontrollere. Det vil da være enklere å nå de politiske målene og FNs tusenårsmål.

7 REFERANSELISTE

Artikler:

- Ablo, Emmanuel and Reinikka, Ritva, 1998 - "Do budgets really matter? – evidence from public spending on education and health in Uganda, Volume 1" 01.06.1998, Policy Research Working Paper 1926, The World Bank, Africa Region
http://wdsbeta.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/1998/06/01/000009265_3980702115711/Rendered/PDF/multi_page.pdf
- Akin, John, Hutchinson, Paul and Stumpf, Koleman, 2001 – "Decentralization and Government Provision of Public Goods: The Public Health Sector in Uganda" Working Paper, The Measure Project, Carolina Population Center
<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/wp-01-35.pdf>
- Bitràn, Ricardo og Giedion, Ursula, 2003 – "Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries" Social Protection Unit, Human Development Network, The World Bank, Social Protection Discussion Paper Series No.0308, The World Bank, Washington D.C.
[http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/65538a343139acab85256cb70055e6ed/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/\\$FILE/0308.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/65538a343139acab85256cb70055e6ed/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/$FILE/0308.pdf)
- Canagarajah, Sudharshan og Ye, Xiao, 2001 – "Public Health and Education Spending in Ghana in 1992-98, Issues of Equity and Efficiency" Policy Research Working Paper 2579, The World Bank
http://wdsbeta.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2001/05/08/000094946_01042509523051/Rendered/PDF/multi0page.pdf
- Dehn, J., Reinikka, R. and Svensson, J., 2003 - "Survey Tools for Assessing Performance in Service Delivery", 25.06.2003, Chapter 9 In Pereira da Silva, Luiz A and Bourguignon, François eds., "The Impact of Economic Policies on

Poverty and Income Distribution: Evaluation Techniques and Tools.” A copublication of the World Bank and Oxford University Press, 2003.

<http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/PETS1.pdf>

- Deininger, Klaus & Mpuga, Paul, 2004 - “Does Greater Accountability Improve the Quality of Delivery of Public Services? Evidence from Uganda” World Bank Policy Research Working Paper 3277, April 2004 - The World Bank, Washington D.C.
<http://rosalinda.ingentaselect.com/wb/wpaperspdf/3277.pdf>
- Hammer, Jeffrey, King, Elizabeth and Reinikka, Ritva, 2002 - ”Making Services Work for Poor People – A research Program on Public Services” The World Bank/ Development Research Group; 2002
<http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resources/PS.Research.Program.Jul1.2002.pdf>
- Hutchinson, Paul, Habte, Demisse og Mulusa, Mary (August, 1999) - “Health Care in Uganda, Selected Issues” World Bank Discussion Paper no. 404
http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/10/07/000094946_99092004315756/Rendered/PDF/multi_page.pdf
- IMF_{Mosambik}, 2005 – “Republic of Mozambique: Poverty Reduction Strategy Paper, Annual Progress Report – Review of the economic and social plan of 2004” IMF Country Report No. 05/310, International Monetary Fund, Washington, D.C.
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2005/cr05311.pdf>
- IMF_{Ghana}, 2005 – “Ghana: Statistical Appendix” IMF Country Report No. 05/286, International Monetary Fund, Washington, D.C.
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2005/cr05286.pdf>

-
- Lavy, Victor, Strauss, John, Thomas, Duncan og De Vreyer, Philippe, 1994 – “Quality of health care, survival and health outcomes in Ghana” Journal of Health Economics 15 (1996) 333-357
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6V8K-3VW8PB3-B-1&_cdi=5873&_user=615901&_orig=search&_coverDate=06%2F30%2F1996&_qd=1&_sk=999849996&_view=c&_wchp=dGLbVlz-zSkWb&_md5=247ff0268005dabc926c220782c449ca&_ie=/sdarticle.pdf)
 - Lindelow, Magnus, 2003 - “Public Expenditure Tracking and Service Delivery Surveys” 11th International Anti – Corruption Conference, Soul 26.mai 2003, Development Research Groups, The World Bank)
http://www.worldbank.org/wbi/governance/pdf/11iacc_lindelow.pdf
 - Lindelöw, Magnus; Ward, Patrick and Zorzi, Nathalie, 2004 - “Primary Health Care in Mozambique – Service Delivery in a Complex Hierarchy” April 2004, Human Development Sector, Africa Region, The World Bank
<http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/ww11888final201.pdf.pdf>
 - Makinnon, John og Reinikka, Ritva, 2000 - ”Lessons from Uganda on Strategies to Fight Poverty”, Policy Research Working Paper – 2440, Development Research Group, Public Economics, The World Bank
http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2000/10/07/000094946_00092705331313/Rendered/PDF/multi_page.pdf
 - Manoel, Álvaro, Dabán, Teresa, Joly, Hervé og Méndez, Maria, 2005 – “ Republic of Mozambique – Selected Issues and Statistical Appendix” IMF Country Report No. 05/311, International Monetary Fund, Washington D.C.
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2005/cr05311.pdf>

-
- Reinikka, Ritva, 2002 - "Assessing Frontline Service Delivery in Education"
World Bank DECRG, HD week 2002 (PowerPoint presentation)
<http://extsearch.worldbank.org/servlet/SiteSearchServlet?qUrl=&qSubc=wbg&ed=&q=Ghana%2BPETS>
 - Reinikka, Ritva, 2004 - "Measurement Matters: The Use of PETS and QSDS";
Development Research Group (DEC), Public Services Research Team, The
World Bank
<http://econbeta.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTPROGRAMS/EXTPUBSERV/0,,contentMDK:20292627~menuPK:546432~pagePK:64168182~piPK:64168060~theSitePK:477916,00.html>
 - Reinikka, Ritva, 2001 - "Recovery in Service Delivery: Evidence from
Schools and Health Centers", kapittel 11 i Reinikka, R og Collier, P eds 2001,
"Uganda's Recovery: The Role of Farms, Firms and Government"
Washington D.C., The World Bank
<http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resources/PS.Chapt11.Uganda.recovery.Reinikka.2001.pdf>
 - Reinikka, Ritva, 1999 - "Using surveys for public sector reform", PREMnotes
nr.23, Newsletter, The World Bank,
http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/01/20/000094946_01010505342545/Rendered/PDF/multi_page.pdf
 - Reinikka, Ritva og Svensson, Jakob, 2004 – "Local capture: Evidence from a
central government transfer program in Uganda" in *Quarterly Journal of
Economics* May: 679-705
 - Reinikka, Ritva og Svensson, Jakob, 2003 - "Survey Techniques to Measure
and Explain Corruption" Policy Research Working Paper 3071, The World
Bank, Development Research Group, Public Services, World Bank,
Washington DC

http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/07/08/000094946_03062104301451/Rendered/PDF/multi0page.pdf

- Sachs, Jeffrey.D, 2002 - "Helse, investering og utvikling" artikkel i Dagens Næringsliv 08.01.2002
<http://www.dn.no/arkiv/article23409.ece>
- Sachs, Jeffrey D., 2004 – " Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals" Round Table, Bulletin of the World Health Organization, Vol.82, No.12, December 2004; 82:947-952
<http://www.earthinstitute.columbia.edu/about/director/documents/whobull1204.pdf>
- Tungodden, Bertil, 2004 – "Diverse modeller i Næringsliv og bistand" November 19, 2004, EPM 420, Næringsliv og bistand i fattige land, Norges Handelshøyskole, Bergen
- Uganda Ministry of Health, 2000 - "National Health Accounts for Uganda. Tracking Expenditure in the Health Sector – both public and private" FY 1997/98, Final Report, Ministry of Health, Kampala, Uganda and Economic Policy Research Centre, Uganda
http://www.who.int/nha/docs/en/Uganda_NHA_report_english.pdf
- Uganda Ministry of Health, 2003 – "Statistical abstract" Ministry of Health, Resource Center, Kampala, Uganda
<http://www.health.go.ug/docs/abstract2001.pdf>
- UNAIDS/WHO, 2005 – "AIDS epidemic update, Special Report on HIV Prevention" Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, UNAIDS, Switzerland

http://www.unaids.org/epi2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/epi-update2005_en.pdf

- Verdensbanken Uganda, 2005 - *“Improving Health Outcomes for the Poor in Uganda – Current status and implications for health sector development”* Africa Region Human Development, Working Paper Series, Human Development Sector, Africa Region, The World Bank
<http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/Uganda.pdf>
- WHO, 2005 – “MDG Health and the Millenium Development Goals” WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, World Health Organization, Genève, Sveits
http://www.who.int/mdg/publications/MDG_Report_08_2005.pdf
- Verdensbanken, 2005 - ”Global Monitoring Report 2005 – Millennium Development Goals: From Consensus to Momentum” The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, Washington DC
<http://siteresources.worldbank.org/GLOBALMONITORINGEXT/Resources/complete.pdf>
- Ye, Xiao and Canagarajah, Sudharshan, 2002 - “Efficiency of Public Expenditure Distribution and Beyond: A report on Ghana’s 2000 Public Expenditure Tracking Survey in the Sectors of Primary Health and Education” Africa Region Working Paper Series; Number 31, June 2002
http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/08/23//000094946_02082304100136/Rendered/PDF/multi0page.pdf
<http://www.worldbank.org/participation/web/webfiles/cepemmeth5.htm>

Nettsider:

- AVERT, 2005
<http://www.avert.org/aidsuganda.htm>
- Department for International Development
<http://www.dfid.gov.uk/mdg/malariafactsheet.asp>
- Globalis, 2005 - www.globalis.no
[http://www.globalis.no/land/mosambik/\(show\)/indicators](http://www.globalis.no/land/mosambik/(show)/indicators)
[http://www.globalis.no/land/ghana/\(show\)/indicators](http://www.globalis.no/land/ghana/(show)/indicators)
[http://www.globalis.no/land/uganda/\(show\)/indicators](http://www.globalis.no/land/uganda/(show)/indicators)
- Ministry of Health in Ghana, 2005
<http://www.ghana.gov.gh/governing/ministries/social/health.php>
- Norad, 2005
http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=1597
http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=3570
- The Universal Currency Converter
<http://www.xe.com/ucc/>
- Unesco, 2005
<http://www.unesco.org/iiep/eng/publications/recent/abstracts/reinikka.htm>
- United Nations Development Program, 2005
http://www.undp.no/article.asp?Article_Id=1656
http://www.undp.no/article.asp?Article_Id=1657
http://www.undp.no/article.asp?Article_Id=1613
http://www.undp.no/article.asp?Article_Id=1648
- United Nations, 2005

http://www.undp.no/article.asp?Category_Id=MDG&article_Id=1200

- Uganda bureau of Statistics, 2005
<http://www.ubos.org/>
- Verdensbanken, 2005 - The World Bank

Ekstrem fattigdom:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPA/0,,contentMDK:20153855~menuPK:435040~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430367,00.html>

Fødsler assistert av kvalifisert helsepersonell: http://ddp-ext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?REPORT_ID=2407&REQUEST_TYPE=VIEW&XL=N&WSP=N&HF=N

Kjøpekraftsparitet: <http://youthink.worldbank.org/glossary.php#ppp>

PovcalNet, World Bank:

<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/jsp/index.jsp>

- WHOSIS, 2005 - World Health Organization Statistical Information System, Country Health Indicators
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm>