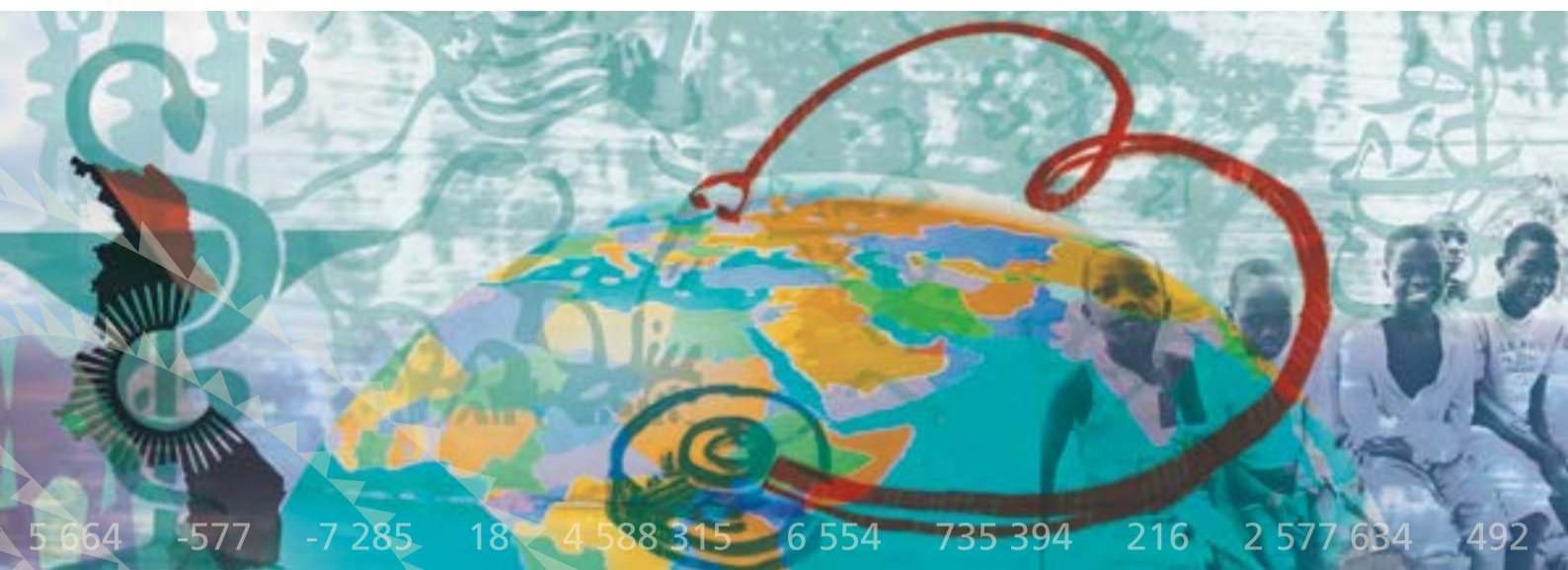




Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av norsk bistand til helsesektoren i Malawi

Dokument 3:8 (2012–2013)



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 23 741 379 17 11

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefon: 22 24 20 00
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Bestillinger offentlige publikasjoner
Telefon: 55 38 66 00
Telefaks: 55 38 66 01
E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Fagbokforlaget AS
Postboks 6050 Postterminalen
5892 Bergen

ISBN 978-82-8229-218-4

Forsideillustrasjon: 07 Oslo

Riksrevisjonens undersøkelse av norsk bistand til helsesektoren i Malawi

Dokument 3:8 (2012–2013)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:8 (2012–2013)
Riksrevisjonens undersøkelse av norsk bistand til helsesektoren i Malawi.

Riksrevisjonen, 19. februar 2012

For riksrevisorkollegiet

Jørgen Kosmo
riksrevisor

Innhold

1	Hovedfunn	7
2	Riksrevisjonens merknader	8
3	Riksrevisjonens anbefalinger	10
4	Departementets oppfølging	10
5	Riksrevisjonens sluttmerknad	12
<hr/>		
	Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden	13
<hr/>		
	Vedlegg 2: Statsrådets svar	17
<hr/>		
	Vedlegg 3: Rapport	25
	Ordlister og forkortelser	31
1	Innledning	34
2	Mål og problemstillinger	36
3	Metodisk tilnærming og gjennomføring	38
4	Revisjonskriterier	41
5	Måloppnåelse i helsesektorprogrammet og for budsjettstøtten	44
6	De globale helsefondenes programmer i Malawi	57
7	Ressursflyten i helsesystemet	67
8	Oppfølging og kontroll	89
9	Vurderinger	107
	Vedlegg	114
	Referanseliste	120

**Utbrett: Bakgrunn og mål for undersøkelsen.
Funn og anbefalinger.**

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere måloppnåelse og effektivitet i store helseinnsatser i Malawi som er direkte eller indirekte finansiert av Norge, samt å vurdere forvaltningens oppfølging og kontroll med bruken av midlene. Begrepet *effektivitet* viser først og fremst til i hvilken grad personell, medisiner, materiell og midler til utstyr og infrastruktur som er gjort tilgjengelig for det offentlig finansierte helsevesenet i Malawi, når fram til de helseenhetene som står for produksjon av helsetjenester.

Undersøkelsen omfatter både den bilaterale helsesektorstøtten og den generelle budsjettstøtten som Norge har gitt, i tillegg til Den globale vaksinealliansen (GAVI) og Det globale fondets programmer i Malawi. Undersøkelsen omfatter perioden 2004–2011, ettersom de to store bilaterale tiltakene løper over denne perioden, og ettersom størsteparten av de globale fondenes utbetalinger også fant sted i denne perioden. Den bilaterale støtten fra Norge til helsesektorprogrammet var i perioden på 380 mill. kroner. I tillegg til 60 mill. kroner til Unicef som var øremerket for innkjøp av medisiner direkte til helsesentre og sykehus. I perioden ga Norge også 400 mill. kroner i generell budsjettstøtte til Malawi. Det globale fondet har utbetalt ca. 2,7 mrd. kroner til Malawi (2003–2011), mens GAVI har utbetalt om lag 650 mill. kroner (2001–2011).

FNs tusenårs mål er førende for norsk utviklingspolitikk. Norge har tatt særlig ansvar for tusenårs mål 4 og 5 om bl.a. å redusere henholdsvis barnedødeligheten med 2/3 og mødredødeligheten med 3/4 fra nivået i 1990 innen 2015. Det er oppnådd store framskritt i det globale arbeidet for de helse-relaterte målene, men situasjonen for både barne- og mødredødelighet forblir alvorlig i Sør-Asia og Afrika sør for Sahara.

Som en følge av den politiske og økonomiske satsingen på helsemålene, har flere land opplevd kraftig økning i bistand på helseområdet. I Malawi ble helsebistanden tredoblet fra 2002 til 2009. Samtidig har det i mange av de norske samarbeidslandene vært en vedvarende krise i de nasjonale helsesystemene. En vesentlig ressursøkning til land med svake helse- og finansforvaltnings-

systemer gir risiko for lite effektiv bruk av ressursene.

Rapporten ble forelagt Utenriksdepartementet ved brev 2. november 2012. Departementet har i brev av 30. november 2012 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Utviklingen i Malawi er positiv for barne- og mødrehelse og tilgang på grunnleggende helse-tjenester, men sentrale mål for redusert barne- og mødredødelighet og styrking av helsesyste-met er ikke nådd.
- Det er klare svakheter ved Utenriksdeparte-mentets oppfølging og kontroll med at midlene blir brukt som forutsatt.
- Det kan stilles spørsmål ved om Utenriks-departementets tildeling av budsjettstøtte/ sektorbudsjettstøtte til Malawi er i overens-stemmelse med Stortingets forutsetninger.
- Utenriksdepartementets retningslinjer for budsjettstøtte reflekterer ikke i tilstrekkelig grad Stortingets forutsetninger for når budsjett-støtte kan gis.
- Det er stor grad av ineffektivitet i ressurs-strømmene ut til sykehus og helsesentre i Malawi, noe som blant annet betyr tap av medisiner og mindre tilgang på helsepersonell.
- De globale helsefondene har gitt viktige bidrag i arbeidet for å bekjempe aids, malaria og tuberkulose og for redusert barnedødelighet i Malawi, men landet er svært sårbart for svingninger i støtten.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Utviklingen i Malawi er positiv for barne- og mødrehelse og tilgang på grunnleggende helse-tjenester, men sentrale mål for redusert dødelighet og styrking av helsesystemet er ikke nådd

Malawi har vist framgang når det gjelder å redusere barne- og mødredødeligheten, men ikke tilstrekkelig til å nå målene som var satt i helse-sektorprogrammet for 2010. Tusenårs mål 4 og 5 om å redusere barnedødeligheten med 2/3 innen 2015 fra nivået i 1990 og mødredødeligheten med 3/4, vil bli vanskelig å nå. Helsesektorprogrammet hadde også mål om økt tilgjengelighet og bruk av grunnleggende helsetjenester. Her har det vært en positiv utvikling, og halvparten av målene som ble satt, er nådd. Helsemålene for den generelle budsjettstøtten er i hovedsak oppnådd.

De målene som var satt for innsatsfaktorene i helsesektorprogrammet – helsepersonell, medisiner og materiell, medisinsk utstyr og infrastruktur, er imidlertid ikke nådd. Det viser etter Riksrevisjonens vurdering vesentlige svakheter i malawiske myndigheters arbeid med å styrke det offentlige helsesystemet i landet. Lege- og sykepleierdekningen er fortsatt svært lav og har vist nedgang i de siste årene etter noen år med framgang. Medisinlagrene på helsesentre og sykehus er ofte små eller tomme. Evnen til å realisere prosjekter i form av nytt medisinsk utstyr eller bygging av helsesentre og sykehus er svak. En stor del av midlene som er budsjettet til disse formålene, blir ikke brukt.

2.2 Det er klare svakheter ved Utenriksdepartementets oppfølging og kontroll med at midlene blir brukt som forutsatt

Utenrikskomiteen i Stortinget har understreket behovet for en målrettet og effektiv kontroll med bistandsmidlene, uavhengig av hvilke instanser bistanden kanaliseres gjennom. Etter Riksrevisjonens vurdering har Utenriksdepartementets oppfølging av den lokale eksternrevisjonen av helsesektorprogrammet og de mange forholdene som påpekes i den, vært for svak. For fire av årene i undersøkelsesperioden unnlater malawiske myndigheter å besvare Norge og andre givers skriftlige spørsmål til funnene i revisjonsrapportene, uten at det får følger. Ett år unnlater også Norge og giverne å foreta en skriftlig oppfølging av revisjonsrapporten, til tross for at revisjonen peker på vesentlige feil og mangler.

Riksrevisjonen mener det er kritikkverdig at Norge og andre givere ikke fulgte opp funn fra

eksternrevisjonene av helsesektorprogrammet knyttet til følgende tre forhold i Malawi:

- en utbetaling tilsvarende 1,3 mill. kroner som mangler underlagsdokumentasjon, angivelig til departementsråden i helsedepartementet
- en manglende justering av helsesektorregnskapet tilsvarende 9 mill. kroner som innebærer at det ikke er redegjort for hva midlene er brukt til
- manglende bilag for utgifter tilsvarende 2,5 mill. kroner til drivstoff ved helsedepartementets hovedkvarter i regnskapsåret 2008–2009

Et fjerde forhold med relevans for oppfølgingen av den generelle budsjettstøtten kom fram i forbindelse med en rapport om støtte til den malawiske riksrevisjonen utarbeidet for den tyske utviklingsbanken. Det var et utgiftsbeløp i det malawiske statsregnskapet for regnskapsåret 2008–2009 på om lag 2,8 mrd. kroner som var uforklarlig og lite dokumentert. Transaksjonen var ikke kommentert i den malawiske riksrevisjonens revisjonsrapport. Først senere er det opplyst at beløpet skyldes tidligere års feilaktige regnskapsføring av malawiske statsobligasjoner. Den norske ambassaden tok ikke saken særskilt opp med malawiske myndigheter. Riksrevisjonen mener Utenriksdepartementet på et tidligere tidspunkt burde ha rettet en formell henvendelse til myndighetene for å få en forklaring på forholdet, transaksjonens størrelse og de kjente svakhetene ved regnskapsføringen av statsobligasjoner tatt i betraktning.

Riksrevisjonen vurderer det som positivt at Utenriksdepartementet har tatt initiativ til en spesialrevisjon av anskaffelser i det sentrale medisinaldepotet (CMS), og at støtten til helsesektorprogrammet ble frosset som følge av mistankene om uregelmessigheter i CMS.

Store verdier er blitt tilført helsesektoren i Malawi fra blant annet de globale helsefondene, uten at disse midlene er blitt synliggjort i helsesektorprogrammets budsjetter og regnskap. Dette svekker mulighetene for effektiv ressursbruk og for å holde myndighetene ansvarlige. Norge og andre givere i Malawi har viet dette liten oppmerksomhet. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at Utenriksdepartementet aktivt følger opp at bistandsmidler til den malawiske staten framkommer i statsbudsjett- og regnskap. Dette er særlig i lys av den meget uoversiktlige situasjonen med et stort antall aktører som finansierer og gjennomfører helseprosjekter og -programmer i landet. Dette er også viktig for å redusere risikoen for misligheter og korrupsjon.

Den norske ambassaden har ikke hatt kompetanse eller kapasitet til å følge opp spørsmål knyttet til finansforvaltningen på helsesektoren. Riksrevisjonen mener dette ikke er tilfredsstillende når betydelige bistandsmidler gis som sektorbudsjettstøtte til et land hvor systemene for offentlig finansforvaltning er så svake som i Malawis tilfelle.

I St.meld. nr. 35 (2003–2004) ble systematisk bruk av feltbesøk trukket fram som et virkemiddel som viser at Norge som gir følger aktivt med på hvordan mottakeren bruker midlene og for å forebygge misbruk. I Malawi bruker ikke ambassaden feltbesøk systematisk i sin oppfølging. Norske budsjettstøttemidler kan ikke spores særskilt. Riksrevisjonen mener at mer systematisk bruk av feltbesøk likevel ville vært hensiktsmessig og gitt verdifull informasjon om situasjonen ute i distriktene og om ressursene når fram til helsecentre og sykehus.

2.3 Det kan stilles spørsmål ved om tildelinger av budsjettstøtte/sektorbudsjettstøtte til Malawi er i overensstemmelse med Stortingets forutsetninger

Norges bilaterale bistand til Malawi består av en betydelig andel generell budsjettstøtte og sektorbudsjettstøtte til helseområdet. Denne formen for bistand er ment å gi lavere transaksjonskostnader og økt effektivitet i bistanden. I Innst. S. nr. 172 (2007–2008) viser kontroll- og konstitusjonskomiteen til at budsjettstøtte kan være fornuftig i noen tilfeller, og at Utenriksdepartementet må sikre at nødvendige forutsetninger er oppfylt. I Innst. S. nr. 269 (2008–2009) forutsetter utenrikskomiteen at budsjettstøtte skal gis når et lands offentlige finansforvaltning holder et visst kvalitetsnivå, og når landet har gode nok revisjons- og kontrollordninger for slik støtte.

Parallelt med budsjettstøtten har Norge gitt støtte for å styrke den offentlige finansforvaltningen i Malawi, blant annet gjennom støtte til den nasjonale riksrevisjonen og sentralbanken. Flere revisjoner, evalueringer og vurderinger gjennomført av eller for Utenriksdepartementet, DFID, IMF og Det globale fondets internrevisjon konkluderer med store svakheter og høy risiko i Malawis offentlige finansforvaltning generelt og på helsesektoren gjennom hele undersøkelsesperioden. Det er blant annet dokumentert svake it-systemer, mangelfull regnskapsføring, manglende dokumentasjon, svak revisjon, mangler ved anskaffelser, og at ledelsen ikke griper fatt i svakhetene. Flere eksempler fra helsesektor- og

statsregnskapet illustrerer også slike svakheter, flere av dem med potensielt høy alvorlighetsgrad.

Riksrevisjonen stiller derfor spørsmål ved om Utenriksdepartementets tildelinger av sektorbudsjettstøtte til Malawi fra og med 2008 er i samsvar med Stortingets forutsetninger. To av tildelingene har skjedd etter at Stortingets utenrikskomité forutsatte at budsjettstøtte bare skal gis når et lands finansforvaltning har et visst kvalitetsnivå, og når landet har gode nok revisjons- og kontrollordninger for slik støtte.

2.4 Utenriksdepartementets retningslinjer for budsjettstøtte reflekterer ikke i tilstrekkelig grad Stortingets forutsetninger for når budsjettstøtte kan gis

Stortingets utenrikskomité understreker i Innst. S. nr. 269 (2008–09) at erfaringer med mislighold og korrupsjon tilsier at en fra norsk side forsikrer seg om at kvaliteten ved finansforvaltningen og de nasjonale riksrevisjonsordningene i det enkelte land er god nok når budsjettstøtte vurderes og bevilges. Komiteen viser til at det må settes klare kriterier for forventet kvalitet i landenes finansforvaltning når budsjettstøtte vurderes.

Utenriksdepartementets retningslinjer for budsjettstøtte setter ikke klare kriterier for forventet kvalitet på offentlig finansforvaltning når budsjettstøtte blir vurdert og gitt. Etter Riksrevisjonens vurdering er det kritikkverdig at Utenriksdepartementet ikke har oppdatert retningslinjene i tråd med Stortingets forutsetninger. Uten klare kriterier vil tildeling av budsjettstøtte etter Riksrevisjonens vurdering kunne gis på sviktende grunnlag.

2.5 Det er stor grad av ineffektivitet i ressursstrømmene ut til sykehus og helsecentre i Malawi, noe som blant annet betyr tap av medisiner og mindre tilgjengelig helsepersonell

Malawi har opplevd en vesentlig økning i bistanden til helseformål det siste tiåret. Det er imidlertid store svakheter ved effektiviteten i ressursstrømmene ut til de tjenesteproduerende enhetene. Dette betyr at befolkningen får vesentlig mindre igjen for midlene som bevilges til helseformål, enn hva som kunne vært tilfelle. Malawis offentlig finansierte helsevesen har – og har lenge hatt – en alvorlig helsepersonellkrise med bl.a. et meget begrenset antall leger og sykepleiere. Undersøkelsen av 13 helsecentre og sykehus viser at tilgjengeligheten på helsepersonell er betydelig lavere enn tallene for ansatte tilsier. Det er også klare indikasjoner på at

satsene for kost- og nattillegg for reiser, kurs og seminarer er så høye at de fungerer som lønns-tillegg og gir uhensiktsmessige incentiver til fravær.

Undersøkelsen indikerer videre at det er skjev fordeling av ressurser mellom nivåene i i den statlige delen av helsesystemet. Primærhelsetilbudet, det vil si helsesentrene og lokalsykehusene, i fem av de sju distriktene som er undersøkt, får bare ca. 20 prosent av hvert distrikts midler til medisiner. Det er enhetene på dette nivået som i første rekke skal betjene det store flertallet av befolkningen som lever på landsbygda, men helsesentrene har oftest tomme medisinalagre og en dårlig utstyrssituasjon.

Medisinmangel har lenge vært et problem ved sykehus og helsesentre i Malawi. Lekkasjer i leddet mellom medisinaldepotet og sykehus/helsesentre er fortsatt et problem. Undersøkelsen tyder også på at håndteringen av medisiner på sykehusene og helsesentrene er kilde til enda større tap. Det kan ikke redegjøres for om lag 70 prosent av antibiotikamedisinene som ble undersøkt, og som ifølge lagerkortene er tatt ut for å bli delt ut til dagpasienter. Dette innebærer at sykehus og helsesentre i deler av året er tomme for viktige medisiner.

Svakhetene ved medisinforvaltningen lokalt og risikoen for tap dette medfører, har lenge vært kjent for Utenriksdepartementet, andre givere og landets myndigheter. Det har imidlertid i liten grad blitt fulgt opp. Det er etter Riksrevisjonens vurdering viktig å se nærmere på håndteringen av medisiner og medisinsk materiell på helsesentre og sykehus, samt på tilgjengeligheten av helsepersonell.

2.6 De globale helsefondene har gitt viktige bidrag i arbeidet for å bekjempe smittsomme sykdommer og for redusert barnedødelighet i Malawi, men landet er svært sårbart for svingninger i støtten

De globale helsefondene har gitt viktige bidrag til å bekjempe enkeltsykdommer som aids og malaria, men også som støtte til helsesystemet i Malawi. Det globale fondet finansierer aidsmedisiner for om lag 300 000 mennesker per 2012. Med en dekningsgrad i 2011 på 67 prosent er det likevel langt fra full tilgang til behandling for hiv/aids for alle som trenger det, i tråd med tusenårs mål 6. Det er også flere som mottar malariamedisiner og myggnett som følge av støtten fra Det globale fondet. Malawi kan også

viser til høy vaksinedekning, og landet har innført flere nye vaksiner med støtte fra GAVI.

Det globale fondet var den største giveren til Malawis helsesektor for budsjettåret 2011–2012 og finansierer så godt som all hiv/aids-medisiner i landet. Malawi er også helt avhengig av støtten fra GAVI for å opprettholde sitt vaksinasjonsprogram. Landets befolkning er derfor svært sårbare for svingninger i støtten fra de globale fondene. Riksrevisjonen mener Utenriksdepartementet bør påvirke de globale helsefondene til i enda større grad å samarbeide med mottakerland som Malawi med sikte på at myndighetene over tid kan ta en større del av finansieringen og dermed skape mer varige resultater.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Utenriksdepartementet:

- i samarbeid med andre givere iverksetter tiltak for å bedre måloppnåelsen for helsepersonell, tilgang på medisiner, medisinsk utstyr og infrastruktur
- styrker kompetansen og kapasiteten til å vurdere spørsmål knyttet til offentlig finansforvaltning, særlig ved ambassadene i land som mottar norsk budsjettstøtte
- sørger for at regnskap fra mottakerlandets myndigheter og innholdet i årlige revisjonsrapporter fra lokale eksterne revisorer blir tilstrekkelig fulgt opp
- stimulerer til tiltak som kan styrke kompetansen og kapasiteten innen offentlig finansforvaltning i helsedepartementet i Malawi
- vurderer økt bruk av feltbesøk for å vise nærvær og som kilde til nødvendig supplerende informasjon om situasjonen i landet
- vurderer om budsjettstøtte og sektorbudsjettstøtte til Malawi bør gis uten klare forbedringer i landets finansforvaltning
- oppdaterer departementets retningslinjer for budsjettstøtte slik at de blir i tråd med Stortingets forutsetninger
- påvirker de globale helsefondene til i større grad å samarbeide med mottakerlandene om økt samfinansiering over tid

4 Departementets oppfølging

Utenriksministeren og utviklingsministeren framhever at Riksrevisjonens framstilling av måloppnåelse for redusert dødelighet og styrking av helsesystemet er noe unyansert. De viser til at

Malawis resultater på helsesektoren er blant de beste i Afrika. Malawi er et av verdens ti fattigste land, og har dermed store svakheter i helse-tjenestene. I en slik sammenheng er resultatene på helsesektoren gode.

Statsrådene er enig i at regnskap fra myndighetene og de årlige revisjonsrapportene burde vært fulgt opp bedre av Norge og de andre giverne. Sentral kontrollenhet i departementet har opprettet egen sak på hvert av de tre forholdene Riksrevisjonen har trukket fram. Sakene følges opp i tråd med retningslinjene for behandling av mistanke om økonomiske misligheter. I Malawi vil de årlige revisjonsrapportene bli gjenstand for ytterligere revisjon. Det vil bli engasjert en finansrådgiver som skal gjennomgå årlige regnskaps- og innkjøpsrevisjoner og gi råd til det malawiske helsedepartementet og giverne om oppfølging. Utenriksdepartementet vurderer å styrke sin kapasitet på området.

Det vil ifølge statsrådene bli svært komplisert dersom midler til innkjøp av medisiner og vaksiner fra bl.a. Det globale fondet til Malawi skulle føres opp i det malawiske helsesektorprogrammets budsjett og regnskap. Statsrådene er enig i at parallell finansiering er et problem, og giverne samarbeider derfor med malawiske myndigheter om å holde oversikt over slike bidrag.

Departementet mener at Riksrevisjonen kun har sett på et utvalg av dokumentasjonen knyttet til den generelle budsjettstøtten og ikke har vektlagt ambassadens øvrige innsats knyttet til styrking av offentlig finansforvaltning. Statsrådene viser til at dette er sentrale punkter i oppfølgingen av Stortingets forutsetninger på dette området. De er enig i at det er svakheter og risiko knyttet til finansforvaltningen i Malawi, men mener at risikoen er akseptabel med avbøtende tiltak.

Når det gjelder Riksrevisjonens anbefaling om å vurdere om budsjettstøtte bør gis uten klare forbedringer i landets finansforvaltning, viser statsrådene til at slike vurderinger gjøres fortløpende. Beslutningen om å gjenoppta sektorbudsjettstøtte til helsesektorprogrammet i juli 2012 ble fattet etter nøye vurderinger og innføring av nye felles tiltak for å styrke bl.a. finansforvaltning, revisjon og innkjøp. I 2011 ble det utarbeidet et nytt program for arbeidet med offentlig finansforvaltning og økonomisk styresett i Malawi. Statsrådene viser til at programmet inneholder konkrete krav til å forbedre resultater i

finansforvaltningen over tid, og mener at programmet bidrar til at innsatsen på området styrkes betydelig.

Når det gjelder spørsmålet om retningslinjene for budsjettstøtte i tilstrekkelig grad reflekterer Stortingets forutsetninger for når budsjettstøtte kan gis, mener statsrådene det er ulike måter å ivareta behovet for å stille klare krav til kvaliteten på finansforvaltningen på. En hensiktsmessig måte er å stille krav om å gjennomføre spesifikke reformer som styrker finansforvaltningen. Statsrådene viser til at norske retningslinjer og praksis har hatt dette utgangspunktet. Det vil etter statsrådenes vurdering være vanskelig å utforme generelle kvalitetsstandarder for finansforvaltningen siden landenes systemer er komplekse og ulike. Andre store givere, som Storbritannia og Europakommisjonen, opererer ikke med minimumsstandarder på tvers av land. Departementet følger utviklingen på området og vil i samarbeid med Norad vurdere behovet for å oppdatere retningslinjene.

Statsrådene viser til at ineffektivitet i ressursstrømmene ut til de tjenesteproduserende enhetene er et typisk problem i utviklingsland. Men situasjonen i 2011 og 2012 vil ikke nødvendigvis være egnet til å vurdere resultatene av helsesektorstøtten fra Norge og andre givere. Det skyldes medisinmangelen som oppstod som følge av at Norge og andre givere hadde frosset helsesektorstøtten.

Departementet vil sammen med andre givere vurdere om det er grunnlag for mer systematisk innhenting av informasjon, inkludert feltbesøk, fra givernes side når det gjelder budsjettstøtten.

Statsrådene er enig i at bruken av kost- og nattillegg under reiser og seminarer kan skape feil insentiver for bl.a. helsepersonell. Departementet har utarbeidet nye sjekklister til bruk for saksbehandlere når de skal vurdere budsjetter i bistandsprosjekter.

Statsrådene er også enig i at ressursene i helsesektoren fordeles skjevt. De viser til at myndighetene i Malawi er opptatt av dette, og til at helsedepartementet i landet har et pågående arbeid med å kartlegge planlagte ressurser til sektoren for å bedre planlegging og ressursfordeling.

Når det gjelder svakheter ved medisinformvaltningen lokalt, er statsrådene uenig i at dette i liten

grad er fulgt opp av givere og myndigheter. Givere som har vært involvert i innkjøp og distribusjon, har ifølge departementet fulgt opp disse svakhetene spesielt.

Statsrådene er enig i at Malawi er avhengig av finansieringen fra de globale helsefondene, og at landets befolkning er sårbar for svingninger i støtten. Men tatt i betraktning landets økonomiske situasjon mener statsrådene at det er urealistisk å forvente at landet kan redusere sin avhengighet av disse fondene i nær framtid.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen er enig i at Malawi har oppnådd mange positive resultater på helsesektoren. Etter Riksrevisjonens oppfatning viser undersøkelsen likevel vesentlige svakheter ved måloppnåelsen når det gjelder å styrke helsesystemet med helsepersonell, medisiner og materiell, utstyr og infrastruktur.

Riksrevisjonen mener redusert tilgang på medisiner pga. svinn og svakheter ved forvaltningen ved sykehus og helsesentre har vesentlige konsekvenser for befolkningens reelle helsetilbud. Det samme gjelder redusert tilgjengelighet av helsepersonell pga. fravær. Etter Riksrevisjonens

oppfatning er ikke disse fenomenene viet tilstrekkelig oppmerksomhet fra Norges eller andre givers side. Departementet bør i samarbeid med andre givere og myndighetene i Malawi ta initiativ for å forbedre forvaltningen av medisiner lokalt og finne virkemidler for økt tilstedeværelse av de ansatte.

Riksrevisjonen mener at det er fullt mulig å synliggjøre midler fra bl.a. GAVI og Det globale fondet i helsesektorprogrammets budsjetter og regnskap. Dette vises bl.a. ved at midlene til medisinkjøp fra Det globale fondet ble inkludert i regnskapet for regnskapsåret 2010–2011. Riksrevisjonen fastholder at det er vesentlig at midlene gjøres synlige i budsjett og regnskap for slik å gjøre det mulig å holde myndighetene ansvarlig for bruken av statlige midler.

Etter Riksrevisjonens vurdering bør det ikke være tilstrekkelig for å gi budsjettstøtte at det er planlagt tiltak eller reformer innen offentlig finansforvaltning som på sikt vil kunne gi en forbedret situasjon. Riksrevisjonen mener derfor at retningslinjene bør presiseres og oppdateres i tråd med Stortingets forutsetninger slik at de støtter opp om god forvaltningspraksis.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 31. januar 2013

Jørgen Kosmo

Arve Lønnum

Martin Engeset

Per Jordal

Synnøve Brenden

Berit Mørk

Vedlegg 1

Riksrevisjonens brev til statsråden

Statsråd Heikki Eidsvoll Holmås
Utenriksdepartementet
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Riksrevisjonens undersøkelse av norsk bistand til helsesektoren i Malawi

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2012–2013) *Riksrevisjonens undersøkelse av norsk bistand til helsesektoren i Malawi*.

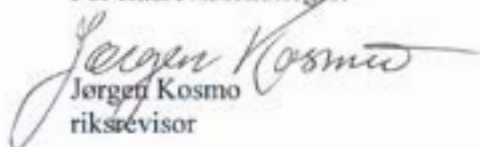
Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Utenriksdepartementet ved vårt brev 2. november 2012, og på departementets svar 30. november 2012.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet.

Svarfrist: 15. januar 2013.

For riksrevisorkollegiet


Jørgen Kosmo
riksrevisor

Vedlegg:

Utkast til Dokument 3:x (2012–2013) *Riksrevisjonens undersøkelse av norsk bistand til helsesektoren i Malawi*.

Vedlegg 2

Statsrådets svar



**DET KONGELIGE
UTENRIKSDEPARTEMENT**

Utenriksministeren og Utviklingsministeren

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Unntatt offentlighet
Offl. § 5, 2.ledd

Deres ref.:

Vår ref.:
11/10122-26

Dato:
15.01.2013

Riksrevisjonens undersøkelse av norsk bistand til helsesektoren i Malawi

1 Hovedfunn

Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger vedrørende budsjettstøtten kan gi inntrykk av at forvaltningen av den generelle budsjettstøtten som er gitt Malawi, er undersøkt i sin helhet. Det er viktig å presisere at Riksrevisjonen bare har sett på enkelte deler av dokumentasjonen og at vesentlige deler av ambassadens arbeid knyttet til oppfølging av budsjettstøtten, ikke er undersøkt (jfr. punkt 2.3 nedenfor).

Departementet oppfatter Riksrevisjonens fremstilling av måloppnåelse for redusert dødelighet og styrking av helsesystemet som noe unyansert. Som utdypet nedenfor mener vi Malawis resultater på helsesektoren er blant de beste i Afrika.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Utviklingen for barne- og mødrehelse og tilgang på grunnleggende helsetjenester

Målene på helsesektoren er i hovedsak utledet fra FNs tusenårsmål for 2015. Disse helsemålene er svært ambisiøse, og Malawi er et av få afrikanske land som ligger an til å oppnå enkelte av tusenårsmålene. For eksempel er barnedødeligheten redusert fra 76 barn per 1000 i 2004 til 66 i 2010. Mødredødeligheten er redusert fra 984 til 675 per 100 000 fødsler i samme periode. Dødsfall hos malariasyke barn er redusert fra 7 prosent til 3 prosent, og andelen undervektige barn er redusert fra 22 prosent til 13 prosent. Dette er gode resultater, selv om målet for undervektige barn var på 7 prosent. Samlet sett kan utviklingen på dette området vurderes som meget god.

Riksrevisjonen finner at det er vesentlige svakheter i malawiske myndigheters arbeid med å styrke det offentlige helsesystemet i landet. Det er viktig å ha i mente at Malawi, et av verdens ti fattigste land, har en nasjonalinntekt per innbygger som er mindre enn en

femtiende-del av den norske, målt i kjøpekraft. De store svakhetene i landets helsetjenester som følger av at Malawi er så fattig, er bakgrunnen for norske og andre giveres bistand til landet på denne sektoren. Sett i en slik sammenheng blir resultatene i helsesektoren, f.eks. fremgangen i antall leger per innbyggertall, gode, selv om man ikke har nådd de eksakte målene.

Det er verdt å merke at helsemålene knyttet til budsjettstøtten er oppnådd. Disse målene er utformet etter hva som har vært realistisk ut fra tilgjengelige ressurser.

2.2 Utenriksdepartementets oppfølging og kontroll

Utenriksdepartementet er enig i at oppfølgingen fra Norge og de andre givene av den lokale eksterne revisjonen ikke har vært god nok i den aktuelle perioden. Norge og andre givere burde ha fulgt tettere opp og reagert sterkere på mangelfulle svar fra myndighetene på revisjonsrapporter.

Sentral kontrollenhet i departementet har opprettet egen sak på hvert av de tre forholdene Riksrevisjonen har trukket fram, og som gjelder henholdsvis manglende underlagsdokumentasjon på utbetalinger i helsedepartementet (1,3 millioner kroner), manglende justering av helsesektorregnskapet (9 millioner kroner) og manglende bilag for drivstoffutgifter (2,5 millioner kroner). Sakene følges opp i henhold til retningslinjene for behandling av mistanke om økonomiske misligheter.

Riksrevisjonen peker på de store verdiene som blir tilført helsesektoren i Malawi, blant annet fra de globale helsefondene, uten at disse midlene blir synliggjort i helseprogrammets budsjetter og regnskap. De globale fondene har reglement som gjør at deres midler må holdes adskilt fra myndighetenes og andre giveres midler. Fondene har brukt parallelle strukturer til for eksempel innkjøp og levering av medisiner. Disse midlene har ikke malawiske myndigheter direkte kontroll over, og det ville være svært komplisert dersom slike midler skulle føres opp i budsjett og regnskap.

Det er imidlertid mulig å lage gode oversikter over slike pengestrømmer, noe som også blir gjort. Det er etter departementets mening ikke riktig, som Riksrevisjonen sier, at givene har viet spørsmålet om parallelle tiltak liten oppmerksomhet. Givene samarbeider med malawiske myndigheter om å holde oversikt over slike bidrag. Myndighetene samarbeider for eksempel med amerikanske bistandsorganer om planer og rapporter for parallellfinansierte tiltak, og myndighetene utarbeider årlig et *Aid Atlas* som inneholder slik informasjon. Oversikter over parallell støtte ligger som grunnlag for planlegging, selv om det i praksis ikke er mulig å inkludere slike tall i budsjettet.

Departementet er enig i at parallellfinansiering er et problem for myndighetene når det gjelder planlegging og kontroll. Det er en viktig grunn til at Norge gir så stor del av bistanden på sektoren som sektorbidand, dvs. kurvfinansiering sammen med andre givere. Den norske ambassaden deltar i dialogen med myndighetene for å få best mulig oversikt over parallell finansiering. Men det er samtidig begrenset hva Norge kan gjøre i enkeltland med at andre giverland foretrekker andre former for bistand. Departementet arbeider derfor systematisk med disse spørsmålene i den løpende dialogen med styregruppene vi er deltakere i, og i forbindelse med styremøtene.

2.3 Budsjettstøtte og sektorstøtte i forhold til Stortingets forutsetninger

I avsnitt 2.3 stiller Riksrevisjonen spørsmål ved om tildelinger av budsjettstøtte og sektorbudsjettstøtte til Malawi er i overensstemmelse med Stortingets forutsetninger. Utenriksdepartementet mener at Riksrevisjonen ikke har tilstrekkelig grunnlag for å stille et slikt spørsmål ettersom det ikke er gjennomført en forvaltningsrevisjon av budsjettstøtten. Riksrevisjonen har kun sett på et utvalg dokumentasjon knyttet til budsjettstøtten i forbindelse med forvaltningsrevisjonen av helsesektorprogrammet. Mer spesifikt har ikke Riksrevisjonen vurdert ambassadens prosjekter knyttet til styrking av offentlig finansforvaltning, og det er heller ikke vurdert måloppnåelse på budsjettstøtteindikatorerne for offentlig finansforvaltning. Dette er sentrale punkter i departementets oppfølging av Stortingets forutsetninger på dette området.

Utenriksdepartementet er innforstått med at det er svakheter og risiko knyttet til finansforvaltningen i Malawi. Våre vurderinger av situasjonen, og utviklingen over tid, er imidlertid at risikoen er innenfor det som kan aksepteres når det settes i verk avbøtende tiltak, blant annet gjennom finansforvaltningsprosjektene. I tråd med Stortingets forutsetninger er styrking av landets riksrevisjon og antikorrupsjonsarbeid vektlagt fra Norges side. Rapportene som Riksrevisjonen referer til, viser også til positiv utvikling på flere områder innen offentlig finansforvaltning.

På grunn av mistanke om misligheter i forbindelse med innkjøp til sektoren ble sektorbudsjettstøtten frosset i november 2010. Beslutningen om å gjenoppta kurvfinansiert støtte til helsesektorprogrammet i juli 2012 ble fattet etter nøye vurderinger og innføring av nye felles tiltak for å styrke blant annet finansforvaltning, revisjon og innkjøp.

2.4 Retningslinjer for budsjettstøtte

Riksrevisjonen mener at retningslinjene bør ha klare kriterier for hvilke kvalitetskrav mottakerlandets offentlige system for finansforvaltning må tilfredsstille for at det skal kunne bli vurdert for budsjettstøtte. Det tas utgangspunkt i utenrikskomiteens merknader i Inns. S. nr. 269 (2008-09). Departementet har merket seg at komiteen uttaler seg om «klare kriterier for *forventet* kvalitet» (vår utheving). Departementet vil bemerke at det er ulike måter å ivareta behovet for å stille klare krav til kvaliteten på finansforvaltningen i mottakerland på. En etter vår vurdering særlig hensiktsmessig måte er å stille krav ut fra situasjonen i det enkelte land om at spesifikke reformer som styrker finansforvaltningen, skal gjennomføres. Norske retningslinjer og praksis har hatt et slikt utgangspunkt.

Departementet vurderer det ikke som hensiktsmessig at det etableres kriterier i form av minimumsstandarder for finansforvaltning før man går inn med budsjettstøtte i et land. Systemene for finansforvaltning er komplekse og ulike og det vil være vanskelig å utforme generelle standarder som kan tjene sitt formål på en god måte. Uansett vil, etter departementets mening, reformprogrammer innen finansforvaltningen måtte stå sentralt i budsjettstøttesamarbeidet. Andre store givere, som Storbritannia og Europakommisjonen, opererer i likhet med Norge ikke med minimumsstandarder på tvers av land. Departementet følger utviklingen på området og vil i samarbeid med fagkompetansen i Norad vurdere behovet for oppdatering av retningslinjene.

2.5 Ineffektivitet i ressursstrømmene ut til sykehus og helsesentra

Det er riktig at det er svakheter ved effektiviteten i ressursstrømmene ut til de tjenesteproduserende enhetene. Dette er et typisk problem i utviklingsland. Det bør her understrekes at den undersøkelsen Riksrevisjonen fikk utført om tilgjengeligheten av utvalgte

medisiner, ble gjort i 2012. På dette tidspunktet mottok landet ikke bistand over helsesektorprogrammet som følge av givernes reaksjon på mistanke om uregelmessigheter ved det sentrale medisinaldepotet. Siden fordeling av legemidler er en kontinuerlig prosess, hvor forsyningen stopper opp om finansieringen blir borte, vil ikke situasjonen i 2011 og 2012 nødvendigvis være egnet til å vurdere resultatene av helsesektorstøtten fra Norge og andre givere. På grunn av den kritiske mangelen på medisiner som følge av at helsesektorstøtten var frosset, støttet Norge og andre givere nødinnkjøp av legemidler gjennom Unicef. De første leveringene av disse nød-pakkene startet i overgangen januar-februar 2012.

Riksrevisjonen peker på at bruken av kost- og nattillegg under reiser og seminarer kan skape feil insentiver. Denne problematikken er velkjent i utviklingsland, og i 2011 ble det i regi av Evalueringsavdelingen i Norad foretatt en uavhengig studie av utbredelsen av godtgjørelser og per diem i en rekke land. Departementet har i kjølvannet av studien blant annet utarbeidet nye sjekklister til bruk for saksbehandlere når de skal vurdere budsjetter i bistandsprosjekter.

Det er et problem at ressursene i helsesektoren fordeles skjevt. Dette er noe myndighetene er opptatt av og er blant annet grunnlaget for et pågående arbeid under helsedepartementet med kartlegging av planlagte ressurser til sektoren, for å bedre planlegging og ressursfordeling.

Utenriksdepartementet mener det ikke er riktig at svakhetene ved medisinførvaltningen lokalt i liten grad er fulgt opp av givere og myndighetene. Dette har vært spesielt fulgt opp av USAID, Unicef og andre givere som er involvert i innkjøp og distribusjon av medisiner, og var et viktig tema i forbindelse med forberedelser til ny fase av helsesektorstøtten.

2.6 Bidrag fra de globale helsefondene

Riksrevisjonen viser til gode resultater som følge av støtten fra de globale fondene, men mener samtidig at med en dekningsgrad på 67 prosent er det langt fram til hiv/aids-behandling for alle som trenger det. Departementet vil peke på at Malawi har klart å øke dekningen for behandling av hiv/aids fra 3 prosent i 2004 til 67 prosent i 2011 til tross for de store utfordringer landets helsesektor står overfor. Dette er gode resultater.

Det er riktig at Malawi er avhengig av de globale helsefondene for finansiering av vaksiner og hiv/aids-medisiner og at landets befolkning er sårbar for svingninger i støtten fra de globale fondene. Departementet mener imidlertid at det ikke er realistisk å forvente at landet kan redusere sin avhengighet av disse fondene mye i nær framtid, tatt i betraktning den kritiske økonomiske situasjonen landet befinner seg i.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

- Utenriksdepartementet mener at det har vært en positiv utvikling innen tilgjengeligheten av helsepersonell i Malawi og vil sammen med andre givere fortsette støtten for at de gode resultatene på området skal videreføres. Departementet er enig i at innsatsen når det gjelder medisiner og medisinsk utstyr, bør styrkes og mener at gjenopptakelsen av sektorbudsjettstøtten vil være med på å bedre den prekære situasjonen en særlig har hatt i 2012.
- Riksrevisjonen anbefaler at departementet styrker kompetansen og kapasiteten til å vurdere spørsmål knyttet til offentlig finansforvaltning, særlig ved ambassadene i land som mottar budsjettstøtte, til tross for at Riksrevisjonen ikke har vurdert i sin helhet

hvordan dette arbeidet er fulgt opp i Malawi. Departementets vurdering av kompetanse og kapasitet på dette feltet framover inngår i en helhetlig vurdering, hvor bl.a. Norads faglige kompetanse på området er inkludert.

- Departementet er enig i at regnskap fra mottakerlandenes myndigheter og innholdet i årlige revisjonsrapporter burde vært fulgt opp bedre. I forbindelse med forhandlingene om støtte til neste fase av sektorprogrammet ble myndighetene og giverne enige om flere nye tiltak. De årlige revisjonsrapportene vil bli gjenstand for en ytterligere (dobbel) revisjon, og det engasjeres finansrådgiver på seniornivå som skal gjennomgå årlige regnskaps- og innkjøpsrevisjoner og gi råd til helsedepartementet og giverne om oppfølging. Utenriksdepartementet vurderer å styrke ambassadens kapasitet på dette området.
- Tiltakene nevnt ovenfor skal også bidra til å styrke kompetansen og kapasiteten i Malawis helsedepartement. I tillegg er det avtalt en rekke tiltak som er nærmere beskrevet nedenfor. Videre vil departementet sammen med andre bidragsytere fortløpende vurdere ytterligere tiltak for å styrke kompetansen og kapasiteten innen Malawis offentlige finansforvaltning.
- Riksrevisjonen ber Utenriksdepartementet vurdere økt bruk av feltbesøk. Ambassaden har deltatt i feltbesøk i tilknytning til de årlige gjennomgangene av helsestøtten. I tråd med Paris-erklæringen om bistandseffektivitet har ambassaden valgt å begrense antall bilaterale feltbesøk. Departementet vil sammen med andre givere vurdere om det er grunnlag for mer systematisk innhenting av informasjon, inkludert feltbesøk, fra givernes side når det gjelder sektorstøtten.
- Riksrevisjonen ber departementet vurdere om budsjettstøtte og helsesektorstøtte bør gis uten klare forbedringer i landets finansforvaltning.

Slike vurderinger gjøres fortløpende, både gjennom de halvårlige gjennomgangene av budsjettstøtten og gjennom de årlige gjennomgangene av helsesektoren. Før inngåelse av alle nye avtaler om budsjettstøtte gjøres det en grundig vurdering av om vilkårene for å gi budsjettstøtte er tilfredsstillende. I denne vurderingen, som blant annet omfatter offentlig finansforvaltning, blir både situasjonsbeskrivelse, forbedringer over tid og risiko vektlagt.

I 2011 ble det utarbeidet et nytt, helhetlig og flerårig program for arbeidet med offentlig finansforvaltning og økonomisk styresett i Malawi. Programmet er et samarbeid mellom myndighetene og giverne og vil bedre koordinering og prioritering av oppgaver innenfor offentlig finansforvaltning i tillegg til at innsatsen øker. Programmet finansieres gjennom et felles giverfond styrt av Verdensbanken. Programmet inneholder konkrete kriterier og krav til resultatforbedringer i finansforvaltningen over tid. Disse vil samordnes med resultatindikatorerne for budsjettstøtten. Det er departementets vurdering at programmet bidrar til en betydelig styrking av innsatsen på området.

Foran gjenopptakelsen av helsesektorstøtten ble det gjort en grundig felles vurdering av behov for styrking av finansforvaltningen i Malawis helsedepartement. Det ble, med utgangspunkt i de svakhetene som ble påvist i forbindelse med stansen av sektorstøtten, enighet om en rekke tiltak for forbedringer. De viktigste var ansettelse

av seniorrådgiver innen finansforvaltning, utarbeiding av årlige planer for forbedring av finansforvaltning og innkjøp, plan for forbedring av innkjøpsordningen, opprettelse av en teknisk arbeidsgruppe for å påse oppfølgingen av forbedringsplanene, og utpeking av en ekstern innkjøpskontrollør. Det er dessuten avtalt prosedyrer for planlegging, rapportering, oppfølging, revisjon og kontroll, og videre avtalt at givene vil støtte helsedepartementet med ytterligere rådgivere på dette området ved behov.

- Departementet vil bemerke at det er ulike måter å ivareta behovet for å stille klare krav til kvaliteten på finansforvaltningen i mottakerland på. En etter vår vurdering særlig hensiktsmessig måte er å stille krav ut fra situasjonen i det enkelte land om at spesifikke reformer som styrker finansforvaltningen, skal gjennomføres. Norske retningslinjer og praksis har hatt et slikt utgangspunkt. Departementet vurderer det ikke som hensiktsmessig at det etableres kriterier i form av minimumsstandarder for finansforvaltning før man går inn med budsjettstøtte i et land. Systemene for finansforvaltning er komplekse og ulike og det vil være vanskelig å utforme generelle standarder som kan tjene sitt formål på en god måte. Uansett vil, etter departementets mening, reformprogrammer innen finansforvaltningen måtte stå sentralt i budsjettstøttesamarbeidet. Andre store givere, som Storbritannia og Europakommisjonen, operer i likhet med Norge ikke med minimumsstandarder på tvers av land. Departementet følger utviklingen på området og vil i samarbeid med fagkompetansen i Norad vurdere behovet for oppdatering av retningslinjene.
- De globale helsefondene arbeider for økt egenfinansiering fra mottakerlandene. Fra norsk side støtter vi opp om det. Likevel mener vi at det ikke er realistisk å forvente at Malawi kan redusere sin avhengighet av fondene mye i nær framtid, tatt i betraktning den kritiske økonomiske situasjonen landet befinner seg i.

Med vennlig hilsen



Espen Barth Eide



Heikki Eidsvoll Holmås

Vedlegg 3

**Rapport: Riksrevisjonens
undersøkelse av norsk bistand
til helsesektoren i Malawi**

Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks, og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.

Innhold

	Ordliste og forkortelser	31	7.3	Driftsmidler til distriktene	75
1	Innledning	34	7.4	Medisiner og vaksiner	77
2	Mål og problemstillinger	36	7.5	Flyten av midler til utstyr	86
2.1	Målet med undersøkelsen	36	7.6	Infrastruktur	87
2.2	Problemstillinger	36	8	Oppfølging og kontroll	89
2.3	Undersøkellesperiode og avgrensning m.m.	36	8.1	Oppfølging og kontroll av bilaterale midler: generell budsjettstøtte og helsesektorprogram	89
3	Metodisk tilnærming og gjennomføring	38	8.2	Utenriksdepartementet og ambassadens oppfølging og kontroll for å sikre at midlene blir brukt etter forutsetningene	96
4	Revisjonskriterier	41	8.3	Utenriksdepartementets kontroll med midler via de globale helsefondene	104
4.1	Overordnede mål og føringer for norsk utviklingssamarbeid	41	9	Vurderinger	107
4.2	Mål for norsk helsebistand	41	9.1	Måloppnåelse for helsesektorprogrammet og budsjettstøtten	107
4.3	Norsk helsebistand til Malawi	42	9.2	Måloppnåelse for Det globale fondet og GAVI	108
4.4	Forvaltning og kontroll av helsebistand	42	9.3	Ressursflyt	109
5	Måloppnåelse i helsesektorprogrammet og for budsjettstøtten	44	9.4	Utenriksdepartementets oppfølging og kontroll	110
5.1	Innledning	44	Vedlegg		
5.2	Bistand til helseformål	44	1:	Utdyping av metoden i undersøkelsen av tilgjengelighet, lekkasjer og fordeling av medisiner samt av driftsmidler til reiser, utført av LATH Umoyo	114
5.3	Måloppnåelse innenfor helsesektorprogrammet	48	2:	Tilgjengelighet av medisiner ved 54 utvalgte sykehus og helsesentre i 2007/2008	116
5.4	Målene om bruk og tilgjengelighet i helsetjenestetilbudet	50	3:	Oppsummering av funn og oppfølgingsdialog mellom giverne og helsedepartementet for revisjon av regnskapsårene 2008–2009 og 2010–2011 (beretning og "management report")	117
5.5	Måloppnåelse innenfor helseindikatorerne for budsjettstøtten	55	4:	Framdriftsrapportering, norske oppsummeringer av framdriftsrapporter og gjennomganger for helsesektorprogrammet	119
6	De globale helsefondenes programmer i Malawi	57	Referanseliste		120
6.1	Bakgrunn	57			
6.2	Fondenes programmer i Malawi	58			
6.3	Fondenes gjennomføringsmodeller i Malawi	59			
6.4	Fondenes måloppnåelse og resultater	60			
6.5	Fondenes tilpasning til sykdomsbyrden	63			
6.6	Parallellitet	64			
6.7	Bærekraft	64			
7	Ressursflyten i helsesystemet	67			
7.1	Finansiering og økonomisk-administrativ struktur i det offentlige helsesystemet	67			
7.2	Personell og lønn	71			

Tabelloversikt

Tabell 1	Helsebistand til Malawi i mill. USD (2004–2011)	45
Tabell 2	Budsjettstøtte til Malawi i mill. USD (2004–2010)	47
Tabell 3	Måloppnåelse for hovedmålsetting 1 og 2 i helsesektorprogrammet	50
Tabell 4	Totalt antall ansatte i utvalgte kategorier helsefaglig personell 2005–2011 og andel vakanser (prosent) i 2011 i statlige enheter og CHAM til sammen	51
Tabell 5	Utvikling og status for indikatorer om personelldekning ved helsesentre, sykepleiere med jordmor-kompetanse, uteksaminerte leger og sykepleiere	52
Tabell 6	Helseindikatorene i budsjettstøtten for perioden 2005–2011	55
Tabell 7	Totalt tildelte og frigitte midler fra Det globale fondet til Malawi (mill. USD) for perioden 2003–2012	58
Tabell 8	Totalt tildelte og frigitte midler fra GAVI til Malawi i (mill. USD) for perioden 2001–2012	58
Tabell 9	Antall steder som tilbyr aidsmedisin, og antall personer som mottok aidsmedisin, i tidsrommet 2003–2010	62
Tabell 10	Tilgjengeligheten av medisinsk personell ved 13 ulike enheter (ekskl. administrativt personell)	72
Tabell 11	Fordeling av driftsmidler til helsesektoren i distriktene på underkategorier	76
Tabell 12	Intern lekkasje av medisiner som andel av totalt antall doser utlevert fra medisinalager til poliklinikk/dagpasienter, sum for fire måneder i regnskapsåret 2010–2011	84
Tabell 13	Årlige utgifter til bygging av personalboliger, mill. malawiske kwacha, 2007–2011	87
Tabell 14	Skår for Malawi i PEFA-vurderinger 2006–2011	93

Figuroversikt

Figur 1	Norsk bistand til helsesektorprogrammet og annen norsk helsebistand, i mill. kroner (2004–2011) – årlige utbetalinger (søyler) og akkumulert (linje)	45
Figur 2	Dødelighet per 1000 blant spedbarn og barn under 5 år og dødelighet per 10 000 fødsler for mødre, målt i 2004 og 2010	48
Figur 3	Fondenes gjennomføringsmodeller i Malawi	59
Figur 4	Den relative prestasjonen i Det globale fondets programmer i Malawi inndelt etter sykdomstype for perioden 2003–2011	61
Figur 5	Den relative prestasjonen til Den nasjonale aidskommisjonens og helsedepartementets programmer for perioden 2003–2011	61
Figur 6	Dekningsgrad per år for pentavalentvaksinen i Malawi for tidsrommet 2002–2010, i prosent	63
Figur 7	En økonomisk-administrativ oversikt over helsesektoren i Malawi	70
Figur 8	Andel til stede av dem som var forventet å være til stede i henhold til vaktlister	73
Figur 9	Faktisk tilstedeværelse, forventet og ikke-forventet fravær ved 13 enheter, medisinsk personell	73
Figur 10	Fordeling av utbetaling av driftsutgifter til distriktene gjennom regnskapsåret 2010–2011 (kwacha)	76
Figur 11	Fordelingen av medisinerutgifter mellom distriktssykehus og underliggende enheter, i prosent, regnskapsåret 2010–2011	77
Figur 12	Gjennomsnittlig antall dager i regnskapsåret 2010–2011 med tomme lager av ulike antibiotika på ulike nivåer i helsetjenesten	81
Figur 13	Gjennomsnittlig antall dager i regnskapsåret 2010–2011 med tomme lagre av malariamedisin, hiv-tester, kondomer og tabletter for rehydrerings salt på ulike nivåer i helsetjenesten	82
Figur 14	Lagerbeholdning av fem typer antibiotika på åtte helsesentre på besøksdagen, antall måneders gjennomsnittsforbruk	82

Figur 15	Lagerbeholdning av fem typer antibiotika på sju distriktssykehus på besøksdagen, antall måneders gjennomsnittsfbruk	83
Figur 16	Andel (prosent) av medisin/ materiell som er fakturert og antatt levert fra regionale medisindepoter, men som ikke er registrert inn på sykehusets lagerkort, regnskapsåret 2010–2011	83

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	Kjennetegn ved de to globale helseinitiativene	58
Faktaboks 2	Manglende samsvar mellom personaloversikter	71
Faktaboks 3	Anskaffelser utført av CMS hvor billigste tilbyder ikke har blitt valgt	79
Faktaboks 4	Eksempel på svak revisjon av statsregnskapet	98
Faktaboks 5	Eksempel – bankanvisning til departementsråden i helsedepartementet uten underlagsdokumentasjon og manglende justering av regnskapet	101
Faktaboks 6	Eksempel – manglende bilag for kjøp av drivstoff	101
Faktaboks 7	Eksempel – oppfølging av at midler fra Det globale fondet og GAVI ikke synes i budsjett og regnskap	102

Ordliste og forkortelser

ACB	Anti-Corruption Bureau
ACT	Artemether/Lumefantrine, malariamedisin
AEDES	The European Agency for Development and Health, konsulentfirma
AMPROC	American Procurement Company, internasjonalt konsulentfirma med oppgitt hovedkontor i Washington D.C. og med regionalt hovedsete i Uganda som har vært ansvarlig for innkjøpsrevisjonene av helsektorprogrammet for årene 2008–2011
ARV	Anti-retroviral medicines, fellesbetegnelse på medisiner mot aids
CABS	Common Approach to Budget Support, felles tilnærming til budsjettstøtte
CBO	Community based organizations, lokalbaserte organisasjoner
CCM	Country Coordinating Mechanism, landkoordineringsmekanisme for Det globale fondets programmer i mottakerland
CHAI	Clinton Health Access Initiativ, internasjonal NGO som arbeider med hiv/aids
CHAM	Christian Health Association of Malawi, Malawis kristne helsesammenslutning
CMS	Central Medical Stores, Det sentrale medisinaldepotet
DALY	Disability Adjusted Life Year, et mål som viser til antall år mistet på grunn av for tidlig inntruffet død eller manglende funksjonsevne
DFID	The United Kingdom Department for International Development, det britiske bistandsdepartementet
DHMT	District Health Management Team
DHO	District Health Office
DHS	Demographic and Health Surveys, befolkningsundersøkelser som utføres jevnlig
DPT	Vaksine mot difteri, stivkrampe og kikhoste
EHP	Essential Health Package, grunnleggende helsetjenester som er gratis
EPI	Expanded Programme of Immunization, Malawis vaksineprogram underlagt helsedepartementet
GAVI	Global Alliance Vaccine Initiative, den globale vaksinealliansen
GFTAM	Global Fund for Tuberculosis, Aids, and Malaria, Det globale fondet

HMIS	Health Management Information System
HSSP	Health Sector Strategic Plan, helsesektorprogram for perioden 2011–2016
HSA	Health Surveillance Assistants, ufaglærte helseassistenter
IFFIm	International Finance Facility for Immunization, hvis formål er å mobilisere og framskynde finansiering til GAVI gjennom utsteding av obligasjoner på kapitalmarkedet
IFMIS	Integrated Financial Management Information System
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau, tysk utviklingsbank
Medical assistant	Medical assistant er en kategori helsepersonell som utfører administrative og rutinepregede kliniske oppgaver for leger og annet helsepersonell
MK	Malawian Kwacha, malawisk valuta
MOF	Ministry of Finance, finansdepartementet i Malawi
MOH	Ministry of Health, helsedepartementet i Malawi
MOLG	Ministry of Local Government and rural development
NAC	National Aids Commission, Aidskommisjonen
NAO	National Audit Office, riksrevisjonen i Malawi
LGFC	Local Government Finance Committee, etat for oppfølging av og kontroll med distriktenes bruk av midler
NGO	Non-Governmental Organization, frivillige organisasjoner
OIG	Office of the Inspector General, Det globale fondets internrevisjon
OPC	Office of the President and Cabinet
ODPP	Office of the Director of Public Procurement, kontoret for statlige innkjøp
PAF	Performance assessment framework, indikatorer for budsjettstøtten
PEFA	Public Expenditure and Financial Ability Assesement, et rammeverk for vurdering av offentlig finansforvaltning
Pentavalent	Pentavalentvaksinen består av fem antigener mot sykdommene difteri, stivkrampe, kikhoste, Haemophilus influenzae type b og hepatitt B
PEPFAR	The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, den amerikanske presidenten (George W. Bush) sitt initiativ for internasjonal forebygging og behandling av aids
PMTCT	Preventing Mother-to-Child Transmission, ulike helsetjenester for å unngå smitte av hiv fra mor til barn
POA	Procurement Oversight Agent, givernes representant for kontroll av anskaffelser

POW	Programme of Work, et arbeidsprogram for helsesektoren som finansieres gjennom SWAp
SLA	Service Level Agreement, avtale mellom CHAM-sykehus og offentlige sykehus
SWAp	Sector Wide Approach, sektortilnærming, omtalt som helsesektorprogrammet
USAID	United States Agency for International Development
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS, FNs viktigste organ for en helhetlig innsats mot hiv/aids-epidemien
UNICEF	United Nations Children's Fund, FNs barnefond
TGW	Technical Working Group

1 Innledning

På tusenårstoppmøtet i 2000 vedtok samtlige av FNs medlemsland Tusenårserklæringen. Erklæringen fastsetter åtte konkrete mål for bekjempelse av ulike sider av fattigdom. FNs tusenårsmål er førende for norsk utviklingspolitikk. En enstemmig utenrikskomité har gjentatte ganger, blant annet i Innst. S. nr. 269 (2008–2009), uttalt at bistand til gjennomføring av tusenårsmålene, ikke minst på områdene helse og utdanning, skal ha prioritet i norsk utviklingssamarbeid.

Norge har tatt særlig ansvar for å bidra til å realisere to av de helserelaterte målene: tusenårsmål 4 og 5 om å redusere henholdsvis barnedødeligheten med 2/3 og mødre dødeligheten med 3/4 mellom 1990 og 2015. Arbeidet med disse målene er nært knyttet til tusenårsmål 6 om bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria. Norges satsing består av politiske initiativ og betydelige økonomiske overføringer gjennom bilaterale og multilaterale kanaler.

I løpet av de siste ti årene er det oppnådd betydelige framskritt i det globale arbeidet for de helserelaterte målene. Men for enkelte mål er det mindre framgang, blant annet vil målet om å redusere mødre dødeligheten med 3/4 ikke bli nådd med dagens utvikling. Det er også ulik framgang på helsemålene mellom regioner og mellom land. Situasjonen for både barne- og mødre dødelighet forblir alvorlig i Sør-Asia og Afrika sør for Sahara.

I årene 2000–2010 så man en vesentlig økning i ressursene til helsebistand for verden under ett. Også Norge økte sin bistand til helsesektoren i utviklingsland betydelig i denne perioden, selv om andelen som gikk til helse, var mer stabil. I 2010 utgjorde norsk helsebistand om lag 3 mrd. kroner. Norges bistand på helseområdet har de senere årene bestått av betydelige bidrag til globale fond som Den globale vaksinealliansen (GAVI) og Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria, men også store bilaterale satsninger med såkalte partnerskapsavtaler mellom Norge og hhv. India, Pakistan, Nigeria, Tanzania og Malawi.

Som en følge av den politiske og økonomiske satsingen på helsemålene har enkelte land

opplevd kraftig økning i bistand på helseområdet. I Malawi ble helsebistanden tredoblet fra 2002 til 2009, og samlet helsebistand til landet, som er registrert i OECD Creditor Reporting System, utgjorde 9 mrd. kroner i denne perioden. Tilsvarende ble bistanden til helsesektoren i Zambia og Tanzania henholdsvis tre- og firedoblet i samme periode (målt i faste verdier).

Det har i mange av de norske samarbeidslandene vært en vedvarende krise i de nasjonale helse-systemene. Støtte til å styrke nasjonale helse-systemer har derfor vært en viktig komponent i norsk helsebistand. Dette er i tråd med hovedmålet for norsk bistand, som er økonomisk og sosial utvikling, målt i økt kapasitet hos utviklingsland til å ivareta egne innbyggers grunnleggende menneskerettigheter, jf. Innst. S. nr. 269 (2008–2009).

En betydelig ressursøkning i land med svake helsesystemer gir risiko for lite effektiv bruk av ressursene. Risikoen kan også ha økt ettersom helsebistand er blitt vridd fra tradisjonell prosjektbistand mot mer generelle støtteformer som helsesektorstøtte, generell budsjettstøtte og til multilaterale aktører hvor norsk forvaltning har en mer begrenset rolle og mulighet til å følge midlene. Risikoen øker når generelle bistandsformer brukes i land hvor man har absorberingsproblemer og svake systemer for offentlig finansforvaltning.

Det er videre risiko for at de store globale fondene, selv om de på kort sikt oppnår betydelige resultater, kan bidra til å undergrave de nasjonale helsesystemenes muligheter til å tilby bedre helse-tjenester til hele befolkningen. Dette kan skje ved at de vrir oppmerksomheten mot spesifikke områder som enkeltsykdommer på bekostning av primærhelsetjenesten. Fondene er også blitt kritisert for å bidra til å fragmentere bistandsinnsatsen ved å etablere parallelle strukturer for helse-tjenester.

Malawi er valgt som case for denne undersøkelsen. Risikofaktorene som er nevnt over, gjør seg gjeldende i Malawi. Malawi er et viktig samarbeidsland og det landet hvor helsebistand lengst har utgjort den viktigste delen av det norske

landprogrammet. Norge har vært blant de største donorene i helsesektoren i Malawi og har stått sentralt i giversamarbeidet innenfor sektoren. Malawi er også ett av fem utvalgte land som Norge har bilaterale partnerskapsavtaler med. I perioden 2004–2011 har Malawi mottatt 940 mill. kroner i bilateral helsebistand fra Norge og 400 mill. kroner i generell budsjettstøtte. Fra GAVI har landet mottatt ca. 650 mill. kroner (2001–2011), mens Det globale fondet har utbetalt ca. 2,7 mrd. kroner i perioden 2003–2011.¹

1) GAVI: 98,5 mill. USD, Det globale fondet: 432,5 mill. USD. Beløp omregnet til norske kroner basert på gjennomsnittlige årskurser for de respektive perioder. Gjennomsnittlig kurs for Det globale fondet og GAVI var henholdsvis 6,2 og 6,6 kr/USD.

2 Mål og problemstillinger

2.1 Målet med undersøkelsen

Målet for undersøkelsen er å vurdere måloppnåelse og effektivitet i store helseinnsatser i Malawi som er direkte eller indirekte finansiert av Norge, og forvaltningens oppfølging og kontroll med bruken av midlene. Begrepet effektivitet henviser i denne sammenheng først og fremst til i hvilken grad ressursene som er gjort tilgjengelig for det offentlige malawiske helsesystemet, flyter gjennom systemet og når fram til de helseenhetene som står for produksjon av helsetjenester i form av tilskudd (driftsmidler), utstyr, medisiner og vaksiner, materiell og personell.

Helseinnsatsene det refereres til, er særlig den norske støtten til Sector Wide Approach – Program of Work (heretter: "helsesektorprogrammet"), generell budsjettstøtte (Common Approach to Budget Support – CABS) og de to store globale helsefondenes (GAVI og Det globale fondet) programmer i Malawi. De globale fondenes programmer i Malawi har ingen særskilt norsk finansiering, men Norge er nest største giver til GAVI og også en stor giver til Det globale fondet.

2.2 Problemstillinger

Følgende problemstillinger blir belyst i undersøkelsen:

- 1 I hvilken grad er målene for de store norsk-finansierte helseinnsatsene i Malawi nådd?
 - 1.1 I hvilken grad er målene for helsesektorprogrammet nådd?
 - 1.2 I hvilken grad er målene for helseindikatorene for den generelle budsjettstøtten nådd?
 - 1.3 I hvilken grad er målene for GAVIs programmer i Malawi nådd?
 - 1.4 I hvilken grad er målene for Det globale fondets programmer i Malawi nådd?
- 2 Er ressursstrømmene effektive med hensyn til å nå ut til helseenhetene?
 - 2.1 I hvilken grad kommer tilskudd til driftsutgifter og investeringer fram til helseenhetene?

- 2.2 I hvilken grad kommer midler til lønn/personell fram, og i hvilken grad er personellet til stede?
- 2.3 Foregår innkjøp og distribusjon av medisiner og materiell på en effektiv måte?
- 2.4 I hvilken grad når ressursstrømmene fra de globale helsefondene fram til helseenhetene?
- 2.5 I hvilken grad er bistanden fra de globale helsefondene tilpasset nasjonale behov og forutsetninger?

- 3 Hvordan følger Utenriksdepartementet og ambassaden opp og kontrollerer at midlene blir brukt etter forutsetningene?
 - 3.1 Hvordan har Utenriksdepartementet og ambassaden i Malawi fulgt opp og kontrollert at midlene gjennom helsesektorprogrammet og generell budsjettstøtte brukes etter forutsetningene?
 - 3.2 Hvordan har Utenriksdepartementet og ambassaden i Malawi fulgt opp og kontrollert at midlene gjennom GAVI og Det globale fondet brukes etter forutsetningene?

2.3 Undersøkelsesperiode og avgrensning m.m.

Undersøkelsesperioden har vært 2004–2011 ettersom de to store bilaterale tiltakene løper over denne perioden. Hovedtyngden av utbetalingene i forbindelse med de globale fondenes bistand er også i denne perioden.

I Malawi løper budsjett- og regnskapsåret fra 1. juli i ett år til 30. juni i det neste. Mange av dataene i rapporten relaterer seg til budsjett- og regnskapsårene. Når det i rapporten refereres til 2010–2011, betyr det dermed regnskapsåret 2010–2011 og ikke perioden som inneholder de to kalenderårene 2010 og 2011.

Undersøkelsen dekker som nevnt sektorbudsjettstøtten til helsesektorprogrammet, den generelle budsjettstøtten, GAVI og Det globale fondets programmer i Malawi. For den generelle budsjettstøtten dekkes måloppnåelsen på helseindikatorene, men ikke resultatindikatorene for offentlig finansforvaltning som også er formulert for programmet.

Undersøkelsen vurderer ikke måloppnåelse i norsk-støttede prosjekter og programmer innenfor området godt-styresett, deriblant støtte til anti-korrupsjonsbyrået, den nasjonale riksrevisjonen, sentralbanken og statistikkbyrået.

Valutaen i Malawi er malawiske kwacha og betegnes MK. Beløp er hovedsakelig angitt i USD eller norske kroner. Før devalueringen av kwachaen i mai 2012 var 1 norsk krone verd omtrent 30 kwacha. Når det opereres med kwacha og ikke annet er angitt, er det løpende verdier det opereres med, enkelte steder er verdiene oppgitt i faste (inflasjonsjusterte) 2011-verdier. Når beløp er omgjort fra kwacha til USD, er det gjennomsnittskursen for det enkelte år som er blitt brukt. Kilden har da vært de årlige revisjonsrapportene for helsesektorprogrammet.

3 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsen dekker to store bilaterale tiltak (helsesektorprogrammet og generell budsjettstøtte), samt den globale vaksinealliansen (GAVI) og Det globale fondets programmer i Malawi. De to norske tiltakene og deler av helsefondenes støtte er midler som går direkte inn i det generelle statsbudsjettet (Norges generelle budsjettstøtte) og til helsebudsjettet (fondenes og Norges støtte til helsesektorprogrammet). Der inngår de sammen med Malawis egne og andre donorerers midler i finansieringen av helsevesenet. Midlene er ikke øremerket spesielle punktinnsetser slik tradisjonell prosjektbistand ofte har vært. En resultatorientert forvaltningsrevisjon av denne typen generelle bistandsmidler står derfor overfor en utfordring med å betrakte sektoren som helhet og samtidig beholde oppmerksomheten om konkrete resultater.

Undersøkelsen bygger på en kombinasjon av dokumentanalyse, analyse av statistikk, intervjuer og observasjon. En av tilnærmingene i undersøkelsen er om ressursstrømmene i form av medisiner, bevilgninger/driftsmidler og personell/lønnsmidler når helt ut til helseenhetene og blir omsatt til produksjon av offentlige helsetjenester til befolkningen. Lokale konsulenter er blitt engasjert for å hente inn primærdata om tilgangen til medisiner og fordeling av midler til medisiner på lokalt nivå. I samarbeid med riksrevisjonen i Malawi har personellsituasjonen blitt undersøkt og observert ved 13 sykehus og helsesentre.

Intervjuer

Intervjuer har i all hovedsak blitt gjennomført under to feltbesøk til Malawi i oktober– november 2011 og mars 2012, samt gjennom en reise til Genève i mars 2012. Følgende aktører har blitt intervjuet: Den norske ambassaden i Malawi, helsedepartementet og sekretariatet i helsesektorprogrammet i Malawi, finansdepartementet i Malawi, *Local Government Finance Committee*, District Health Management Team (DHMT) i Dowa-distriktet, CHAM (*Christian Health Association of Malawi*), Aidskommisjonen (NAC), Det globale fondets lokale agent, Unicef, Verdens helseorganisasjon, *Department for International Development* (det britiske bistandsdepartementet, DFID), *Kreditanstalt für Wiederaufbau* (tysk utviklingsbank, KfW),

College of Medicine, riksrevisjonen i Malawi, Leger Uten Grenser, Kirkens Nødhjelp, *Banja La Mtsogolo* og *Packahere Institute* (mottakere av tilskudd fra Aidskommisjonen) og Det globale fondets og GAVIs hovedkontorer i Genève. Intervjuene med ambassaden er verifisert.

Problemstilling 1: I hvilken grad er målene for de store helseinnsatsene i Malawi nådd?

Problemstilling 1 er blant annet besvart med en dokumentanalyse av sentrale dokumenter, herunder revisjonsrapporter, regnskapsdata, evalueringer av helsesektorprogrammet, årsrapporter og referater fra årlige møter om budsjettstøtten, forskningsrapporter og programdokumentasjon fra helsefondene. Sammenstilling og analyse av statistikk har også vært sentralt for å belyse problemstilling 1. Det kvantitative materialet er hentet fra Norads statistikk (Norsk bistand i tall), OECDs Creditor Reporting System, Aid Atlas (givernes egenrapportering over bidrag til finansdepartementet i Malawi), en ressurskartlegging utført av Clinton Health Access Initiative (CHAI) av 2012, Befolknings- og helseundersøkelsen i Malawi (Demographic and Health Survey, DHS) av 2004 og 2010, samt tilgjengelig tallmateriale fra de globale helsefondenes hjemmesider. Intervju med Aidskommisjonen og de globale fondene har også bidratt til å belyse måloppnåelsen for helsefondene.

Problemstilling 2: Er ressursstrømmene effektive med hensyn til å nå ut til helseenhetene?

Problemstilling 2 har hovedsakelig blitt besvart ved hjelp av statistikk og dokumentanalyse. Intervjuer og observasjon er også blitt benyttet. Statistikken om helsepersonell kommer fra helsedepartementet og CHAM (om CHAM, se kapittel 5.1), mens statistikk om helseutgifter til distriktene er mottatt fra *Local Government Finance Committee*. Sentrale dokumenter som har blitt brukt, er evalueringer av helsesektorprogrammet, ulike vurderinger og studier.

Eksterne revisjonsrapporter og vurderinger, blant annet Det globale fondets internrevisjon (2012), Lewis (2011) og RSM Tenon (2011), har vært brukt for å belyse anskaffelser og distribusjon av medisiner og medisinsk materiell.



Eksempel på oppbevaring av dokumentasjon.

Kilde: Riksrevisjonen

Et konsulentoppdrag utført for Riksrevisjonen av Liverpool Associates of Tropical Health Umoyo (LATH Umoyo) har vært sentralt for å besvare problemstilling 2. Gjennom oppdraget har følgende områder blitt undersøkt:

- 1 lekkasje av medisiner og medisinsk materiell på utvalgte sykehus og helsestasjoner
- 2 tilgjengelighet av utvalgte medisiner/materiell på utvalgte sykehus og helsestasjoner
- 3 fordeling av utgifter til medisiner mellom distriktssykehus og helsestasjoner i utvalgte distrikter
- 4 fordeling av utgifter til opplæring og reiser ved ulike helseenheter i utvalgte distrikter

Studien har til sammen besøkt 23 helseenheter i Malawis tre regioner. Utvalget omfatter helseenheter på alle nivåer – helsesenter, distriktssykehus og sentralsykehus – og har tatt hensyn til både geografisk spredning, befolkningstetthet og avstand til nærmeste sykehus (for helsesentrens del). Helsesenter og sykehus i CHAM har også inngått i undersøkelsen. Flere av de utvalgte medisinene er ulike typer antibiotika som regnes som kommersielt attraktive. Malariamedisiner, aidsmedisiner og pentavalentvaksinen, som er medisiner/vaksiner som i stor grad finansieres av de globale helsefondene, er også blitt undersøkt. Ute ved helseenhetene har konsulentene benyttet

ulike datakilder som lagerkort, følgesedler, rekvisisjoner, fakturaer og pasientregistre for å undersøke medisinsituasjonen.

Generelt var det store mangler i data, herunder i lagerkort, rekvisisjoner, fakturaer og pasientregistre. Det var både manglende data, mangelfulle registreringer, feilføringer, uleselige føringer, uriktige utregninger og annet. Dette har blant annet ført til at antall helseenheter i flere av de utførte analysene er mindre enn 23. Også enkelte av de undersøkte medisintypene har hatt så mangelfulle registreringer at de ikke har kunnet blitt inkludert i analysene. Det framgår løpende i rapporten hvilke enheter og medisiner som er med i analysene. I vedlegg 1 beskrives framgangsmåten for de fire punktene over i større detalj.

Grunnlaget for Riksrevisjonens tilgang til denne typen undersøkelse er avtaleverket mellom Norge og Malawi. Dette har også vært avklart med Utenriksdepartementet.

Et samarbeid med riksrevisjonen i Malawi om innsamling av data om helsepersonell og tilstedeværelse har også vært med på å belyse problemstilling 2. Den norske riksrevisjonen innhentet data fra ansattregistret i helsedepartementet om ansatte fordelt på stillingskategorier. Disse ble bearbeidet og tilrettelagt for sammen-

ligning med data fra ansattlister på sykehus, turnuslister og for registrering av helsepersonellets tilstedeværelse. Den faktiske tilstedeværelsen har blitt observert gjennom uanmeldte besøk på ulike tidspunkt ved helseenhetene. Teamet fra den malawiske riksrevisjonen gjennomførte innledende intervjuer med ledelsen ved helseenhetene, blant annet for å få oversikt over hvor mange som faktisk jobbet på de forskjellige avdelingene. Datainnsamlingen omfattet 13 enheter på alle nivåer, jf. helsesenter, distrikts- og sentralsykehus. Hoveddelen av datainnsamlingen ble foretatt av den malawiske riksrevisjonen etter en innledende, felles datainnsamling ved ett av distriktssykehusene med revisjonsteam fra begge riksrevisjonene. Den norske riksrevisjonen spesifiserte kriteriene for utvalget av enheter (geografi, nivåer, institusjonell tilhørighet), mens den malawiske riksrevisjonen valgte ut konkrete enheter etter disse kriteriene. Begge lands revisjoner har tilgang på dataene. Analysen av dataene som er brukt i denne rapporten, er foretatt av den norske riksrevisjonen.

Ved sentralsykehuset som inngikk i utvalget, var det av praktiske grunner nødvendig å foreta datainnsamlingen over flere dager. Selv om besøkene var uanmeldte, kan det ha vært en viss varsling mellom avdelingene som økte tilstedeværelsen i forhold til hva den ellers ville ha vært. Det kan ikke utelukkes at en slik effekt også gjorde seg gjeldende mellom besøkene henholdsvis før og etter lunsjtid på en og samme enhet og mellom enhetene i utvalget siden uanmeldte revisjonsbesøk er relativt uvanlig.

En annen feilkilde for undersøkelsen om personell og tilstedeværelse er et fenomen som i Malawi kalles "excess bodies", og som består i lån og utlån av personell og hjemler mellom enheter. Dette fenomenet vil ha størst betydning for spriket mellom ulike administrative kilder for samlet antall ansatte ved et sykehus eller helsesenter og mindre for avviket mellom hvor mange ansatte det er forventet er til stede, og hvor mange som faktisk er til stede. Undersøkelsen har søkt å ta hensyn til fenomenet.

Problemstilling 3: Hvordan følger UD og ambassaden opp og kontrollerer at midlene blir brukt etter forutsetningene?

Problemstilling 3 har blitt besvart gjennom en kombinasjon av dokumentanalyse, svar på spørrebrev til Utenriksdepartementet, inkludert ambassaden, og gjennom intervju. Sentrale dokumenter har vært forhåndsvurderinger, bevilgnings-

dokumenter, programdokumentasjon, revisjonsrapporter, jf. omtale under problemstilling 2, skriftlig korrespondanse knyttet til revisjonsrapportene av helsesektorprogrammet, ulike evalueringer, Utenriksdepartementets retningslinjer for budsjettstøtte og vurderinger av offentlig finansforvaltning i Malawi etter det såkalte PEFA-rammeverket (*Public Expenditure and Financial Accountability Assessment*).

Bruk av sekundærdata

Datagrunnlaget består delvis av sekundærdata. Disse dataene er vurdert med hensyn til relevans og kvalitet gjennom ulike kontrollhandlinger. Kontrollhandlingene innbefatter blant annet en vurdering av metodene som er brukt. For eksempel er data fra vurderingene av Malawis offentlige finansforvaltning (*Public Expenditure and Financial Accountability Assessment*, PEFA) brukt fordi dette er et internasjonalt anerkjent rammeverk for slike vurderinger. Tilsvarende er data fra befolkningsundersøkelsene (*Demographic and Health Survey*, DHS) brukt for helsedata når det er mulig. DHS er anerkjente undersøkelser som utføres jevnlig i mange utviklingsland. DHS-undersøkelsene i Malawi gjennomføres i samarbeid mellom det malawiske nasjonale statistikkbyrået og internasjonale fagmiljøer. Andre kontrollhandlinger har inkludert en vurdering av konsulenter eller organisasjoner som har utført vurderinger eller evalueringer. Flere vurderinger foretatt i DFIDs regi er brukt. DFID regnes som ledende blant internasjonale bistandsorganisasjoner på vurderinger av risiko knyttet til finansforvaltning.

I et land som Malawi, som har lavt utdanningsnivå, svake institusjoner og lav administrativ kapasitet, er det ofte svakheter ved tilgjengelige data. I undersøkelsen er sekundærdata også blitt sammenholdt med, sjekket og vurdert mot andre kilder. Et eksempel på motstridende data er antall uteksaminerte leger (2010), som varierer mellom 32 og 291 i ulike kilder, jf. 5.4.1 for nærmere omtale.

Når det er grunnleggende usikkerhet omkring data, slik det f.eks. er for mødre dødelighet, er det redegjort nærmere for det i teksten.

4 Revisjonskriterier

4.1 Overordnede mål og føringer for norsk utviklingssamarbeid

Utenrikskomiteen fastholder i Innst. S. nr. 269 (2008–2009) om *klima, konflikt og kapital*. Norsk utviklingspolitikk i et endret handlingsrom at hovedmålet for norsk bistand er økonomisk og sosial utvikling, målt i økt kapasitet hos utviklingsland til å ivareta egne innbyggers grunnleggende menneskerettigheter. Kamp mot fattigdom står i sentrum og er det formålet som krever størst ressurser.

Komiteen viser i Innst. S. nr. 269 (2008–2009) til de prinsipielle føringene som er gitt i Innst. S. nr. 93 (2004–2005) om *Felles kamp mot fattigdom*, og de forpliktelsene Norge har påtatt seg om å prioritere FNs tusenårsmål i perioden fram mot 2015. Komiteen viser til at FNs tusenårsmål er førende for norsk utviklingspolitikk, og til at en enstemmig komité gjentatte ganger har bekreftet at bistand til gjennomføring av tusenårsmålene, ikke minst innen helse og utdanning, skal ha prioritet i norsk utviklingssamarbeid.

Komiteen legger i Innst. S. nr. 269 (2008–2009) til grunn at de etablerte prinsippene og retningslinjene om blant annet fattigdomsorientering, mottakerorientering og nasjonalt eierskap ligger fast. Etter komiteens syn må det enkelte utviklingslands egne behov og forutsetninger være et grunnleggende utgangspunkt for å vurdere hva slags innsats som skal prioriteres.

I Paris-erklæringen av 2005 og oppfølgingsplanen fra Accra av 2008 om bistandseffektivitet, som Norge har sluttet seg til, heter det at donorene skal basere støtten på mottakerlandenes nasjonale utviklingsstrategier, institusjoner og prosedyrer.

4.2 Mål for norsk helsebistand

Utenrikskomiteen viser i Innst. S. nr. 269 (2008–2009) til at Norge har påtatt seg et særskilt ansvar for tusenårsmål 4 og 5 om henholdsvis redusert barnedødelighet og bedre mødrehelse. Komiteen viser også til vaksinasjonsprogrammet GAVI og de globale fondene. Målet om redusert barnedødelighet er konkretisert til at dødeligheten

for barn under fem år skal reduseres med 2/3 innen 2015 (basisår = 1990). Målet om bedre mødrehelse er delt i to delmål; det ene innebærer å redusere dødeligheten blant gravide og fødende med 3/4 innen 2015 (basisår = 1990), og det andre er å oppnå universell tilgang til reproduktiv helse.

Ved behandlingen av St.meld. nr. 13 (2008–2009) *Klima, konflikt og kapital* fastslår utenrikskomiteen at det er en prioritert oppgave å styrke nasjonale helsesystemer med vekt på kapasitetsbygging. I arbeidet for folkehelsen bør det også legges stor vekt på rettigheter til tjenester og tiltak som er særlig viktige for barn, ungdom, kvinner og sårbare grupper, deriblant seksuell og reproduktiv helse og hiv-forebygging.

Også ved behandlingen av St.meld. nr. 35 (2003–2004) *Felles kamp mot fattigdom* understreket utenrikskomiteen at helse skulle være et sentralt tema i norsk utviklingssamarbeid i årene som kommer, jf. Innst. S. nr. 93 (2004–2005). I meldingen heter det at en reduksjon av dødeligheten blant gravide og fødende krever økt innsats for reproduktiv helse. Det innebærer at norsk bistand til mødrehelse skal bidra til kvalitativ og kvantitativ bedre tilgang til helsetjenester i svangerskapet, under og etter fødselen. Komiteen peker i sin behandling av meldingen på at det er behov for å styrke seksuell og reproduktiv helse og bidra til økt tilgang på og kunnskap om korrekt bruk av effektive prevensjonsmidler.²

Komiteens flertall legger i Innst. S. nr. 269 (2008–2009) til grunn at Norges bistand for å nå FNs tusenårsmål for utdanning og helse skal styrkes årlig gjennom de bilaterale bistandskanaler, men flertallet åpner samtidig for at en noe større del av opptrappingen på disse innsatsområdene kan gå gjennom multilaterale kanaler som FN, Verdensbanken og de globale helsefondene.

Komiteen viser i Innst. S. nr. 269 (2008–2009) til at de globale fondene og de nye stiftelsene er kritisert for å bidra til å fragmentere bistandsinnsatsen. Komiteen merker seg at regjeringen i meldingen understreker at fondene involverer

2) Innst. S. nr. 93 (2004–2005), s. 11.

mange ulike samarbeidspartnere og skiller seg fra tradisjonelle utviklingsaktører ved at de er særlig opptatt av resultater. Komiteen viser til at Norge har en sentral rolle i GAVI og Det globale fondet og er tilfreds med at regjeringen kan opplyse at disse fondene på få år har opparbeidet seg fram-tredende roller på sine områder når det gjelder både størrelse og resultater.

4.3 Norsk helsebistand til Malawi

I undersøkelsen er målene, de planlagte resultatene og resultatkravene for de konkrete tiltakene, slik de framkommer i avtaler og tilhørende dokumentasjon, lagt til grunn for vurderinger av tiltakenes måloppnåelse. Tiltakene omfatter:

- norsk støtte til helsesektorprogrammet (SWAp-POW) 2004–2011
- norsk budsjettstøtte 2005–2011
- GAVI og Det globale fondets programmer i Malawi i perioden 2001–2011

4.4 Forvaltning og kontroll av helsebistand

Bevilgningsreglementet § 10 fastsetter at utgiftsbevilgningene skal disponeres på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til de forutsatte resultater. Ved tilskudd til offentlige eller private virksomheter som ellers ikke er undergitt statlig kontroll, skal det tas forbehold om at den som forvalter tilskuddet, skal få adgang til å føre kontroll med at midlene benyttes etter forutsetningene.

Økonomiregelverket er statsforvaltningens interne regelverk og er fastsatt ved en kongelig resolusjon. Regelverket er utledet av bevilgningsreglementet og bygger på mål- og resultatstyring som styringsprinsipp.

§ 4 i reglementet definerer de grunnleggende styringsprinsipper som alle virksomheter skal styre etter. Virksomhetene skal:

- fastsette mål og resultatkrav innenfor rammen av disponible ressurser og forutsetninger gitt av overordnet myndighet
- sikre at fastsatte mål og resultatkrav oppnås, at ressursbruken er effektiv, og at virksomheten drives i samsvar med gjeldende lover og regler, herunder krav til god forvaltningsskikk, habilitet og etisk adferd
- sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og ansvarlig beslutningsgrunnlag

Styring, oppfølging, kontroll og forvaltning må tilpasses virksomhetens egenart samt risiko og vesentlighet.

§ 14 i reglementet stiller krav til at alle virksomheter skal etablere systemer og rutiner som har innebygd intern kontroll. Dette er for å sikre at:

- a) beløpssmessige rammer ikke overskrides, og at forutsatte inntekter kommer inn
- b) måloppnåelse og resultater står i et tilfredsstillende forhold til fastsatte mål og resultatkrav, og at eventuelle vesentlige avvik forebygges, avdekkes og korrigeres i nødvendig utstrekning
- c) ressursbruken er effektiv
- d) regnskap og informasjon om resultater er pålitelig og nøyaktig
- f) økonomistyringen er organisert på en forsvarlig måte og utføres i samsvar med gjeldende lover og regler
- g) misligheter og økonomisk kriminalitet forebygges og avdekkes

I Budsjett-innst. S. nr. 3 (2007–2008) understreker utenrikskomiteen behovet for en målrettet og effektiv kontroll med bistandsmidlene, uavhengig av hvilke instanser bistanden kanaliseres gjennom.

I henhold til Bistandshåndboka (2005) er ambassadene innenfor sitt geografiske ansvarsområde ansvarlige for en tilfredsstillende kvalitetssikring av norsk bistand, uavhengig av dens finansielle størrelse. Utenriksdepartementets egen hovedinstruks fastslår utenriksstjenestens ansvar for intern kontroll. Samarbeidslandene har hovedansvaret for å implementere bistandstiltakene og for å rapportere om framdrift og resultater. Likevel skal ambassadene være aktive partnere og i nær dialog med samarbeidslandet og andre givere, forsikre seg om at resultatene er i henhold til tiltakets fastsatte mål. Ambassadene skal også se til at bistandsmidlene brukes som planlagt. Ambassaden plikter å gjennomføre en skriftlig vurdering av all avtalefestet informasjon som mottas om framdriften i bistandsstøttede tiltak. Aktuell informasjon er blant annet rapportering på framdrift og gjennomførte revisjoner.

Ambassadens forvaltning av tilskuddsmidler er underlagt regjeringens målsetting om nulltoleranse for korrupsjon og de tilhørende retningslinjer for håndtering av økonomiske misligheter.

Bistandshåndboka gjaldt for ambassadenes forvaltning fram til mars 2010. Etter dette er det departementets nye system for tilskuddsforvaltning som gjelder (ordningsregelverkene). Budsjet-, sektor- og programstøtte faller inn under regelverkets *forvaltningsregime I* om prosjekt- og programstøtte, mens tilskudd til de globale helsefondene faller inn under *forvaltningsregime II* om generelle tilskudd. Regelverket spesifiserer hvilke aktiviteter forvaltningen skal gjennomføre for tilskudd under de ulike forvaltningsregimene.

Denne revisjonen legger til grunn at Norges kontrollrett overfor de globale helsefondene er begrenset, men at Norge kan føre kontroll med fondenes interne revisjons- og kontrollarbeid gjennom deltakelse i de styrende organene i organisasjonene. Revisjonen forutsetter at departementet ser til at mottakeren har et forsvarelig system for intern kontroll slik at mål og resultatkrav følges opp, ressursbruken er effektiv og virksomheten drives i samsvar med gjeldende lover og regler. Ambassadene skal følge opp og rapportere om FN- og globale programmers rolle på landnivå. Ambassadenes vurderinger skal bringes inn i departementets dialog med organisasjonene.

I Innst. S. nr. 93 (2004–2005) mener utenrikskomiteens flertall at land som bygger opp demokratiske styresett og gode forvaltningssystemer, i mindre grad bør få bistanden i form av øremerkede tilskudd og i større grad gjennom budsjettstøtte. I Innst. S. nr. 172 (2007–2008), jf. Dokument nr. 1 (2007–2008), viser kontroll- og konstitusjonskomiteen til at budsjettstøtte gir myndighetene i det enkelte land mulighet til å prioritere bruken av bistandsmidlene ut fra egne vurderinger. Komiteen kan se at budsjettstøtte kan gi effekt og være fornuftig i noen tilfeller. Ved budsjettstøtte er det imidlertid vanskeligere å etterprøve bruken av midlene, å kontrollere om de brukes til prioriterte fattigdoms- og utviklingsstrategiske formål, og at korrupsjon unngås. Komiteen mener det er viktig at Utenriksdepartementet har et søkelys på denne typen støtte og sikrer at nødvendige forutsetninger er oppfylt. Departementet må være særlig oppmerksom på å bidra til at lokale kontroll- og revisjonssystemer fungerer tilfredsstillende.

I Innst. S. nr. 269 (2008–2009) om *klima, konflikt og kapital*. Norsk utviklingspolitikk i et endret handlingsrom merker utenrikskomiteen seg at regjeringen, etter hvert som landene etablerer

bedre systemer for budsjettering og finansforvaltning, tar sikte på at en økende del av stat-til-stat-samarbeidet skal gis som generell budsjettstøtte eller som programstøtte til prioriterte sektorer. Komiteen ser de administrative forenklingmuligheter i slik støtte, men understreker at erfaringer med mislighold og korrupsjon tilsier at en fra norsk side forsikrer seg om at kvaliteten i finansforvaltningen og nasjonale riksrevisjonsordninger i det enkelte land er god nok for slik støtte. Komiteen viser i denne sammenheng til sluttdokumentet fra Paris-erklæringens oppfølgingskonferanse i Accra høsten 2008 om blant annet styrking av mottakerlandenes kapasitet. Etter komiteens syn er det avgjørende at det settes klare kriterier for forventet kvalitet i landenes finansforvaltning når budsjettstøtte vurderes. En forventer også en gjensidig forståelse mellom giver og mottaker om at kriteriene etterprøves i samarbeidsperioden, og at resultatet må forventes tilfredsstillende eller vise positiv utvikling for at budsjettstøtten opprettholdes.

I St.meld. nr. 35 (2003–2004) framhever regjeringen at tett og synlig oppfølging fra givere er viktig for å forhindre misligheter av bistandsmidler. Systematisk bruk av feltbesøk, gjennomgang og revisjoner gir et signal om at giver følger aktivt med i hvordan mottaker bruker bistandsmidlene, og at eventuelt misbruk vil bli avslørt. Norge har plikt til å reagere dersom bistandstiltak ikke gjennomføres i tråd med avtalte planer eller ikke frambringer de resultater som er forutsatt. Skarp og utvetydig reaksjon på misbruk av bistandsmidler framheves som viktig i det forebyggende arbeidet. Ved mistanke om at mottaker avviker fra det som er avtalt, skal det bli iverksatt spesifikke undersøkelser av forholdene. Der misligheter dokumenteres, skal det umiddelbart iverksettes straffereaksjoner, som avvikling av avtalen og eventuelt krav om tilbakebetaling av midler.

Utenriksdepartementets retningslinjer for budsjettstøtte omtaler sektorbudsjettstøtte som en form for budsjettstøtte. Undersøkelsen legger til grunn at helsesektorprogrammet regnes som sektorbudsjettstøtte.

5 Måloppnåelse i helsesektorprogrammet og for budsjettstøtten

5.1 Innledning

Malawi er en innlandsstat sørøst i Afrika som grenser til Tanzania i nord, Zambia i vest og Mosambik i øst og i sør. Landet er delt inn i 28 distrikter fordelt på tre regioner, og er med sine 15,3 millioner innbyggere (2011)³ blant Afrikas tettest befolkede. Den årlige befolkningsveksten er på 2,8 prosent, og hver kvinne føder i gjennomsnitt 5,3 barn. Landet er blant de aller fattigste i verden med en bruttonasjonalinntekt (BNI) per person på 340 USD i 2011.⁴ Landet er rangert som nummer 171 av 187 land på FNs utviklingsindeks (HDI).⁵

Ca. 80 prosent av befolkningen bor på landsbygda, der de dyrker mais, kassava, ris, bønner og tobakk. Den viktigste matvaren er mais, mens tobakk er den viktigste inntektskilden og står for mer enn halvparten av eksportinntektene. Landbruksprodukter utgjør ca. 35 prosent av landets bruttonasjonalprodukt, mens gruvedrift utgjør rundt 10 prosent.⁶ Den fallende prisen på tobakk fra 2008, samt de stigende prisene på viktige importvarer som drivstoff, gjødsel og såkorn, har bidratt til et stort underskudd på handelsbalansen.

Malawi hadde frie valg første gang i 1994 etter 30 år med diktatur. I 2004 ble Bingu Wa Mutharika valgt til president første gang. I Mutharikas første periode opplevde landet en positiv utvikling med betydelig økonomisk vekst og sosial utjevning. Etter at han ble gjenvalgt i 2009, har den politiske situasjonen i landet gradvis blitt mer spent og forholdet til givne dårligere. Siden våren 2012 har visepresident Joyce Banda styrt landet, etter at Bingu Wa Mutharika døde.

Malawis strategi for fattigdomsreduksjon for 2011–2016 (*The Malawi Growth and Development Strategy II*) er myndighetenes overordnede plan for sosioøkonomisk vekst og utvikling. Strategi-ens hovedmål er å redusere fattigdom gjennom bærekraftig økonomisk vekst og utvikling av infrastruktur. Strategien tjener også som utgangspunktet for alle givere.

3) Verdensbanken, <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>. Hentedato 21.09.2012.

4) Hvis det justeres for ulikheter i kjøpekraft (PPP-justert), så har Malawi en BNI på 870 fra 2011, World dataBank, Verdensbanken.

5) HDI-tallene er et utviklingsmål som i tillegg til økonomi måler helse og utdanning. Tallene er fra 2011 og gis ut av FNs utviklingsfond.

6) UNDP, <http://www.undp.org/mw/>. Hentedato 21.09.2012.

Landet er blitt hardt rammet av aids-epidemien, og det anslås at rundt 11 prosent (per 2010) av den voksne befolkningen er hiv-smittet. Den gjennomsnittlige levealderen er i overkant av 52 år. Dette er likevel en forbedring siden begynnelsen på 2000-tallet, da ca. 14 prosent av befolkningen var hiv-smittet og levealderen var i underkant av 40 år.⁷

Malawis offentlige helsevesen er delt inn i tre nivåer med et system for henvisning av pasienter mellom nivåene. Helsesentre og lokalsykehus utgjør første nivå, mens et distriktssykehus i hvert distrikt er andrenivå og fire sentralsykehus tredje nivå. I tillegg kommer det enheter som er drevet av religiøse organisasjoner, i hovedsak CHAM (Christian Health Association of Malawi), som driver ca. 20 større sykehus, 30 lokalsykehus og vel 100 helsesentre. CHAM står for om lag 35–40 prosent av Malawis helsetjenester. CHAMs enheter er integrert i det offentlige helsesystemet og mottar støtte fra staten mot at de tilbyr gratis grunnleggende helsetjenester (EHP).

Utenriksdepartementet opplyser at en del institusjoner har fått fjernet egenandelene på mor/barn-tjenester, men i hovedsak må pasienter ved CHAM-sykehus og klinikker betale egenandel. Staten finansierer det helsefaglige personellet ved CHAMs enheter. "Helseenheter" blir videre benyttet som fellesbetegnelse for sykehus og helsesentre på de ulike nivåene.

Det er også enkelte mindre, kommersielle klinikker og legekontorer i de større byene. Disse omfattes ikke av undersøkelsen.

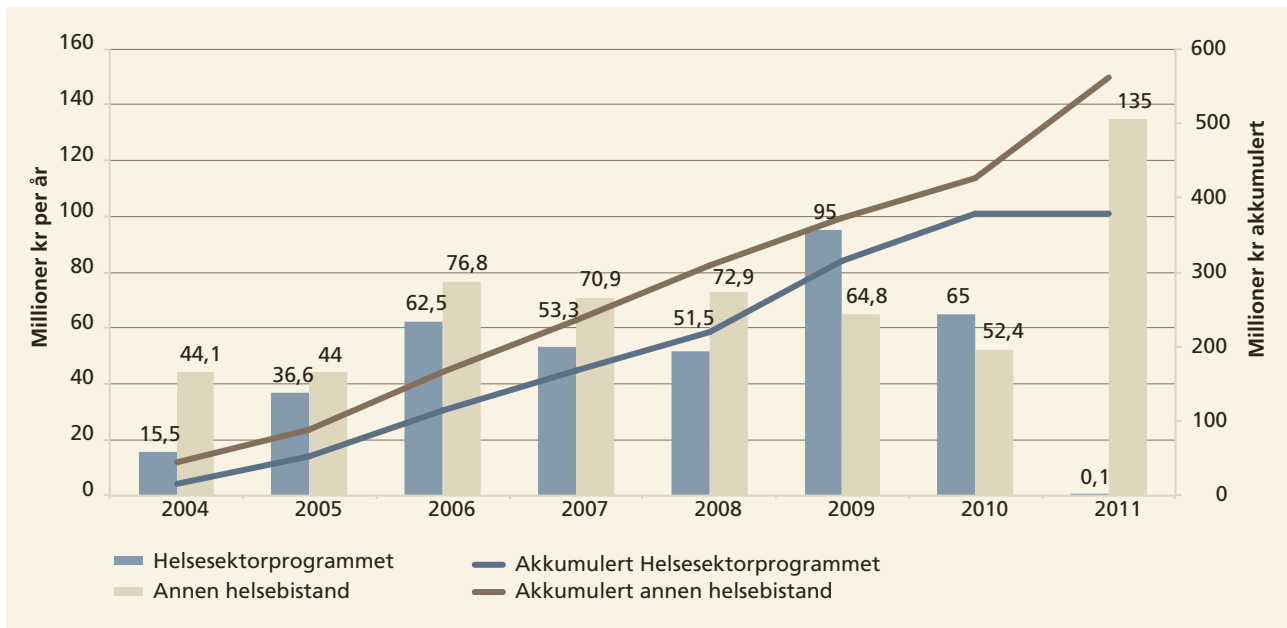
Utgiftssiden i Malawis offentlige helsesektorprogram utgjorde i regnskapsåret 2010–2011 ca. 44 mrd. MK eller snaut 1,5 mrd. kroner. Året før var det 30 mrd. MK, ca. 1 mrd. kroner. Sammensetningen av helsebudsjettet er beskrevet i kapittel 7.1.

5.2 Bistand til helseformål

Norge har gitt bistand til helsesektoren i Malawi i lengre tid, både til det malawiske helsesektorprogrammet og gjennom andre helseprosjekter. Det

7) Verdensbanken, <http://web.worldbank.org/>. Hentedato 21.09.2012.

Figur 1 Norsk bistand til helsektorprogrammet og annen norsk helsebistand, i mill. kroner (2004–2011) – årlige utbetalinger (søyler) og akkumulert (linje)



Kilde: Norads statistikkbank (OECD DAC-kodene 121, 122 og 130)

er ikke utbetalt sektorbudsjettstøtte i 2011. I perioden 2004–2011 har Norge gitt ca. 940 mill. kroner i helsebistand til Malawi. Figur 1 viser årlig og akkumulert norsk bistand til Malawis helsektorprogram og annen norsk bistand til helsesektoren i Malawi i 2004–2011.

Til sammen har Norge gitt ca. 380 mill. kroner til helsektorprogrammet og vel 560 mill. kroner i annen helsebistand.⁸ 2009 var første året Norge ga mer bistand til sektorprogrammet enn til andre helseformål i Malawi. Utenriksdepartementet opplyser i brev at departementet ser bistanden til sektoren som en helhet. Norges støtte til utdanning

av leger gjennom *College of Medicine*, samt betydelig norsk støtte gjennom frivillige organisasjoner som Kirkens Nødhjelp, er viktige bidrag til denne helheten.

Det er høsten 2012 inngått avtale om norsk støtte til helsektorprogrammet på 60 mill. kroner per år for perioden 2012–2014. Se for øvrig 5.2.3.

Det er noe uklart hvor mye helsebistand Malawi har mottatt fra samtlige givere i perioden 2004–2011. Tabell 1 gir et overslag over total helsebistand til Malawi.

Tabell 1 Helsebistand til Malawi i mill. USD (2004–2011)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Totalt
USA	17,2	21,9	21,4	46,6	76,1	80,2	106,1	115,8	485,3
Det globale fondet	26,3	15,2	29,2	79,4	92,1	66,9	49,8	73,8	432,6
Storbritannia	21,9	23,1	37,6	41,0	52,1	52,3	24,8	20,4	273,2
Norge	8,8	12,5	21,7	21,2	21,8	25,4	19,4	18,2	149,1
GAVI	0,1	10,2	6,0	7,4	11,8	7,0	8,2	15,3	66,1
Tyskland	7,7	5,7	5,7	6,8	9,6	12,8	0,2	0,7	49,3
EU	9,7	4,9	7,1	3,7	4,2	4,2	0,5	0,3	34,6
Japan	2,8	1,6	2,2	4,7	5,3	2,6	0,0	0,0	19,2
Totalt	94,5	95,1	130,9	210,8	273,0	251,4	209,1	244,5	1509,3

Kilder: Tall for 2004 til 2009 fra OECD CRS; tall for 2010 og 2011 fra nasjonal rapportering og fra Malawis Aid Atlas samt Utenriksdepartementet

8) Av de 560 mill. kroner er ca. 60 millioner til Unicef for nødinnkjøp av medisiner til landets sykehus og helsesentre i 2011, et beløp som ellers ville ha blitt gitt som helsektorstøtte til helsedepartementet.



Mangochi helsesenter.

Kilde: Riksrevisjonen



Medisinlager ved Mangochi District Hospital.

Kilde: Riksrevisjonen

Malawi har samlet mottatt ca. 1,5 mrd. USD. I overslaget i tabell 1 mangler flere FN-organisasjoner, og ifølge finansdepartementet i Malawi har landet mottatt ca. 55 mill. USD fra FN-organisasjoner mellom 2004 og 2011. Tabellen viser også at USA, Det globale fondet og Storbritannia har vært de største giverne til Malawis helsesektor, med Norge som den fjerde største giveren. Disse fire har stått for ca. 90 prosent av den rene helsebistanden til Malawi.

5.2.1 Bistand gjennom helsesektorprogrammet

I 2004 inngikk helsedepartementet i Malawi en avtale (MoU) med flere bistandsgivere på helseområdet, inkludert Norge. Gjennom denne ble det lagt opp til gjennomføringen av et arbeidsprogram for helsesektoren i perioden 2004–2011. Programmet skulle finansieres gjennom en sektortilnærming basert på at Malawi og giverne samlet sine økonomiske bidrag i en felles kurv (Health SWAp pool).

Helsesektorprogrammet er i tråd med Malawis strategi for fattigdomsreduksjon og har som målsetting å bedre alle malawieres helsesituasjon, redusere sykdomstilfellene og unngå for tidlige dødsfall. Arbeidsprogrammets prioriteringer er rettet mot et sett av grunnleggende helsetjenester (EHP). Disse tjenestene regnes som kostnads-effektive og skal være rettet mot de viktigste helseproblemene i Malawi. I tillegg skal de være gratis for alle malawiere. Totalt har 55 såkalte intervensjoner blitt definert som et sett av grunnleggende helsetjenester, for eksempel flere vaksiner, oppfølging under graviditet, fødsels-

komplikasjoner, behandling av malaria og tuberkulose, og testing for og behandling av hiv/aids.⁹

Helsesektorprogrammet har to hovedmål: å øke bruken av og effektiviteten i helsetjenestene og å bedre tilgjengeligheten til helsetjenestene. Programmet er delt inn i seks såkalte pilarer eller innsatsfaktorer:

- personell
- medisiner og medisinsk materiell
- utstyr
- infrastruktur
- driftsmidler på operativt nivå
- institusjonsutvikling og administrative støttefunksjoner

Målene og hvilke resultater som er oppnådd gjennom programmet, blir presentert i delkapittel 5.3.

Regnskapsførte bidrag til sektorprogrammet har økt fra vel 50 mill. USD i 2004–2005 til 380 mill. USD i 2010–2011. Malawiske myndigheters andel av regnskapsførte bidrag har variert fra år til år. Andelen var minst i 2006–2007 med 40 prosent, og størst i 2009–2010 med 78 prosent.

Ifølge regnskapstallene har helsesektorprogrammet blitt finansiert med om lag 1,4 mrd. USD fra 2004–2005 til 2010–2011. Giverne har stått for nesten 520 mill. USD. Det vil si at av den totale helsebistanden til Malawi – ca. 1,5 mrd. USD – har giverne kanalisert ca. en tredel til helsesektorprogrammet. Norge har bidratt mindre til sektorprogrammet (380 mill. kroner) enn til annen helsebistand (560 mill. kroner), jf. figur 1.

9) For en fullstendig liste, se for eksempel Bowie og Mwase (2011).

Tabell 2 Budsjettstøtte til Malawi i mill. USD (2004–2010)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totalt
Storbritannia	40,3	51,6	30,4	54,0	39,8	30,8	29,1	276,0
EU	19,5	18,3	33,8	18,1	47,3	16,4	39,6	193,0
IMF		8,0	14,5	10,2	96,9			129,6
Verdensbanken				20,0	30,0		52,7	102,7
AfDB	0,8	1,5	2,6	1,5	23,6	18,5	17,2	65,7
Norge	5,5	9,0	10,9	6,8	9,6	11,1	11,6	64,5
Tyskland							16,4	16,4
Andre	0,0	5,3	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	5,5
Totalt	66,1	93,7	92,2	110,7	247,3	76,8	166,6	853,4

Kilde: OECD CRS, unntatt 2010-tallene, som er hentet fra de respektive landsidene og Aid Atlas

5.2.2 Bistand som budsjettstøtte

Norge har i perioden 2004–2011 bidratt med 400 mill. kroner i budsjettstøtte til Malawi.

Tabell 2 viser budsjettstøtte til Malawi fra 2004 til 2010. Totalt har Malawi i denne perioden mottatt 853 mill. USD fra partnerne i den felles tilnærmingen til budsjettstøtte (*Common Approach to Budget Support, CABS*). Storbritannia har vært den største giveren i perioden, med 276 mill. USD. Norge har vært den sjette største budsjettstøttegiveren.

Budsjettstøtten har primært vært rettet mot å oppnå målene i Malawis strategi for fattigdomsreduksjon (*Malawi Growth and Development Strategy, MGDS*). Innenfor denne strategien er det utarbeidet egne indikatorer for helsesektoren. Mål- og resultatoppnåelse for disse indikatorene er presentert i kapittel 5.5. Andelen av statens utgifter som har gått til helseformål, har i de siste årene ligget rundt 10–13 prosent.¹⁰

5.2.3 Frys av norsk budsjettstøtte og bistand til helsesektorprogrammet

Norge besluttet i 2010 og 2011 å fryse henholdsvis helsesektorstøtten og den generelle budsjettstøtten til Malawi. Helsesektorstøtten ble holdt tilbake fra desember 2010 på grunn av mistanker om misbruk av midler i det sentrale medisinaldepotet i Malawi (Central Medical Stores, CMS). Midlene ble godkjent omdisponert først og fremst til Unicef for nødinnkjøp av medisiner – og der CMS ikke skulle benyttes i distribusjonen – samt til College of Medicine og en frivillig organisasjon innen familieplanlegging, *Banja La Mtsogolo*. Det ble åpnet sak av Sentral kontrollenhet i

Utenriksdepartementet angående mistanker om misligheter knyttet til CMS' innkjøp og distribusjon av medisiner og materiell. Departementet avventer utfallet av etterforskningen i regi av Malawis anti-korrupsjonsbyrå (ACB). Det ble i august 2012 inngått ny avtale om norsk støtte til helsesektorprogrammet med 180 mill. kroner fordelt på årene 2012–2014, jf. punkt 8.2.

Utenriksdepartementet opplyser i brev at det ble gjennomført viktige kontrolltiltak som medførte at Sentral Kontrollenhet i departementet godkjente at støtten ble gjenopptatt. Denne beslutningen var begrunnet med flere forhold, blant annet at CMS er blitt en frittstående stiftelse med et styre som har tatt viktige grep for å styrke styring og kontroll. Det er også gjennomført forbedringer i kontrollmekanismene i forbindelse med planlegging, innkjøp, fordeling og lagring av medisiner og medisinsk utstyr. Departementet framhever også at det nye forvaltnings- og kontrollregimet som er nedfelt i en avtale mellom myndigheter og givere, *Joint Financial Agreement*, blir oppfattet som meget omfattende og solid.

Budsjettstøtten ble frosset i juni 2011, blant annet etter uenighet mellom Det internasjonale pengefondet (IMF) og Malawi om makroøkonomiske reformer og bekymringer knyttet til situasjonen for menneskerettighetene i Malawi.¹¹ Budsjettstøtten blir vurdert gjenopptatt høsten 2012 etter innsettelsen av ny president og forhandlinger mellom den nye regjeringen og IMF våren og sommeren 2012 som ledet til en ny låneavtale mellom IMF og Malawi. Forut for avtalen hadde Malawi devaluert valutaen og gjennomført reformer av regler for kjøp og salg av utenlandsk valuta.

10) Sluttevalueringen for helsesektorprogrammet (EHG 2010) oppgir at andelen er 13,6 prosent. Helsedepartementets programdokument for neste fase av helsesektorprogrammet (HSSP 2011–2016) oppgir 10,2 prosent.

11) Brev fra ambassaden i Lilongwe, datert 23.06.2011.

5.3 Måloppnåelse innenfor helsesektorprogrammet

Beskrivelsen av måloppnåelsen for helsesektorprogrammet er delt i tre deler:

- utviklingen i de tre hovedindikatorerne for helsesektorprogrammet: redusert barne- og mødre-dødelighet, redusert undervektighet blant barn og redusert dødelighetsrate blant malariasyke
- utviklingen for programmets to hovedmålsettinger om økt bruk av og effektivitet i helsetjenestetilbudet og bedre tilgjengelighet til helsetjenester
- måloppnåelsen innenfor de seks pilarene i helsesektorprogrammet, hvor pilarene representerer viktige innsatsfaktorer for produksjon av helsetjenester

Utenriksdepartementet opplyser i brev at målene i programmet bevisst ble satt høyt, og at flere indikatorer ble valgt for å fokusere på forsømte og/eller komplekse oppgaver.

5.3.1 Hovedindikatorerne for helsesektorprogrammet

Helsesektorprogrammet har tre indikatorer som skal benyttes til å måle virkningene av innsatsen på helseområdet fra starten av programmet i 2004–2005 til slutten i 2010–2011:

- redusere andelen dødsfall blant malariasyke fra 7 til 3 prosent
- redusere andelen undervektige barn fra 22 til 7 prosent
- redusere dødeligheten blant *spedbarn* fra 76 til 48 per 1000 fødte, blant *barn under 5 år* fra 133 til 76 per 1000 barn, og blant *mødre* fra 984 til 560 dødsfall per 100 000 fødsler

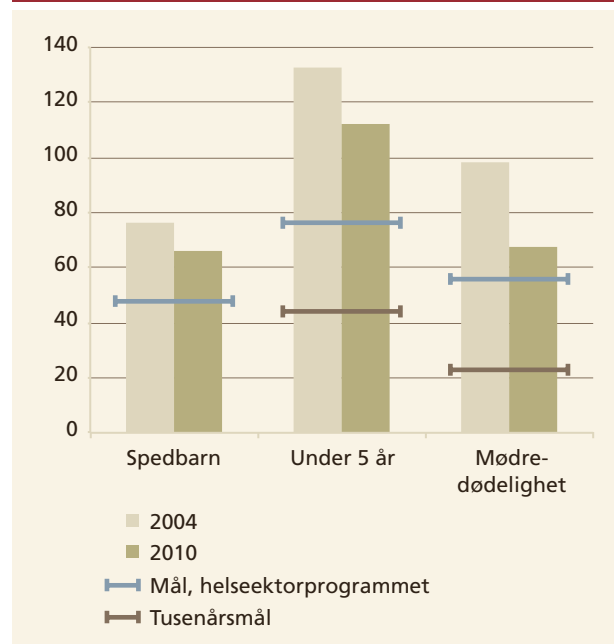
Malawi ligger an til å nå målet om å redusere andelen dødsfall blant malariasyke fra 7 til 3 prosent.¹² Likevel er malaria den viktigste sykdomsårsaken i Malawi og ifølge Verdens helseorganisasjon den viktigste årsaken til dødsfall blant barn under 5 år.¹³ Fra 2005 til 2008 var det en økning i både antall sykdomstilfeller, innleggelseser og dødsfall.¹⁴ Hovedproblemene var mangel på medisiner og diagnoseutstyr til tross for større finansiering.¹⁵

Det har vært en nedgang i andelen undervektige barn, men ikke nok til å nå målet for helsesektor-

programmet om 7 prosent. Andelen var 22 prosent i 2004,¹⁶ og hadde sunket til 13 prosent i 2010.¹⁷

Figur 2 viser utviklingen for dødelighet blant spedbarn, barn under 5 år og mødre i Malawi for perioden 2004–2010 og hvordan denne utviklingen har vært sammenlignet med målene for helsesektorprogrammet (HSP) og tusenårsmål 4 (for barn under 5 år) og tusenårsmål 5 (for mødre). Det har vært en nedadgående trend for de tre indikatorerne, men ingen av målene ble nådd i programperioden.¹⁸

Figur 2 Dødelighet per 1000 blant spedbarn og barn under 5 år og dødelighet per 10 000 fødsler for mødre, målt i 2004 og 2010



Kilder: DHS 2004 og 2010; EHG (2010), MoH (2004)

Spedbarnsdødeligheten har gått ned fra 76 til 66 per 1000 barn; målet i helsesektorprogrammet var 48. Dødeligheten for barn under 5 år har gått ned fra 133 til 112 per 1000 barn. Her var målet i helsesektorprogrammet 76 per 1000 barn, mens tusenårsmål 4 innebærer en dødelighet på 44 dødsfall per 1000 barn. Dersom utviklingen mellom 2004 og 2010 fortsetter, vil ikke Malawi nå tusenårsmål 4.¹⁹

I figuren er mødredødeligheten vist per 10 000 fødsler for at dødelighetstallene skal følge samme skala som for barnedødelighet. Det vanlige er å

12) EHG (2010A).

13) DFID (2011b), WHO's helseprofil for Malawi.

14) Målet om prosentvis nedgang kan nås til tross for at både tilfeller og dødsfall går opp, så lenge tilfeller øker mer enn dødsfall.

15) DFID (2011b).

16) DHS (2004).

17) DHS (2010).

18) EHG (2010A).

19) Andre dødelighetstall for barn viser en mer negativ utvikling. For eksempel har dødeligheten for barn under 1 måned gått opp fra 2004 til 2010, fra 37 dødsfall per 1000 fødsler til 41 per 1000 fødsler (DHS 2004 og 2010).



Fødestua ved Phirilongwe Health Center.

Kilde: Riksrevisjonen

angi mødredødelighet per 100 000 fødsler. Tall for mødredødelighet i Malawi er svært usikre. Figur 2 viser tall fra befolkningsundersøkelsene i 2004 og 2010 for å anslå mødredødeligheten ved starten og slutten av helsesektorprogrammet. Disse viser en nedgang fra 984 dødsfall per 100 000 fødsler i 2004 til 675 per 100 000 fødsler i 2010. Dette er et noe høyere tall enn det Verdens helseorganisasjon (WHO) opererer med for Malawi. WHO mfl. (2010) anslår at mødredødeligheten i 2008 var på 510 per 100 000 fødsler.²⁰ Hvorvidt målet i helsesektorprogrammet om 560 dødsfall per 100 000 fødsler anses som nådd, avhenger altså av hvilken kilde og målemetode som legges til grunn.

Usikkerheten rundt tallene for mødredødelighet gjør også at det er uklart knyttet til tusenårsmål 5 om bedre mødre helse. Målet er å redusere mødredødeligheten med tre firedeler (75 prosent) innen 2015 sammenlignet med 1990-nivå. Anslagene for hva mødredødeligheten var i 1990 (baseline), varierer fra 620 til 910 per 100 000 fødsler.²¹ Dette impliserer mål om henholdsvis 155 og 230 dødsfall per 100 000 fødsler i 2015.

20) Statistisk sentralbyrå har kritisert WHO's anslag for å være basert på en modell som legger for stor vekt på sosioøkonomisk utvikling og for lite på faktiske målinger av mødredødelighet (Samfunnsspeilet/SSB 2/2011). Samtidig er mødredødelighet vanskelig å måle på en pålitelig måte i befolkningsundersøkelser. Kvinner som dør i barsel, er relativt sjeldent – i Malawi skjer det ved ca. 700 av 100 000 fødsler. Dermed er det en fare for at man ikke får et representativt utvalg.

21) Henholdsvis DHS (1992) og WHO (2010).

Uansett hvilken baseline som legges til grunn, er det lite trolig at Malawi kommer til å klare å redusere mødredødeligheten i tråd med ambisjonene fra tusenårserklæringen.

Index No.	Data Elements (DE)	Family Code			Quarterly Total
		Dec	Nov	Oct	
38	Maternel Services	000	404	050	
39	Number of pregnant women during antenatal care during this quarter	215	142	175	532
40	Total number of new prenatal attendees	215	166	123	
41	Total antenatal visits	190	160	177	
42	Number of deliveries attended by skilled health personnel	285	315	563	1163
43	Number of women with obstetric complications	28	23	21	72
44	Number of obstetric cases treated	27	21	16	64
45	Total number of live births	212	206	204	622
46	Number of stillbirths born with weight less than 2500g	5	4	6	15
47	Number of abortion complications treated	54	43	28	125
48	Number of obstetric cases treated	6	4	3	13
49	Number of Postpartum haemorrhage (PPH) cases treated	14	12	11	37
50	Number of pregnant women treated for anemia	0	1	4	5
51	Number of women treated for complications	17	13	23	53
52	Number of postpartum cases within 2 weeks of delivery	77	67	41	185
53	Family Planning	71	53	63	187
54	Number of persons receiving 3 months supply of condoms	300	244	73	617
55	Number of persons receiving 3 months supply of injectables	42	45	68	155
56	Number of persons receiving IUDs/PIPs	1000	3072	2121	6193
57	Number of persons receiving Accusure	32	25	33	90
58	Number of persons receiving AED	0	0	0	0
59	Number of persons receiving vasectomy method	3	12	10	25

Skjema for kvartalsrapport for leverte helsetjenester, Chiradzulu District Hospital.

Kilde: Riksrevisjonen

5.4 Målene om bruk og tilgjengelighet i helsetjenestetilbudet

De overordnede målsettingene i helsesektorprogrammet var å øke bruken av og effektiviteten i helsetjenestetilbudet, og å bedre tilgjengeligheten til tjenestene. Tabell 3 gjengir mål og resultater for 15 indikatorer for de to hovedmålene.

Det er to hovedkilder for data slik de er gjengitt for 2010–2011: a) befolknings- og helseunder-

søkelsen (DHS) fra 2010, som er basert på intervju med et representativt utvalg bestående av 25 000 husholdninger, og b) data fra helsedepartementets informasjonssystem (HMIS). Det er ikke nødvendigvis samsvar mellom de to kildene. I tabellen er DHS brukt der det er mulig, fordi disse dataene er mest oppdatert, de kan lettere sammenliknes med DHS-undersøkelsen fra 2004, og de regnes som mer pålitelige enn de administrative registerdataene.

Tabell 3 Måloppnåelse for hovedmålsetting 1 og 2 i helsesektorprogrammet²²

Indikator	Ved oppstart (2004)	Mål	2010	Mål oppnådd?
Målsetting 1: Bruk og effektivitet				
Polikliniske tjenester (besøk per 1000 innbyggere per år)	800 per 1000 innbyggere (3)	1000 per 1000 innbyggere	1290 per 1000 innbyggere** (3)	JA
Andel ettåringer vaksinert mot meslinger	62,6 % (1)	90 %	82,7 % (2)	NEI
Fornøyd med helsetjenester	Ikke målt (3)	Ikke fastsatt (3)	Ikke målt (3)	UKJENT
Bruk av moderne prevensjon	28,1 % (1)	40 %	42,2 (2)	JA
Andel gravide og barn som sover under myggnett	Gravide: 19,3 % Barn: 20,2 %	60 %	Gravide: 43,1 % Barn: 47 % (2)	NEI
Institusjonsfødsler	57,2 % (1)	75 %	73,2 (2)	I STOR GRAD
Malariamedisinering, barn under 5 år med feber	28,4 % (1)	60 %	43,4 % (2)	NEI
Malariamedisinering, gravide	46,5 % (1)	Ikke fastsatt	55,0 % (2)	UKJENT
ARV-medisinerer, hiv-positive gravide	2,3 % (3)	80 %	66 % (3)	NEI
Målsetting 2: Tilgjengelighet				
Andel helseenheter med grunnleggende helsetjenester	9 %	60 %	74 % (3)	JA
Andel helseenheter som kan tilby forebygging mot overføring av hiv-smitte fra mor til barn	7 % (3)	100 %	100 %** (3)	JA
Tuberkulose, oppdaget	Ikke målt	70 %	Ikke sammenlignbare data (3)	UKJENT
Tuberkulose, kurert	74 % (3)	85 %	83 %** (3)	I STOR GRAD
Helseenheter som gir grunnleggende fødselshelsetjenester	Antall: 2 Dekning: 2 %	Én fasilitet per 125 000 innbyggere, dvs. 109 enheter (3)	Antall: 109 Dekning: 100 %	JA
Leger, sykepleiere og HSA-er per innbyggere	Leger: 1:101 000, ev. 1:290 000* Sykepleiere: 1:4000 HSA-er: 1:3000	Leger: 1:31 000 Sykepleiere: 1:1700 HSA-er: 1:1000	Leger: 1:65 500 (4) Sykepleiere: 1:3330 (4) HSA-er: 1:1190 (4)***	NEI

*: Estimater for legedekning ved oppstart varierer sterkt mellom ulike kilder, bl.a. 1 : 62 000 (EHG 2010, basert på tall for antall leger i 2005) og 1 : 101 000 i programdokumentet for helsesektorprogrammet (MoH 2004). Estimaterne varierer blant annet pga. ulike anslag for befolkningsstørrelsen, og det redegjøres ikke alltid for hvilke lege- og befolkningsstall som estimatene for legedekning er basert på. I tabellen over er estimatet for 2004 på 1 : 101 000 (MoH 2004) supplert med et estimat på 1 : 290 000. Det er basert på befolkningsdata fra World Development Indicators and Global Development Finance (Verdensbanken) og data for antall leger i 2004 (DFID 2010a – basert på Vacancy Analysis fra MoH og CHAM). Dette estimatet er konsistent og sammenlignbart med estimatet for legedekning i 2011 siden kildene for henholdsvis befolkning og leger da er de samme for begge årene.

** : Tall for 2009

*** : Tall for 2011

Kilder: MoH (2004), DFID (2010a), DHS 2004 (1), DHS 2010 (2), EHG (2010) (3), data fra MoH/CHAM (4)

22) Vaksinerer mot meslinger og assisterte fødsler er med i indikatorsettet for både helsesektorprogrammet og budsjettstøtten. Se delkapittel 5.5 om budsjettstøtten for måloppnåelsen for disse indikatorene.

For sju av indikatorene – polikliniske tjenester, moderne prevensjon, hiv/aids-behandling,²³ grunnleggende helsetjenester, overføring av hiv-smitte fra mor til barn, fødsler på institusjon, kurert tuberkulose og grunnleggende fødsels-helsetjenester – ble målene nådd eller nær nådd. Målene for fem av indikatorene – ettåringer vaksinert mot meslinger, barn og gravide som sover under myggnett,²⁴ malariabehandling av barn, medisinerer av hiv-positive gravide og helsepersonell per innbyggere – ble ikke nådd, men det er likevel oppnådd vesentlige forbedringer. For tre indikatorer var det enten ikke gode nok data tilgjengelig til å kunne konkludere om måloppnåelsen, eller det var ikke fastsatt måltall.

5.4.1 Pilarene i helsesektorprogrammet

Som nevnt under 5.2.1 er satsingen i helsesektorprogrammet organisert omkring seks pilarer: personell, medisiner og medisinsk materiell, utstyr, infrastruktur, driftsmidler på operativt nivå, og institusjonsutvikling og administrative støttefunksjoner.

Pilar 1: Personell²⁵

Helsedepartementet og giverne erkjente i 2004 at personellsituasjonen i Malawi var meget kritisk. Helsesektorprogrammet definerte ulike mål for en

styrket helsepersonellsituasjon: Legedekningen skulle opp fra 1 : 101 000 til 1 : 31 000 i 2010.²⁶ Sykepleierdekningen skulle økes fra 1 : 4000 til 1 : 1700. For ufaglærte helseassistenter (HSA) satte man et mål om 1 HSA per 1000 innbyggere. For å oppnå dette skulle en rekke aktiviteter iverksettes, inkludert å øke finansieringen for å fylle etablerte stillinger, øke lønninger for ansatte på distrikts-, sentral- og CHAM-sykehusene, og øke utdanningskapasiteten (både for ny- og videreutdanning) med 50 prosent.

Årlige regnskapsførte lønnsutgifter har steget fra 21 mill. USD til 86 mill. USD i løpet av programperioden. Dette utgjør en økning på 310 prosent.²⁷

Tabell 4 viser at utviklingen i antall helsepersonell bedret seg de første årene av helsesektorprogrammet. Dekningsgraden for leger og sykepleiere ble bedre. Men etter 2009 har situasjonen for lege- og sykepleierdekningen snudd igjen på grunn av mindre personell og høy befolkningsvekst. I 2011 var således dekningsgraden for leger ansatt i helsedepartementet eller CHAM 1 : 65 500 (230 leger på 15,3 millioner innbyggere), mens tallet for sykepleiere var 1 : 3330 (4500 sykepleiere).²⁸

Tabell 4 Totalt antall ansatte i utvalgte kategorier helsefaglig personell 2005–2011 og andel vakanser (prosent) i 2011 i statlige enheter og CHAM til sammen

	2005	2008	2011	Vakanser i prosent 2011
Leger	95	199	230*	67
Clinical officers	594	875	1016	70
Medisinske assistenter	519	740	864	44
Sykepleiere	3166	4277	4500	71
Lab-teknikere	125	334	312	69
Røntgenteknikere	40	109	129	71
Helseassistenter (HSA)	4886	4826	4764 + 7000**	29**
<i>Totalt for 11 prioriterte kategorier (ekskl. HSA)</i>	5197	7358	mangler data (2009 : 8369)	

* Utenriksdepartementet viser i brev av 30.11.2012 til at helsedepartementet i Malawi opplyser at det er 450 leger i Malawi (2012). I dette tallet er frivillige fra FN og andre ikke-statlige organisasjoner inkludert.

** Tallet for andel ubesatte helseassistenter i 2011 (29 %) tar ikke hensyn til 7000 "midlertidige" helseassistenter, det vil si de som var finansiert av Det globale fondet fram til juli 2012.

Kilder: DFID (2010a), Annex J og Annex J2; tall for 2011: Ministry of Health Vacancy Analysis og CHAM-data

- 23) 43,5 prosent tok ARV-medisiner daglig. I tillegg tok 50,2 prosent nevirapine, slik at totalen for hiv-medisinerer var 93,7 prosent. Utvalget var svært usikkert med hensyn til antallet gravide som var hiv-smittet ved fødselen, og tallene kan derfor ikke brukes til å predikere dekningsgraden for gravide som mottok ARV-medisiner eller andre PMTCT-tjenester, se DHS (2010). Nevirapine er en engangsbehandling mot overføring av smitte mellom mor og barn. Det er fortsatt uklart hvorvidt dette er et fullgodt alternativ til ARV-medisinerer.
- 24) Ifølge Abuja-erklæringen bør 80 prosent av gravide og barn under 5 år sove under myggnett for å oppnå ambisjonen om å halvere sykdomstilfellene og dødsfallene som følge av malaria innen 2010. Se DHS (2010), s. 153. Målet i helsesektorprogrammet var 60 prosent.
- 25) Med helsepersonell menes antall ansatte i det statlige helsevesenet.

- 26) Om ulike estimater for legedekning i starten av programmet, se forklaring til tabell 3.
- 27) Basert på årlige beløp slik de framkommer i årlig regnskap (Audited Financial Statements) og omregnet til dollar med kursene som oppgitt i regnskapene. I malawiske kwacha har årlige lønnsutgifter steget fra 2,7 mrd. til 13,4 mrd. MK i løpet av programperioden. Dette utgjør en økning på 357 prosent. Korrigert for inflasjonen i kwacha er økningen 179 prosent.
- 28) Ifølge sluttevalueringen av den seksårige planen for å løse personell-krisen hadde Malawi i 2009 265 leger, 4812 sykepleiere og 10 507 ufaglærte helseassistenter.

Tabell 5 Utvikling og status for indikatorer om personelldekning ved helsesentre, sykepleiere med jordmorkompetanse, uteksaminerte leger og sykepleiere

	2004	2010	Mål	Oppnådd?
Andelen helsesentre som oppfyller minstekravet til antall ansatte (fem ansatte) (%)	6	13	10	Ja
Andelen sykepleiere med jordmorkompetanse (%)	68	93	90	Ja
Antall uteksaminerte leger per år	15	40	64	Nei
Antall uteksaminerte sykepleiere per år	475	694	670	Ja

Kilder: EHG (2010a), College of Medicine

Man er altså langt unna målene om henholdsvis 1 : 31 000 for leger og 1 : 1700 for sykepleiere.

Andelen ubesatte stillinger er meget høy; to av tre legestillinger og nesten tre av fire sykepleierstillinger står ubesatte. Disse andelenene er like høye eller høyere enn i 2004, og det skyldes at økningen i antall hjemler har vært høyere enn økningen i antall personell. Økningen i antall hjemler skyldes blant annet at standarden for minimumsbemanning er endret i løpet av perioden. Mye tyder på at det offentlig finansierte helsevesenet (inkl. CHAM) ikke klarer å utnytte økningen i antall uteksaminerte kandidater i sentrale kategorier helsepersonell som f.eks. leger. Mange av de som uteksamineres, tar dessuten arbeid i utlandet eller på private klinikker. Tallene fra CHAM viser at antall leger og sykepleiere i CHAM-systemet har gått ned fra 2008 til 2011.

Målet i helsesektorprogrammet for ufaglærte helseassistenter (HSAs) var 1 per 1000 innbyggere. Tall fra helsedepartementet viser at det ved utgangen av 2011 var 11 764 arbeidende helseassistenter, noe som med oppdaterte befolkningstall tilsvarer 1 per 1190 innbyggere. Av disse var 7000 HSAs lønnet med midler fra Det globale fondet – en finansiering som skulle opphøre 1. juli 2012.

Tabell 4 viser videre at det har vært en økning i antall ansatte i andre kategorier, som *clinical officers* og medisinske assistenter,²⁹ samt røntgen- og labteknikere, men økningene er fra svært lave nivåer.

29) En *clinical officer* (CO) er en kategori helsepersonell som man har i øst- og sørlige deler av Afrika. En CO har lisens til å utføre generelle medisinske oppgaver som diagnostisering, sykdomsbehandling og tolkning av medisinske tester, utføre medisinske og kirurgiske rutineprosedyrer samt henvise til annet utøvende helsepersonell. For å bli en CO må man ha fullført minimum fire års utdanning (etter grunnskole) som inkluderer turnustid ved en akkreditert institusjon eller sykehus. (Kilde: http://en.wikipedia.org/wiki/Clinical_officer.)

Medical assistant er en kategori helsepersonell som utfører administrative og rutinepregede kliniske oppgaver for leger og annet helsepersonell. Typiske oppgaver er å registrere pasientinformasjon, ta grunnleggende tester, assistere legen i undersøkelse av pasienter og forberede blodprøver for lab-tester, osv.

Totalt var det i offentlig sektor og CHAM ansatt nesten 19 000 helsearbeidere inkludert ufaglærte, en økning på 83 prosent fra 2004.³⁰

Pilar 1 hadde også andre indikatorer med tilhørende mål som vist i tabell 5.

Tabellen viser at tre av indikatorene – andelen som oppfyller minstekravet til antall ansatte, andelen sykepleiere som har jordmorkompetanse og antall nyutdannede sykepleiere – er oppnådd, og at indikatoren for nyutdannede leger ikke er oppnådd. Ifølge statistikk innhentet fra *College of Medicine* var antallet uteksaminerte leger 40 i 2010, mens målet altså var 64. I 2012 var det 46 legestudenter i avgangsklassen. Utenriksdepartementet rapporterer i Prop. 1 S (2011–2012) at det ble uteksaminert 291 leger i 2010 ved *College of Medicine* uten at det oppgis kilde for tallet.

Pilar 2: Medisiner og medisinsk materiell

Pilar 2 er knyttet til tilgjengelighet for medisiner og medisinsk materiell. Målsettingen for pilaren var å styrke innkjøps-, distribusjons- og lager-systemene for medisiner og utstyr. Om lag 20 prosent av ressursene i helsesektorprogrammet har gått til denne pilaren. Samlet i perioden 2004–2011 er det brukt ca. 280 mill. USD på denne pilaren. Verdien av donerte medisiner fra blant annet Det globale fondet kommer i tillegg, siden dette som hovedregel ikke er inkludert i regnskapstallene.

Målet for denne pilaren var at man i 2010–2011 skulle ha 100 prosent tilgang til åtte indikatormedisiner. De åtte er: stivkrampevaksine, oksytocin (et hormon som brukes til å sette i gang fødsler og til å få i gang melkeproduksjon hos mødre), væskeerstatning, cotrimoxazol (et antibiotikum som brukes mot bakterieinfeksjoner), diazepam (et beroligende og krampestillende legemiddel), hiv-tester, tuberkulosemedisin og malariamedisin. Ifølge sluttevalueringen av helse-

30) DFID (2010a).

sektorprogrammet viser helseenhetenes egenrapportering og helsedepartementets nasjonale tellinger at tilgjengeligheten av de åtte indikatormedisinene (målt som andel av alle helsesentre/sykehus som hadde lager av medisinen ved besøksdagen) i 2009–2010 var mellom 94 og 100 prosent. Disse funnene samsvarer dårlig med andre kilder, som rapporterer om at medisinsituasjonen er vanskelig med høy forekomst av tomme lagre. Sluttevalueringen for helsesektorprogrammet konkluderer også med at uavhengige undersøkelser viser et mindre positivt bilde.³¹ Tomme medisinalagre har vært et sentralt tema i dialogen mellom giverne og helsedepartementet i hele programperioden.³²

I løpet av 2011 har det ved flere anledninger blitt rapportert om mangel på medisiner og vaksiner i Malawi.³³ I kapittel 7.4 presenteres funn fra en undersøkelse av tilgjengeligheten av medisiner som Riksrevisjonen fikk utført i 2012 som del av denne revisjonen.

Pilar 3: Utstyr

Målet for denne pilaren var å etablere en standardliste for nødvendig medisinsk utstyr ved helsefasilitetene på alle nivåer og å bidra til innkjøp og vedlikehold av dette utstyret. Ifølge sluttevalueringen for helsesektorprogrammet skulle utviklingen innenfor denne pilaren følges gjennom én indikator: prosentandel helseenheter med utstyr i tråd med standardlisten. Denne listen har blitt definert, men utstyrssituasjonen er ikke blitt registrert i perioden så det er derfor ikke mulig å si noe om hvordan utviklingen har vært i løpet av programperioden.³⁴ Målet var for øvrig at 90 prosent av helseenhetene skulle oppfylle standardkravene.

6,6 prosent av ressursene i helsesektorprogrammet var planlagt brukt til denne pilaren, mens regnskaps-tallene viser at utgifter til utstyr utgjør 3,4 prosent av samlet forbruk for perioden 2004–2011.³⁵ Bare 38 mill. USD, eller to tredeler av ressursene som har blitt budsjettert under denne pilaren, har faktisk blitt benyttet. Det betyr at både investeringsnivå og vedlikehold er lavere enn det intensjonen var.

31) EHG (2010b).

32) Aide memoires og oppsummeringer fra årlige og halvårslige møter om helsesektorprogrammet.

33) "Crisis looms as Global Fund forced to cut back on Aids, malaria and TB grants" i Guardian, 23.11.11 og "Central hospitals heading for disaster with drug shortage" i Malawi Nation, 29.12.11.

34) EHG (2010a).

35) MoH (2004).



Steriliseringsutstyr, Lungwenya Health Center. Kilde: Riksrevisjonen

Pilar 4: Infrastruktur

Infrastrukturpilaren under helsesektorprogrammet skulle bidra til å øke tilgangen til de grunnleggende helseenhetene. Dette skulle skje blant annet gjennom bygging og oppgradering av helseenheter. 6 prosent av ressursene i helsesektorprogrammet har blitt brukt under denne pilaren, til sammen vel 72 mill. USD. Det har gjennom hele implementeringsperioden fra 2004 til 2011 vært et stort underforbruk innen denne pilaren. Om lag 40 prosent av midlene som er blitt budsjettert, er forbrukt.

Under denne pilaren har det vært et mål å øke andelen helseenheter som har fungerende vann, elektrisitet og kommunikasjon.³⁶ I tillegg var det et mål at sentral-, distrikts- og CHAM-sykehusene skulle få tilstrekkelige midler til å investere i og vedlikeholde infrastruktur.³⁷ Ifølge sluttevalueringen av helsesektorprogrammet var målene for vann, elektrisitet og telekommunikasjon nådd.³⁸ Andelen helseenheter med fungerende tilknytning for vann, strøm og telefon har ifølge egenrapportering steget fra 30 til 76 prosent, mens målet var satt til 60 prosent.

36) I sluttevalueringen for helsesektorprogrammet er en indikator for fungerende ambulanser også tatt med. Både i programdokumentet og i revisjonsrapportene er transport (både investeringer og driftsutgifter) lagt under pilar 5. Faktisk utgjør transportkostnader rundt to tredeler av pilar 5 i regnskapene. Transport blir derfor omtalt under pilar 5 om driftsmidler på operativt nivå.

37) MoH (2004).

38) EHG (2010).

I perioden 2003–2009 har antallet helseenheter for Malawi totalt sett vært tilnærmet uendret.³⁹ Medregnet sykehus og helsesentre som tilhører malawiske myndigheter og CHAM, var det både i 2003 og i 2009 ca. 570 fasiliteter. Antall helsesentre har økt noe fra 2003 til 2011. Mens det i 2003 var 392 sentre, var tallet 410 i 2009 og 422 i 2011.⁴⁰ Årsaken til økningen er først og fremst oppgraderingen av en del mødre- og barn-sentre (*maternity centres*) og kontorer for utlevering av medisiner (*dispensaries*) til helsesentre.⁴¹

Pilar 5: Driftsmidler til sykehus og helsesentre

Pilar 5 er en samlepost for driftsmidler til sykehus og helsesentre, både offentlige og de som tilhører CHAM. Det er blitt brukt 227 mill. USD innenfor denne pilaren. Dette utgjør om lag én femdel av de totale ressursene i helsesektorprogrammet. Hoveddelen har gått til transport, men forbruksvarer hos helseenhetene og mat til pasienter er også viktige utgiftsposter.

I helsesektorprogrammet var det et mål at 80 prosent av distriktene skulle ha fungerende ambulanser, det vil si minst 20 av de totalt 28 distriktene.⁴² Dette har ikke blitt fulgt opp i programperioden, og sluttevalueringen kunne ikke bringe en endelig konklusjon på om denne indikatoren var nådd.⁴³ Flere undersøkelser har vist at transport er en av de hindringene som i størst grad gjør at folk ikke får tilgang til helsetjenester.⁴⁴ Blant annet svarer rundt 60 prosent av kvinnene i befolkningsundersøkelsen fra 2010 at kostnader til privat transport hindrer dem i å oppsøke helsetjenester.

Under denne pilaren er det også et mål om å øke det samlede antallet avtaler mellom staten og CHAM om tilbud av grunnleggende helsetjenester (*service level agreement*, SLA). Målet var totalt 150 slike avtaler. I 2004 var det 55 SLA-er, mens det i 2012 hadde økt til 66.

Pilar 6: Institusjonsutvikling og administrative støttefunksjoner

Hovedmålet for denne pilaren har vært å øke det sentrale, administrative nivåets støtte til det operative nivået. De viktigste måtene å gjøre dette på skulle være gjennom å etablere en felles sektortilnærming for malawiske myndigheter og

giverne (SWAp-en) og å desentralisere helsesektoren.⁴⁵

Målene for pilaren var blant annet å øke helsedepartementets evne til å regulere helsesektoren og støtte opp om helsetjenestene i distriktene.⁴⁶ For distriktene var målene blant annet at støttefunksjonene for og tilsynet med helsesentrene skulle bedres, samt at helsetjenestene skulle integreres mer på distriktsnivå. Dette innebar blant annet å etablere et system for henvisninger av pasienter til høyere nivåer.

Regnskapene viser at ressursbruken under denne pilaren har økt mye. Forbruket har i programperioden samlet vært om lag dobbelt så høyt som planlagt i programdokumentet (henholdsvis 19 mrd. og 9,5 mrd. MK). I dollar tilsvarer dette et samlet forbruk på 170 mill. USD til og med regnskapsåret 2010–2011.

Pilaren ble i sluttevalueringen for helsesektorprogrammet vurdert ut fra to sett med indikatorer: én om rapportering fra distriktshelsekontorene og helseenhetene, og én om offentlig finansiering av helsesektoren.

For rapporteringen fra distriktshelsekontorene var det et mål om at all rapportering skulle skje til rett tid, det vil si månedlig, kvartalsvis og årlig. Ved sektorprogrammets start var det 10 prosent av kontorene som klarte dette, mens andelen i 2009 hadde økt til 80 prosent. Sluttevalueringen konkluderte med at det ville være mulig å nå målet på 100 prosent, men at forsinkelser fortsatt var utbredt. Videre var det et mål at alle helseenhetene skulle rapportere data. Mens 88 prosent rapporterte i 2004, var målet om 100 prosent nådd allerede i 2009.

Finansiering av helsesektoren ble målt blant annet ved hvor stor del av offentlige utgifter som gikk til helse, og offentlige helseutgifter (inkludert internasjonal bistand) per person. Helseutgiftens andel av totale offentlige utgifter var i 2010–2011 ca. 13 prosent, mens målet er 15 prosent. Dette tilsvarer 24 USD per innbygger, som er over målet på 17,5 USD. Utenriksdepartementet opplyser i brev at helsekostnadene ble estimert til 28,6 USD per innbygger i forbindelse med midtveisgjennomgangen av helsesektorprogrammet i 2007.

39) EHG (2010c).

40) Utregning basert på EHG (2010c) og tall oversendt fra helsedepartementet i Malawi.

41) EHG (2010c).

42) EHG (2010a).

43) Euro Health Group (2010c)

44) ITAD (2009) *Qualitative Research for a Value for Money Study on DFID's Work in Malawi*, DHS (2010).

45) MoH (2004).

46) Denne pilaren inneholder en hel rekke med aktiviteter. For en komplett liste, se MoH (2004), side 31–35.

5.5 Måloppnåelse innenfor helseindikatorerne for budsjettstøtten

Helseindikatorerne for budsjettstøtteavtalen mellom Malawi og giverne har endret seg noe over tid. De er likevel blitt brukt noenlunde sammenhengende, og det gjør det mulig å følge utviklingen for

- vaksineringsgrad (mot meslinger)
- assisterte fødsler
- antall innbyggere per sykepleier
- bekjempelse av hiv/aids

Det har blitt satt nye måltall for indikatorene fra år til år. Utviklingen for de fire indikatorene er

oppsummert i tabell 6 med mål (M) og oppnådde resultater (O). Flere av indikatorene er også brukt under helsesektorprogrammet (se foran), men måltallene for en og samme indikator har vært forskjellige i de to programmene. Det skyldes at tidshorizonten har vært forskjellig, ett år av gangen under budsjettstøtten og seks år i helsesektorprogrammet.

Målet for vaksineringsgrad mot meslinger blant barn under 1 år har i perioden mellom 2005 og 2011 ligget på i overkant av 80 prosent.

Rapporteringen på budsjettstøtteindikatorerne viser at målene stort sett har blitt nådd. I 2011 var vaksineringsgraden kommet opp til 96 prosent,

Tabell 6 Helseindikatorerne i budsjettstøtten for perioden 2005–2011. M = mål; O = oppnådd

	Vaksinering	Assisterte fødsler	Sykepleierdekning (innbyggere per sykepleier)	Hiv/aids
2005	M: 80 % for fullvaksinering under 1 år O: 65 % for alle, 79,4 for meslinger	M: 59 % assisterte fødsler, opp fra 58 (baseline) O: 57 % (ifølge DHS-data), mens HMIS viser 38	M: Ikke definert O: Ikke rapportert	M: Andel av befolkningen mellom 15 og 49 år med hiv/aids: 14 % O: 14,2 %
2006	M: 85 % av ettåringer vaksinert mot meslinger* O: 82 %	M: 40 % av fødsler med kvalifisert personell til stede O: 40 %	M: 1:3900** O: 1:3653	M: 60 000 personer med hiv/aids i live, og som mottar ART O: 59 980
2007	M: 82 % av ettåringer vaksinert mot meslinger, og at minst tre av fire distrikter skulle øke vaksineringsgraden O: 80 %, og bare åtte økte graden, mens to reduserte	M: 42 % av fødsler med kvalifisert personell til stede O: 42 %	M: 1:3500 O: 1:3304	M: 33 % av helsefasilitetene kan tilby grunnleggende behandling mot overføring av hiv/aids fra mor til barn O: 44 %
2008	M: 82 %, og ikke mer enn to distrikter under 75 % O: 84 %, og alle distrikter over 77 %	M: 45 % O: 45 %	M: 1:3200 O: 1:3062	M: 55 % av helsefasilitetene kan tilby grunnleggende behandling mot overføring av hiv/aids fra mor til barn O: 83 %
2009	M: 82 % O: 88 % av ettåringer vaksinert mot meslinger	M: 48 % av fødsler med kvalifisert personell til stede O: 52 %	M: 1:2900 O: 1:2800	M: 90 % av 544 helsefasiliteter som tilbyr fødselstjenester, har en grunnleggende pakke av behandling mot overføring av hiv/aids fra mor til barn; 35 % av hiv-positive mødre mottar behandling (profylakse) O: 100 %; 66 %
2010	M: Vedlikeholde 82 %, og ett distrikt under 75 % O: 88 %, og Likoma under 75 % – men meslinge-utbrudd	M: 54 % av fødsler med kvalifisert personell til stede O: 58 %	M: 1:2700 O: 1:2643	M: 70 % av hiv-positive mødre mottar behandling (profylakse) O: 71 %
2011	M: 82 %, og to distrikt under 80 % O: 96 %, og ett distrikt under 80 %	M: 60 % fødsler på klinikk (ny indikator) O: 65 %	M: 1:2500 O: 1:2884/1:3110***	M: prosentandel av befolkningen med behov for ART som mottar medisin: 53 % (ny indikator) O: 65 %

* Samme indikator som for arbeidsprogrammet for helsesektoren. I programmet ble målet satt til 90 prosents vaksineringsgrad.

** Samme indikator som for arbeidsprogrammet for helsesektoren.

*** Tabell 9 Antall steder og antall personer som mottok aidsmedisin i tidsrommet 2003–2010



Mangochi helsesenter.

Kilde: Riksrevisjonen

ifølge det malawiske helsedepartementets rapporteringssystem. Ifølge befolkningsundersøkelsen (DHS) som ble gjennomført i Malawi i 2010, var denne andelen 83 prosent, altså betydelig lavere enn helsedepartementets tall. I tabell 6 er det offisielle tallet benyttet for å kunne vise utviklingen fra år til år. Men det er dermed noe usikkerhet om hvor stor andel barn som blir vaksinert innen 1 år. Utenriksdepartementet viser i brev til tall fra Verdens helseorganisasjon for 2012, hvor 93 prosent av barna i målgruppen i Malawi var vaksinert mot meslinger.

Målet for assisterte fødsler har variert fra år til år. Delvis er dette fordi man i forskjellige år har sett på assisterte fødsler (hvem som helst var til stede), fødsler med kvalifisert personell til stede (enten hjemme eller på sykehus) og fødsler på klinikk. I tillegg har det vært noe endring i hvilke datakilder som har blitt brukt. Det er likevel tydelig at andelen assisterte fødsler har økt i den aktuelle perioden: Ifølge *administrative data* har det vært en økning fra 38 prosent assisterte fødsler i 2005 til at 52 prosent av fødslene ble gjennomført med kvalifisert personell til stede i 2010. Ifølge *befolkningsundersøkelser* ble andelen assisterte fødsler i 2004 målt til å være 56 prosent. I 2010 hadde denne delen steget til 72 prosent.⁴⁷

Sykepleierdekningen har gått noe opp i perioden 2005–2011. Målet har utviklet seg over tid, fra 3900 innbyggere per sykepleier i 2006 til 2500 i 2011. Mens det i 2005 var 4000 innbyggere per sykepleier, hadde det i 2008–2009 blitt 2800.⁴⁸ I 2011 ble det rapportert til å være 2884.⁴⁹ Som omtalt i kapittel 5.4.1 foran, er dekningen 1 : 3330 hvis man legger til grunn oppdaterte befolkningstall og antall faktisk arbeidende sykepleiere i statens og CHAMs institusjoner.

Bekjempelse av hiv/aids har i budsjettstøttesammenheng i flere år blitt målt med indikatoren for andel av helseenheter som har en minimumspakke av helsetjenester for å unngå smitte fra mor til barn. Dette er også en indikator i helsesektorprogrammet. På dette området har det vært klar framgang. I 2005 var det bare 7 prosent av helsefasilitetene som hadde slike tjenester. Allerede i 2008–2009 var målet om 100 prosent dekning nådd.⁵⁰ I 2011 ble indikatoren endret til medisiner mot hiv/aids. I 2011 var det 65 prosent av dem med behov for aidsmedisin som mottok slik medisin, mens målet var 53 prosent. Det globale fondet står for all finansiering av aidsmedisiner i Malawi. Indikatoren er derfor siden 2011 basert på innsats fra en aktør som ikke deltar i samarbeidet om budsjettstøtte.

47) DHS (2004 og 2010).

48) EHG (2010a).

49) CABS March 2012 review, Aide memoire, juni 2012.

50) Se også EHG (2011a).

6 De globale helsefondenes programmer i Malawi

6.1 Bakgrunn

Da tusenårsmålene ble utarbeidet på slutten av 1990-tallet, ble det tydelig at det var behov for nye virkemidler for å nå målene, blant annet finansieringsmekanismer som sikret alle land likere tilgang til støtte. Den gang var det noen få land, deriblant Tanzania, som fikk mesteparten av støtten, opplyser GAVI i intervju. Også begrensningene i FN-systemet med restriksjoner for andre enn medlemsstater til å delta i de styrende organer, var ifølge Meld. St. 11 (2011–2012) *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken* medvirkende til opprettelsen av nye finansieringsmekanismer med smalere mandat mot smittsomme sykdommer, som GAVI og Det globale fondet.

Det globale fondet

Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria ble opprettet i 2002. Fondet er et offentlig-privat samarbeid for å hindre spredning og fremme behandling av hiv/aids, tuberkulose og malaria i de områdene i verden hvor behovene er størst. Fondets mandat var å opprette en effektiv, enkel, rask, resultatorientert og innovativ mekanisme for utbetaling. Kostnadene for transaksjonene skulle være så lave som mulig, og det skulle være godt innsyn i prosessen.

Fondet står per september 2010 for en femtedel av samlet internasjonal finansiering av aids-bekjempelse og to tredeler av samlet finansiering av tuberkulose- og malaria-programmer. Ettersom fondet har økt i både volum og omfang, har antall ansatte i sekretariatet økt fra 150 ansatte i 2005 til nesten 600 ansatte i 2010.⁵¹ Fondet utbetalte i 2011 en samlet støtte på 2,64 mrd. USD.⁵²

Det er anslått at fond-baserte programmer har bidratt til å redde opptil 6 millioner menneskeliv per 2010.⁵³

Norge har forpliktet seg til å gi fondet 3,5 mrd. kroner i perioden 2002–2013. Av dette er 2,1 mrd. kroner allerede innbetalt.⁵⁴ Fram til 2013 vil Norge altså gi ytterligere 1,4 mrd. kroner.⁵⁵

GAVI

Vaksinealliansen GAVI ble etablert i år 2000 som et offentlig-privat samarbeid der Unicef, Verdens helseorganisasjon og Verdensbanken er sentrale partnere. GAVI er først og fremst en finansieringsmekanisme som overfører penger til vaksiner av barn.

GAVI arbeider for at alle barn i fattige land skal få et fullverdig vaksinetilbud. Fondet legger vekt på innføring av nye vaksiner og støtte til å sikre fungerende vaksinetjenester.⁵⁶ Det er dermed en viktig bidragsyter til å oppnå tusenårsmål 4 om å bekjempe barnedødelighet.

Fondet har ved utgangen av 2010 bidratt til vaksiner av 288 millioner barn og derigjennom til å avverge 5,4 millioner dødsfall.⁵⁷

Den samlede årlige norske bistanden til GAVI var på 631 mill. kroner i 2010. Stortinget har vedtatt å trappe opp bidraget til GAVI til 1 mrd. kroner i 2015. Til sammen har Norge gitt 3,4 mrd. kroner til GAVI i tidsrommet 2001–2010.⁵⁸

Se faktaboks om de to helsefondene på neste side.

51) The Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria. Third replenishment 8 (2011–2013).

52) The Global Fund Annual Report 2011.

53) The Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria. Third replenishment 8 (2011–2013).

54) <http://www.theglobalfund.org/en/donors/list/>. Hentedato 15.12.2011.

55) Prop. 1 S (2011–2012) Utenriksdepartementet.

56) Prop. 1 S (2011–2012) Utenriksdepartementet.

57) Prop. 1 S (2011–2012) Utenriksdepartementet.

58) <http://www.gavialliance.org/funding/donor-profiles/norway/>. Hentedato 15.12.2011.

Faktaboks 1 Kjennetegn ved de to globale helseinitiativene

Begge fondene er globale finansieringsmekanismer. De er organisert som stiftelser og har både private og offentlige givere. Støtten er for begge fondene innrettet mot de helserelaterte tusenårsmålene: tusenårsmål 4 og 6. Begge fondene gir også pengestøtte til styrking av helsesystemer. I samarbeid med Verdensbanken jobber fondene for å utvikle et felles program for støtte til helsesystemer.

Giverprofilen til fondene er som følger:

Det globale fondet: 95 prosent støtte fra ulike land, 5 prosent støtte fra privat sektor og innovative finansieringsinitiativ.

Bill & Melinda Gates Foundation er den største private donoren.

GAVI: 76 prosent støtte fra ulike land, 24 prosent støtte fra fond, selskaper og individer. 18,3 prosent av støtten kommer fra Bill & Melinda Gates Foundation, som er den største giveren.

Ingen av fondene har landkontorer, og partnerlandenes myndigheter er hovedsakelig mottaker av støtten. Begge har sitt hovedkontor i Genève. Støtten som gis, er søknadsbasert. Begge fondene er svært opptatt av resultater, og utbetaling av støtte er på ulikt vis knyttet til oppnådde resultater.

Begge fondene baserer støtten på Paris-erklæringen om vektlegging av lokalt eierskap og bruk av nasjonale institusjoner og systemer.

6.2 Fondenes programmer i Malawi

6.2.1 Det globale fondets programmer i Malawi

Det globale fondet har per desember 2011 sju pågående programmer i Malawi: tre innen hiv/aids, to innen malaria, ett innen tuberkulose og ett for å styrke helsesystemet. Det globale fondet er inne i en reformprosess der antallet programmer skal reduseres til ett program per sykdom per land.

Tabell 7 gir en oversikt over Det globale fondets tildelte og utbetalte midler til Malawi.

Tabellen viser at Det globale fondet totalt har utbetalt 432,5 mill. USD til Malawi i tidsperioden 2003–2011. Til sammen har fondet godkjent 929 mill. USD i støtte til Malawi.

Tabell 7 Totalt tildelte og frigitte midler fra Det globale fondet til Malawi (mill. USD) for perioden 2003–2012

Program	Tildelte midler	Utbetalte midler
Hiv/aids	746,4	302,7
Helsesystemstøtte	51,9	39,3
Malaria	119,4	87,1
Tuberkulose	11,2	3,4
Totalt*	929	432,5

* <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/MLW>. Hentedato 13. oktober 2012.

Kilde: Det globale fondets hjemmeside

Det er programmene til hiv/aids-bekjempelse som har mottatt mest støtte. Hele 70 prosent av midlene fra Det globale fondet til Malawi har gått til hiv/aids-programmer. Av dette har noe over halvparten gått til medisiner.⁵⁹

6.2.2 GAVIs programmer i Malawi

GAVI har gitt fire ulike typer støtte til Malawi siden oppstarten i 2001. Tabell 8 viser GAVIs tildelte og utbetalte midler til Malawi fordelt på ulike typer støtte.

Tabell 8 Totalt tildelte og frigitte midler fra GAVI til Malawi i (mill. USD) for perioden 2001–2012

Program	Tildelte midler	Utbetalte midler
Vaksiner	148,3	99,1
Sikker vaksinerings	0,7	0,7
Vaksinerings tjenester	2,0	2,0
Helsesystemstøtte	11,3	11,3
Totalt*	162,9	113,7

* I tillegg har Malawi mottatt 0,5 mill. USD til vaksineintroduksjon. Tallene er hentet fra GAVIs hjemmeside: <http://www.gavialliance.org/country/malawi/>. Hentedato 18.10.2012.

Kilde: GAVIs hjemmesider

Tabellen viser at GAVI totalt har utbetalt 113,7 mill. USD til Malawi i perioden 2001–2012. Det er pentavalentvaksinen (fem vaksiner i én: DTP-HebB-Hib, som står får difteri, stivkrampe og kikhoste, pluss hepatitt B og Haemophilus influenza b) som har mottatt mest støtte. 87 prosent

59) Intervju med Aidskommisjonen i Lilongwe 02.11.2011.

av støtten som GAVI har distribuert til Malawi per oktober 2012, har gått til vaksiner. Rundt 10 prosent av støtten har gått til helsesystem, mens de øvrige midlene har gått til sikker vaksinering og vaksineringstjenester.

Malawi har blitt lovet støtte fra GAVI til å innføre to nye vaksiner, mot lungebetennelse (pneumokokkvaksinen) og mot diaré (rotavirusvaksinen). Innføringen av pneumokokkvaksinen skjedde ultimo 2011, mens rotavirusvaksinen skal innføres i 2013.

6.3 Fondenes gjennomføringsmodeller i Malawi

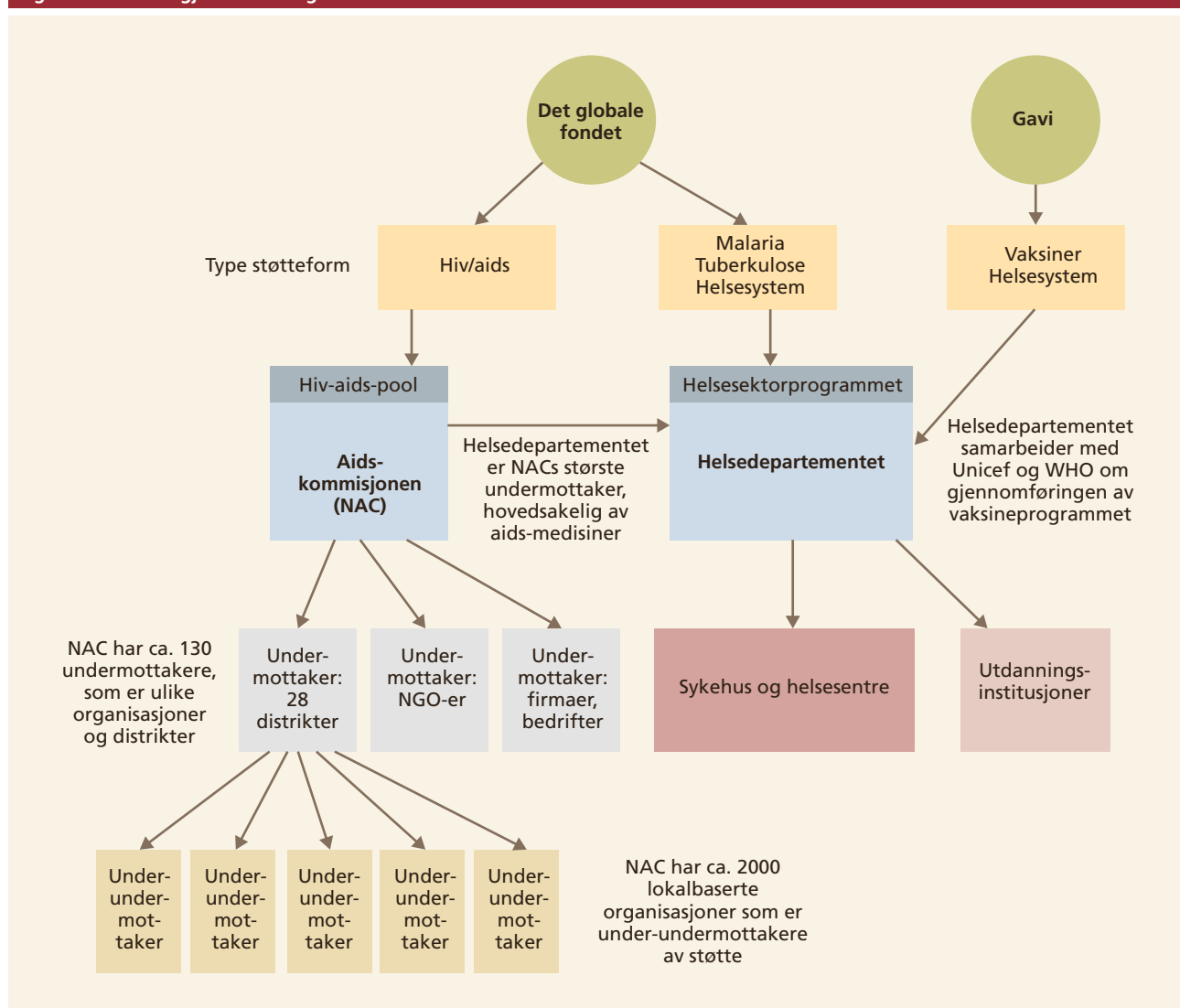
Figur 3 gir et bilde av hvordan fondenes støtte blir kanalisert i Malawi.

Modellen blir forklart nærmere for henholdsvis Det globale fondet og GAVI under punkt 6.3.1 og 6.3.2. Se 7.1.2 for en forklaring på felleskurvene for henholdsvis hiv/aids og helsesektorprogrammet (*Hiv-aids-pool* og *SWAp-pool*).

6.3.1 Det globale fondets gjennomføringsmodell i Malawi

Det globale fondet gir støtte til to hovedmottakere (*principal recipients*) i Malawi, henholdsvis helsedepartementet og Aidskommisjonen (NAC). Tilskuddene blir kanalisert gjennom to såkalte kurvfinansieringsmekanismer, henholdsvis til hiv/aids-poolen og til helsesektorprogrammet. Det er Aidskommisjonen (NAC) som er sekretariatet for hiv/aids-poolen, og som står som hovedmottaker av midlene som går til hiv/aids. Det globale fondet er den største bidragsyteren til hiv/aids-poolen, og deres bidrag utgjorde 77 prosent per november 2011.⁶⁰ Verdensbanken, Storbritannia

Figur 3 Fondenes gjennomføringsmodeller i Malawi



60) Tallet ble oppgitt i intervju med NAC i Lilongwe av 02.11.2011.

og den malawiske regjeringen er andre bidragsytere til poolen. Norge trakk seg ut av poolen i 2010.

Det er helsedepartementet i Malawi som er hovedmottaker for de andre programmene, som er rettet mot henholdsvis malaria, tuberkulose og styrking av helsesystemet. Støtten til tuberkulose- og malariaprogrammene går rett inn i helsesektorprogrammet, mens helsesystemstøtten blir distribuert videre til tre utdanningsinstitusjoner samt Malawis kristne helsesammenslutning (CHAM). Alle disse har mottatt støtte til infrastruktur.

Aidskommisjonen er hovedmottaker av Det globale fondets støtte til hiv/aids-programmer. Kommisjonen ligger under *Office of the President and Cabinet* (OPC), og ikke under helsedepartementet. Aidskommisjonen oppgir i intervju at en av grunnene til å opprette en egen enhet for hiv/aids, var at hiv/aids ble oppfattet som å være et tverrsektorielt anliggende, og ikke bare et helseproblem. Det globale fondet utdyper i intervju at det malawiske helsedepartementet heller ikke hadde kapasitet til å koordinere landets aidsarbeid.

Aidskommisjonen (NAC)

Aidskommisjonen fordeler sine midler på en rekke undermottakere (GRO). Det er per 2011 ca. 130 undermottakere (GRO) av Aidskommisjonens midler. Disse kan være både private og offentlige enheter samt ulike typer organisasjoner. Helsedepartementet er den største undermottakeren av Aidskommisjonen, og mottar rundt 40–60 prosent av Aidskommisjonens totale midler (inklusive medisiner), opplyser kommisjonen i intervju. Det meste av denne støtten går til aids-medisiner (ARV).

Blant de offentlige mottakerne er også Malawis 28 distrikter. Distriktene er mottakere av tilskudd som de selv forvalter til eget bruk, samtidig som de lokalbaserte organisasjonene (CBOs) søker støtte via distriktene og ikke direkte til Aidskommisjonen. Disse lokalbaserte organisasjonene blir regnet som under-undermottakere av midler fra Aidskommisjonen. I intervju opplyser kommisjonen at det til sammen er ca. 2000 lokale organisasjoner som nå er mottakere av støtte fra Aidskommisjonen (per 2011). Kumulativt har det vært over 3000 mottakere av støtte fra Aidskommisjonen siden 2001.

Aidskommisjonens implementeringsmodell med et stort antall undermottakere oppfattes av ambassaden som krevende og lite hensiktsmessig.

Kommisjonen kan ifølge ambassaden vanskelig følge opp så mange tilskuddsmottakere.⁶¹ Aidskommisjonen uttaler selv i intervju at de ønsker å redusere antall mottakere på sikt, og at utfasingen vil foregå gradvis.

I sum går ca. 95 prosent av tilskuddene til undermottakere (GROs), mens 5 prosent går til lokalbaserte organisasjoner (CBOs). Aidskommisjonen betaler ikke lønn til organisasjonene, men organisasjonene kan bruke midlene til godtgjørelser som transport, mat og overnatting.

6.3.2 GAVIs gjennomføringsmodell i Malawi

GAVIs støtte til Malawi kanaliseres gjennom landets vaksineprogram (EPI), som er en del av helsedepartementet. Det er altså landets helsemyndigheter som er mottaker av støtte fra GAVI. GAVIs hovedpartnere er Unicef og Verdens helseorganisasjon samt lederen for Malawis vaksineprogram. Disse tre partnerne har et daglig samarbeid.

Selve vaksineringsen i Malawi foregår både ved sykehus/helsesentre og ved såkalte *outreaches*, som innebærer at ufaglærte helseassistenter (HSA) drar ut til landsbyene og setter vaksinene der. GAVI anslår i intervju at ca. 80 prosent av barna nås gjennom helsesentre, mens rundt 20 prosent blir vaksinert ved såkalte *outreaches*.

6.4 Fondenes måloppnåelse og resultater

6.4.1 Det globale fondets måloppnåelse i Malawi

Det globale fondet oppsummerer framgangen til de ulike programmene gjennom resultatrapporter og målekort.⁶² Hvert program får utgitt en samlet skår, en såkalt *total grant performance*, i forbindelse med utbetaling av tilskudd, som skjer etter intervaller på 3, 6 eller 12 måneder. Programmene blir rangert etter et system med A1, A2, B1, B2 og C, der A1 er best og C er uakseptabelt.⁶³ I tillegg kan et program av ulike årsaker ikke bli gitt noen karakter i det hele tatt. Figur 4 viser de ulike programmenes relative prestasjon inndelt etter sykdom for hele programperioden 2003–2011.

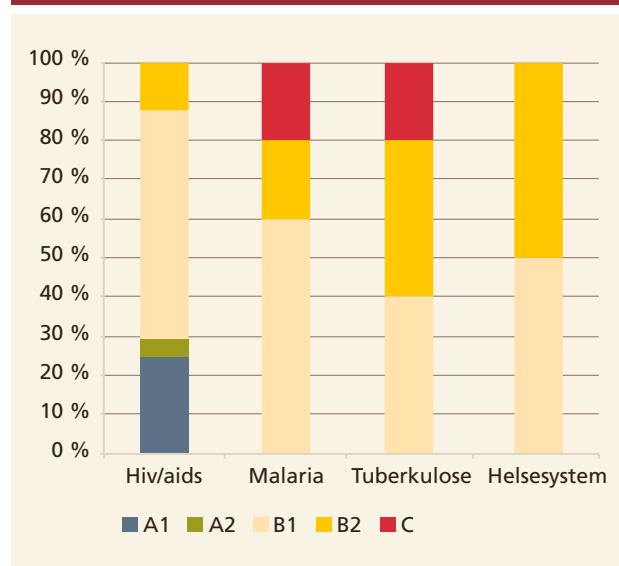
61) Fra intervju med ambassaden i Lilongwe.

62) Se *Grant performance reports* og *Grant Score Cards*, <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/MLW>. Hentedato 20.01.2012.

63) A1 er mer enn 100 prosent måloppnåelse, A2 er mellom 90 og 100 prosent måloppnåelse, B1 er mellom 60 og 89 prosent måloppnåelse, B2 er mellom 30 og 59 prosent måloppnåelse, mens C er under 30 prosent måloppnåelse.

I figur 4 er skårene for tre ulike hiv/aids-programmer og to malariaprogrammer slått sammen. Til sammen baserer figuren seg på 38 målinger som er blitt gitt til de ulike programmene i perioden 2003–2011. Karaktergivingen for hvert program i figuren har blitt omregnet til prosent, slik at det er mulig å sammenligne prestasjonen mellom programmene selv om enkelte programmer har langt flere målinger enn andre. Antall målinger fordeler seg slik: Hiv/aids har fått 24 målinger, malaria 5 målinger, tuberkulose 5 målinger og støtte til helsesystem 4 målinger.

Figur 4 Den relative prestasjonen i Det globale fondets programmer i Malawi inndelt etter sykdomstype for perioden 2003–2011

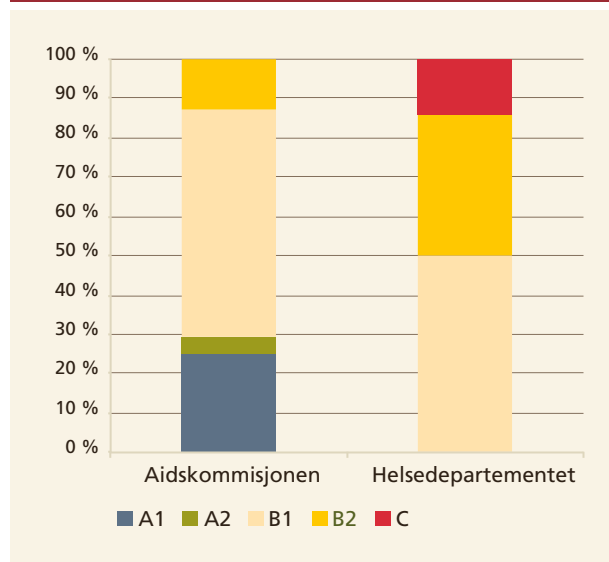


Kilde: Det globale fondet. Figuren har slått sammen tre hiv/aids-programmer og to malariaprogrammer, hvorav ett er avsluttet. Figuren er i alt basert på 38 målinger.

Generelt viser figuren at karakteren B1, som betyr tilfredsstillende og innebærer en måloppnåelse på mellom 60 og 89 prosent, blir gitt ut hyppigst for nesten alle sykdommene/programmene. Det er hiv/aids-programmene som viser den beste måloppnåelsen: Nesten 30 prosent av disse målingene overgår målkravene. Tuberkulose-programmet er det programmet som presterer dårligst, med 60 prosent ikke-tilfredsstillende eller uakseptable målinger, henholdsvis med karakteren B2 eller C. Det er kun malaria- og tuberkulose-programmene som har fått utgitt dårligste skår, og det er bare hiv/aids-programmene som har oppnådd beste skår. Programmet for støtte til helsesystemer har oppnådd halvparten akseptable målinger (B1) og halvparten ikke-tilfredsstillende målinger (B2).

Fordi det er to hovedmottakere av Det globale fondets programmer i Malawi – Aidskommisjonen (NAC) for hiv/aids-programmene og helsedepartementet for de øvrige programmene – viser figur 5 den relative forskjellen i oppnådde resultater mellom disse.

Figur 5 Den relative prestasjonen til Den nasjonale aidskommisjonens og helsedepartementets programmer for perioden 2003–2011



Kilde: Det globale fondet. Figuren er basert på i alt 38 målinger.

Figuren viser at de programmene som forvaltes av Den nasjonale aidskommisjonen, generelt skårer bedre enn helsedepartementets. Mens Aidskommisjonens programmer oppnår beste karakter (A1) på nesten 30 prosent av sine målinger, har ingen av helsedepartementets programmer oppnådd bedre enn karakteren B1. Helsedepartementet får karakteren ikke-tilfredsstillende (B2) eller uakseptabelt (C) i halvparten av sine målinger.

Det globale fondet opplyser også i intervju at helsedepartementet ligger systematisk bak Aidskommisjonen når det gjelder resultater og tilskuddsforvaltning. Det globale fondet opplyser at Aidskommisjonen har blitt ansett som en eksemplarisk mottaker, mens helsedepartementet har blitt oppfattet å være silopreget med lite koordinering mellom avdelingene. En av forklaringene til dette er ifølge fondet at Aidskommisjonen har lønnsbetingelser som gjør det mulig å beholde ledere, samtidig som de ikke må rotere folk mellom sektorer, slik tilfellet er i sentralforvaltningen i Malawi.

Også ambassaden viser til at Aidskommisjonen har vært effektiv i iverksettelsen av sine



Pasienter i kø før å få utdelt medisiner, Lungwena Health Center.

Kilde: Riksrevisjonen

programmer og har vært i en bedre posisjon til å jobbe med forebyggende aktiviteter enn helsedepartementet, gjennom sin mulighet til å operere via tilskudd til et stort antall undermottakere rundt om i landet.

6.4.2 Det globale fondets resultater

En evaluering fra 2009 av hva Det globale fondet har oppnådd i Malawi, peker på betydelige resultater med hensyn til antall personer som mottar livsforlengende antiretroviral behandling (ARV).⁶⁴ Mens et svært begrenset antall personer hadde tilgang til behandling i 2004, var det ifølge Det globale fondet rundt 300 000 mennesker som mottok behandling ved utgangen av 2011.⁶⁵

Utviklingen innen hiv/aids-behandling illustreres i tabell 9, som viser antall steder som tilbyr anti-retroviral behandling, antall personer som får behandling, og antatt dekningsgrad (hvor mange som får behandling av dem som trenger det, i prosent).

Tabellen viser at det har vært en stor økning i antall steder som tilbyr hiv/aids-medisiner, og i antall personer som mottar disse. Mens det i 2004 bare var i underkant av 11 000 personer som mottok aidsmedisiner, hadde tallet steget til nesten 277 000 personer i 2011. Dekningsgraden har derfor også steget betraktelig, fra 3 prosent i 2004 til 67 prosent i 2011. Tall fra helsedepartementet for 2011 viser imidlertid at dekningsgraden varierer mellom de ulike delene av landet: I den sentral-østlige delen av Malawi er dekningsgraden 98 prosent, mens den er 45 prosent i den sør-østlige delen. Dessuten er dekningsgraden langt lavere, 32 prosent, for barn under 15 år.

Utenriksdepartementet viser i brev til tall fra Verdens helseorganisasjon for 2010 om at gjennomsnittlig dekningsgrad for aidsmedisiner for alle lav- og middelinntekstland var 47 prosent.

I befolkningsundersøkelsen fra 2010 var tallet for voksne (15–49 år for kvinner og 15–54 år menn) med hiv i Malawi 11 prosent, en nedgang på ett prosentpoeng fra 2004. Utenriksdepartementet opplyser i brev av 30. november 2012 at prosentandelen med hiv i Malawi har gått ytterligere ned til 10 prosent.

6.4.3 GAVIs resultater i Malawi

Mange dødsfall som inntreffer de første årene i barndommen, kunne vært unngått ved hjelp av vaksiner i tidlig alder.⁶⁶ Med støtte fra GAVI byttet Malawi i 2002 ut DTP-vaksinen med pentavalentvaksinen. 93 prosent av alle barn

Tabell 9 Antall steder som tilbyr aidsmedisin, og antall personer som mottok aidsmedisin, i tidsrommet 2003–2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Steder som tilbyr aidsmedisiner*	9	24	83	141	163	221	377	417	449
Pasienter som er levende og mottar aidsmedisiner**		10 761	29 087	59 980	100 649	147 497	198 846	250 987	276 897
Dekningsgrad for aidsmedisiner i prosent		3	9	17	28	41	53	63	67

* Aidsmedisiner anses som nødvendig ved CD4 < 250 cells/mm³.

** Det er flere som har mottatt aidsmedisin som ikke lever lenger, disse er ikke telt med.

Kilde: Helsedepartementet i Malawi

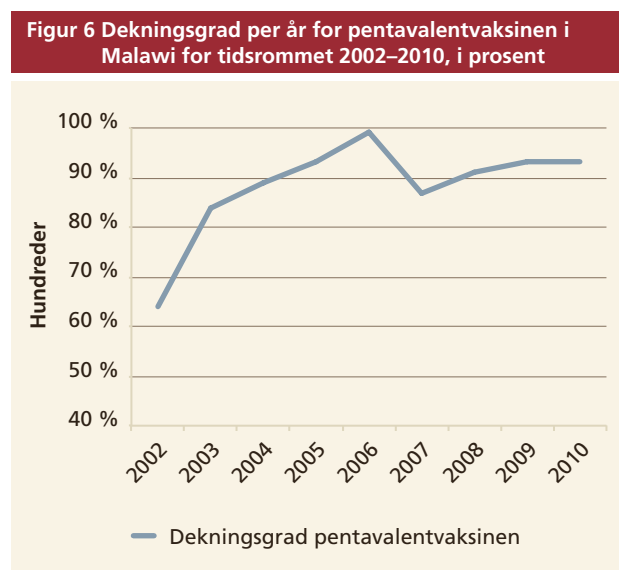
64) *Impact Evaluation Study, Health Impact of the Scale-Up to fight AIDS, TB and Malaria With special Reference to The Global Fund. Country Report Malawi.* August 2009.

65) Intervju med Det globale fondet i Genève av mars 2012.

66) DHS (2010).

under to år hadde fått tre doser av DTP eller pentavalentvaksinen i 2010.⁶⁷ Det tilsvarer i overkant av 2,1 millioner vaksinedoser. Til sammenligning ligger vaksinedekningen for DTP3 i GAVI-støttede land i gjennomsnitt på 79 prosent.⁶⁸ I intervju oppgir GAVI at kombinasjonen av at befolkningen bor forholdsvis lett tilgjengelig, samt at man reiser ut på landsbygda for å sette vaksinene, gjør at Malawi har høy vaksinedekning sammenlignet med en del andre land i Afrika.⁶⁹ GAVI framholder også at vaksineprogrammet i Malawi har kvalifiserte ledere samt et velfungerende samarbeid mellom Malawis helsemyndigheter, Unicef og Verdens helseorganisasjon, som årsaker til vaksineprogrammets gode resultater. GAVI opplyser også at det ikke finnes noe stort potensielt svartebørsmarked for vaksiner slik det gjør for medisiner. Dette forenkler situasjonen for både lagring og distribuering for vaksiner.

Figur 6 viser at dekningsgraden for pentavalentvaksinen steg fra 64 til 93 prosent i perioden 2002–2010.



Kilde: GAVIs hjemmeside (WHO/Unicef-estimering)

Dekningsgraden for pentavalentvaksinen har gått opp og ned i perioden, men har siden 2008 holdt seg på over 90 prosent. Tall for 2009 viser dessuten at kun ett av Malawis 28 distrikter hadde under 80 prosent dekningsgrad, mens ingen distrikter hadde dekningsgrad på under 50 prosent.⁷⁰

67) DHS (2010).

68) Prop. 1 S (2011–2012), Utenriksdepartementet.

69) Referat fra Riksrevisjonens (regnskapsavdeling) intervju med GAVI 28. februar 2011.

70) GAVIs hjemmeside, <http://www.gavialliance.org/country/malawi/>. Hentdato 16.12.2011.

Ifølge Verdens helseorganisasjon er et barn fullvaksinert når det har fått vaksiner mot BCG (tuberkulose), tre doser mot difteri, stivkrampe og kikhoste (DPT), tre doser poliovaksine og én dose mot meslinger. Disse skal gis i løpet av første leveår.

Flere kilder viser at Malawi har oppnådd høy vaksinedekning.⁷¹ I helsemyndighetenes årlige rapportering til GAVI for 2010 vises det til en nasjonal vaksinedekning på 95 prosent.⁷² Siste befolkningsundersøkelse, fra 2010, viste en nasjonal vaksinedekning på 81 prosent for alle barn mellom ett og to år, mens tilsvarende tall fra 2004 var 64 prosent. 72 prosent var i 2010 fullvaksinert i løpet av sitt første leveår. Også andelen barn som ikke har fått noen vaksiner, viser en nedgang fra 2004 til 2010 fra 4 til 2 prosent.

6.5 Fondenes tilpasning til sykdomsbyrden

Det er det enkelte utviklingslands egne behov og forutsetninger som skal være det grunnleggende utgangspunkt for å vurdere hva slags innsats som skal prioriteres, jf. Innst. S. nr. 269 (2008–2009).

Å beregne sykdomsbyrde dreier seg om å skaffe omfattende, konsistent og sammenlignbar informasjon om sykdom og skade på regionalt, nasjonalt og globalt nivå.⁷³ DALY er en metode å måle et lands sykdomsbyrde på. DALY står for Disability Adjusted Life Year og viser antall år mistet på grunn av for tidlig inntruffet død eller manglende funksjonsevne. DALY kombinerer informasjon om sykkelighet og dødelighet. Én DALY representerer ett år mistet i et ellers friskt liv.

Det globale fondet

I 2008 utgjorde hiv/aids 29 prosent av den totale sykdomsbyrden i Malawi, mens malaria og tuberkulose stod for henholdsvis 9 og 2 prosent. Disse tre sykdommene hadde henholdsvis 1., 3. og 6. plass på listen over årsakene til sykdomsbyrde.⁷⁴

Hiv/aids er altså den vanligste døds- og sykdomsårsaken i Malawi, mens for barn under fem år er

71) Roll-Hansen mfl. (2009) *Towards universal childhood immunisation. An evaluation of measurement methods*. Statistisk sentralbyrå.

72) Annual progress report (2010).

73) Hentet fra Store norske leksikon: http://snl.no/sml_artikkel/sykdomsbyrde. Hentdato: 23.04.2012.

74) Bowie, Cameron og Takondwa Mwase (2011) *Assessing the use of an essential health package in a sector wide approach in Malawi*.

malaria den hyppigste dødsårsaken.⁷⁵ UNAIDS viser til at det i 2009 var 920 000 personer i Malawi som levde med hiv, og at det var 51 000 aidsrelaterte dødsfall dette året. For malaria var det i overkant 6500 registrerte dødsfall, mens det estimerte tallet for faktiske dødsfall var på nesten 13 000. For tuberkulose var tallet anslått til 11 per 100 000.⁷⁶ Sistnevnte tall omfatter ikke personer som hadde hiv i tillegg til tuberkulose.

Det globale fondets tilskudd til Malawi er etter ambassadens vurdering godt tilpasset Malawis sykdomsbyrde. Hiv/aids er den suverent største dødsårsaken for hele befolkningen i landet. Malaria er også blant de aller viktigste dødsårsakene, og tuberkulose er viktig i samvirke med hiv/aids, opplyser ambassaden. Ambassaden vurderer hiv/aids-området andel av ressursene i forhold til sykdomsbyrden som rimelig tatt i betraktning sykdommens utbredelse og virkning.

Ambassaden mener at Det globale fondet er en hensiktsmessig kanal for Norge å bruke i arbeidet for å nå tusenårsmålene. Å kanalisere midler gjennom Det globale fondet gir en betydelig redusert administrativ byrde for Norge. Det globale fondet kan absorbere relativt store midler, og dessuten er det satt opp for å arbeide mot spesifikke sykdommer som representerer viktige deler av sykdomsbyrden. Dette er i tråd med norske prioriteringer.

GAVI⁷⁷

Vaksinering er direkte med på å minske et lands sykdomsbyrde ved å forhindre barnedødelighet. I Meld. St. 11 (2011–2012) vises det til at GAVI har et mål om å bidra til å forebygge 3,9 millioner dødsfall ved å vaksinere 250 millioner barn innen 2015. GAVI har siden 2002 finansiert to vaksiner i pentavalentvaksinen, Hib b og HepB, i Malawi. De tre øvrige vaksinene i pentavalenten DPT (difteri, kikhoste og stivkrampe) var allerede en del av Malawis vaksineprogram og fullfinansieres av malawiske myndigheter.

6.6 Parallellitet

Et av målene i Paris-erklæringen er at donorer skal benytte seg av landenes eksisterende systemer.

Det globale fondet

Det globale fondet benytter parallelle systemer for kjøp og distribusjon av aidsmedisiner (ARV), og siden ultimo 2010 for kjøp og distribusjon av malariamedisin. De parallelle systemene har, ifølge Det globale fondet, blitt valgt for å sikre effektivitet i medisinleveringen, noe CMS ikke har kunnet sikre. Dette innebærer at det per 2011 minimum fins tre ulike distribusjonssystemer for medisin kjøpt med støtte fra Det globale fondet i Malawi. Ved helsefasilitetene oppbevares imidlertid medisinene felles. Fra 2011 har det i tillegg vært et belgisk firma (AEDDES) som driver kompetanseoppbygging i CMS. Det globale fondet opplyser i intervju i 2012 at det minimum vil ta fem til ti år å få CMS opp på et "nødvendig nivå", vel å merke hvis alt går etter planen med kompetanseoppbyggingen. Det er et ønske fra Det globale fondet at alle medisinene lagres og distribueres gjennom et felles system.

Ambassaden opplyser i intervju at det er et problem for Det globale fondet og Aidskommissjonen at det nasjonale systemet for medisdistribusjon (CMS) fungerer svært dårlig. Kortsiktige hensyn tilsier derfor at man må bruke parallelle systemer for å få distribuert aids- og malariamedisin for å redde liv og helse. Resultatet er ifølge ambassaden at det per 2012 finnes flere distributører av medisiner og helsematerieell, i tillegg til flere NGO-systemer, som Clinton Health Access Initiative (CHAI) og Leger Uten Grenser, i Malawi. Ifølge ambassaden er Det globale fondet langt fra alene ansvarlig for å skape denne parallelliteten i distribusjonssystemet.

GAVI

GAVI benytter ingen parallelle systemer i Malawi. Alle de GAVI-støttede vaksinene distribueres sammen med de øvrige vaksinene i Malawis vaksineprogram.

6.7 Bærekraft

I Innst. S. nr. 269 (2008–2009) *om klima, konflikt og kapital*. Norsk utviklingspolitikk i et endret handlingsrom fastholdes det at hovedmålet for norsk bistand er økonomisk og sosial utvikling, målt i økt kapasitet hos utviklingsland til å ivareta egne innbyggeres grunnleggende

75) The National Malaria Control Programme. *Malaria strategic plan 2005–2010, Scaling up malaria control interventions*. Lilongwe, Malawi: NMCP.

76) Det globale fondets hjemmeside: <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/MLW>. Hentdato 15.05.2012.

77) Opplysningene om vaksinene er hentet fra Verdens helseorganisasjons faktaark: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs294/en/> og <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>. Hentdato 09.05.2012.

menneskerettigheter. Kamp mot fattigdom står i sentrum og er det formålet som krever størst ressurser.

Det globale fondet

Det globale fondet er blant de største giverne til helse i Malawi, både når det gjelder kampen mot hiv/aids, malaria og tuberkulose, og når det gjelder støtte til helsesystemer. Sistnevnte støtte har i stor grad gått til å styrke personell og infrastruktur. Det globale fondet er den største bidragsyteren til hiv/aids-poolen; i tidsrommet 2003–2010 finansierte fondet ca. 67 prosent av poolen. I samme tidsperiode betalte staten for 4 prosent av poolen. Aidskommisjonen opplyser i intervju at bærekraft er en stor utfordring, og at kommisjonen jobber kontinuerlig for å få malawiske myndigheter til øke sin andel.

Det globale fondet står alene for finansieringen av alle aids-medisiner i Malawi. Det er over 300 000 personer i Malawi som mottar aids-medisiner i 2012, og tallet kommer trolig til å øke til 400 000 i løpet av 2014, oppgir fondet i intervju.

Det har imidlertid vært en betydelig nedgang i prisen på aidsmedisiner fra rundt 1000 USD per person per år i år 2000 til rundt 100 USD per person per år i 2012. Dette skyldes både økt konkurranse og økt etterspørsel, opplyser Det globale fondet i intervju. Aidsmedisiner er en del av de gratis grunnleggende helsetjenestene (EHP), men er langt fra kostnadseffektivt, slik EHP-tiltakene er ment å være, ifølge Bowie mfl. (2011). Bowie mfl. mener likevel at dette kan forsvares, så lenge Det globale fondet fortsetter å finansiere aidsmedisinene.

Det globale fondet er i tillegg en sentral donor når det gjelder opplæring og avlønning av helseassistenter. Ambassaden opplyser i intervju at Det globale fondet betaler lønn til 7000 opplærte helseassistenter og 26 prosent lønnstillegg til ytterligere 5000 helseassistenter gjennom støtten til styrking av helsesystemer. Denne avtalen utløp 1. juli 2012. Ambassaden uttrykker bekymring for hvordan det skal gå etter dette med levering av helsetjenester på landsbygda, hvis ikke helsedepartementet lager en plan for framtidig finansiering.

GAVI

Ledelsen for vaksineprogrammet (EPI) viser i intervju til at bærekraft er en stor utfordring for vaksinasjonsprogrammet. Programmet trenger

dessuten ekstra tilførsel av penger til innføringen av de nye vaksinene mot pneumokokk (lungebetennelse) i 2011–2012 og rotavirus (diaré) i 2013. Representanter fra vaksineprogrammet poengterte også hvor sensitivt vaksinerer er. Med årlige fødselskull på mer enn 600 000 barn får det store konsekvenser hvis ikke programmet fungerer hvert eneste år.⁷⁸

Ambassaden opplyser om at da Malawi søkte om de nye og kostbare vaksinene rotavirus og pneumokokk i 2009, var de økonomiske utsiktene til Malawi mye lysere enn de er per mars 2012. Da forventet man en årlig økonomisk vekst på åtte prosent. Den finansielle bærekraften for disse vaksineprogrammene ble derfor vurdert som god, og det var sannsynlig at Malawi etter fem år kunne ta over finansieringen selv. Per mars 2012 er situasjonen en helt annen og utsiktene mørkere, framholder ambassaden. Ambassaden mener at Malawi i dagens økonomiske situasjon ikke kan forventes å gjøre større anstrengelser for å sikre økonomisk bærekraft for vaksineprogrammet enn det de gjør.

GAVI opplyser at organisasjonen sannsynligvis kommer til å fortsette å finansiere utviklingsland i mange år framover. Malawi greier ikke å ta over finansieringen på kort sikt, men kanskje på 15–20 års sikt.

GAVI jobber på to fronter for å sikre bærekraft i vaksineprogrammene:

For det første stiller GAVI krav om samfinansiering av de vaksinene de støtter, og selv om de fattigste landene ikke betaler mye per i dag, sender samfinansieringen ifølge GAVI et viktig signal til landene. Lavinntektsland som Malawi skal betale 20 cent per vaksinedose. GAVI opplyser at Malawi har betalt sin del. Undersøkelsen viser at malawiske myndigheter har betalt mellom 0,3 mill. USD og 0,5 mill. USD for pentavalentvaksinen i perioden 2008–2011. Landet har økt sin andel av finansieringen fra 3,5 prosent i 2008 til 8,4 prosent i 2011. I gjennomsnitt for hele tidsperioden betalte Malawi 6,4 prosent av pentavalentvaksinen, mens GAVI stod for de resterende 93,6 prosent.

For det andre arbeider GAVI for å få ned prisene på vaksiner. GAVI ble i en evaluering av 2010⁷⁹

78) Fra intervju 1. november 2011 mellom Riksrevisjonen og representanter fra helsedepartementet, Unicef og Verdens helseorganisasjon som jobbet med vaksineringsprogrammet.

79) Second GAVI evaluation report (2010).

kritisert for ikke å ha gjort nok for å få prisene ned, og GAVI opplyser i intervju at det var en naiv antagelse fra GAVI å tro at vaksineprisene automatisk ville gå ned fordi GAVI var en stor innkjøper. Den økte etterspørselen førte ifølge GAVI ikke til prisnedgang, siden det var få tilbydere (ofte bare én). Derfor måtte GAVI i stedet arbeide aktivt for å få flere vaksinetilbydere. Det er per 2012 fire deltakere/tilbydere for pentavalentvaksinen, og prisen på vaksinen er på vei ned.

I tillegg har det ifølge GAVI vært viktig å lage langsiktige prognoser, for flere år, over vaksinebehovet. Slik har GAVI kunnet inngå langsiktige avtaler med tilbydere, som på sin side har kunnet tilby noe lavere pris pga. sikkerheten som ligger i en flerårig avtale.

Bowie og Mwase (2011) framholder at pentavalentvaksinen, i likhet med aidsmedisiner, ikke er kostnadseffektive, til tross for at de er en del av de grunnleggende helsetjenestene (EHP). Malawi kan ifølge disse forskerne bytte tilbake til den langt billigere DTP-vaksinen hvis GAVIs støtte skulle falle fra. Mens pentavalentvaksinen koster 298 USD per DALY, så er tilsvarende pris for DTP- og mesling-vaksinen kun 7 USD. Aidsmedisiner (ARV) har til sammenligning en pris på 922 USD per DALY.⁸⁰

80) Alle EHP-tiltak under 150 USD per DALY blir av Bowie og Mwase (2011) regnet som kostnadseffektive.

7 Ressursflyten i helsesystemet

Som vist i kapittel 1 har det vært en sterk økning i ressursene til helseformål de siste ti–tolv årene i mange afrikanske land, Malawi inkludert. Et spørsmål er om systemene for å håndtere ressursstrømmen er gode nok til å sikre at økningen slår ut i et bedre helsetilbud ute i distriktene, der det store flertallet av malawiere bor.

Dette kapitlet tar for seg flyten av ressurser i det offentlig finansierte helsevesenet i Malawi, fra givere inn til malawiske myndigheter og gjennom ulike ledd avhengig av finansieringskilde. Det handler også om hva slags ressurser det er snakk om: helsepersonell, medisiner og medisinsk materiell, midler til utstyr og infrastruktur, og driftsmidler til distriktssykehus og deres underliggende lokalsykehus og helsesentre.

7.1 Finansiering og økonomisk-administrativ struktur i det offentlige helsesystemet

7.1.1 Utvikling og fordeling av helsebudsjettet

Det offentlige helsebudsjettet slik det er definert i Malawi, fordeler seg i omtrent tre like store deler på henholdsvis

- lønn og godtgjørelser
- medisiner og medisinsk forbruksmateriell
- medisinsk utstyr, utvikling av infrastruktur, øvrige driftsutgifter som transport og mat, og it- og institusjonsutvikling

Samlede årlige utgifter innen helsesektorprogrammet er økt fra 13 mrd. MK i 2004–2005 til vel 46 mrd. MK i 2010–2011 målt i faste 2011-verdier. Noe av økningen skyldes at man fra regnskapsåret 2010–2011 har tatt med verdien av aids- og malariamedisiner fra Det globale fondet, se omtale i kapittel 8.2.

Utgiftene fordeler seg med ca. 2/3 over helsedepartementets budsjettkapittel og 1/3 over distriktenes budsjettkapitler (se nedenfor).

7.1.2 Flyten av offentlige midler til helseformål
Oppbyggingen av og pengestrømmene til helsesektoren i Malawi er kompleks, og det foreligger ingen samlet oversikt eller beskrivelse av den økonomisk-administrative strukturen på sektoren. Beskrivelsen nedenfor er derfor ikke fullstendig,

men er ment å forklare grunntrekkene og illustrere kompleksiteten i systemet. Noe av kompleksiteten skyldes mange aktører på giver- og mottaker-siden. En annen årsak til kompleksiteten er at man har en ordinær statsbudsjettstruktur for helsesektoren med budsjettkapittel, programmer, poster og kontoplan i tråd med den ordinære offentlige finansforvaltningen, og at man utenom dette har en særskilt, ikke-samsvarende arkitektur for helsesektorprogrammet (pilarene) med tilhørende struktur for budsjett og regnskap. Når det leveres en økonomirapport etter den ordinære statsbudsjettstrukturen, kan ikke denne brukes for å levere en økonomirapport for helsesektorprogrammet. Alle utbetalinger eller transaksjoner må kodes om og går gjennom en ny manuell registrering for å reflektere strukturen i helsesektorprogrammet. Dette innebærer betydelig merarbeid og er en ikke ubetydelig feilkilde.

De offentlige helseutgiftene i Malawi er spredd på 30 ulike budsjettkapitler. Det er budsjettene til henholdsvis helsedepartementet og Avdelingen for ernæring og hiv/aids under Office of the President and Cabinet (OPC), samt for hvert av de 28 distriktene.

Helsedepartementets budsjett (kap. 310) dekker:

- lønn til alle ansatte innen helseadministrasjon og offentlige helseinstitusjoner (alle nivåer), inklusiv lønn til alt helsepersonell ved samtlige CHAM-institusjoner
- driftsutgifter ved de fire sentralsykehusene og i helsedepartementet
- ordinære vaksiner (ikke GAVI-finansierte vaksiner) og de medisiner og medisinsk materiell som kjøpes inn på sentralt nivå av helsedepartementet eller via Unicef, og som deretter doneres til sykehus og helsesentre
- investeringsutgifter på alle nivåer (bygninger og medisinsk utstyr)

Midlene til distriktene (kap. 901–928) er driftsmidler utenom lønnsmidler til distriktssykehus, helsesentre og andre institusjoner under distriktsnivået. Dette dekker distriktssykehusenes egne innkjøp av medisiner og materiell og andre driftsutgifter som er nærmere omtalt nedenfor.



Kilde: Colourbox

Avdelingen for ernæring og hiv/aids (kap. 94) med den underliggende Aidskommisjonen har et budsjett som utgjøres hovedsakelig av midler i en felleskurv på om lag 65 mill. USD per år (2010–2011), og som nesten utelukkende er bistandsmidler, særlig fra Det globale fondet. Norge var giver til kurven fram til 2010.

I tillegg til midlene over statsbudsjettet er det betydelige ressurser til helseformål som ikke er reflektert i budsjettet, såkalt *off budget*-bistand. Det er svært vanskelig å ha en oversikt over alle bidrag, prosjekter eller programmer som ikke er med i budsjettet, men noen kilder finnes.

Malawis finansdepartement har i en kartlegging (Aid Atlas) identifisert 247 ulike helseprosjekter, hvorav 208 var utenom statsbudsjettet. Alle helseprosjektene med finansiering fra USAID er for eksempel ikke reflektert i noen av de helserelaterte budsjettkapitlene beskrevet over. I 2010 gikk det nær 60 mill. USD til helseformål fra USAID til ulike mottakere i Malawi (blant annet offentlige sykehus) som ifølge finansdepartementets oversikt ikke var med i statsbudsjettet. Det tilsvarte om lag 30 prosent av totalbudsjettet for helsesektorprogrammet samme år.

Bistand som går utenom statsbudsjettet, er ikke begrenset til givere som USAID, men omfatter også store deler av tilskuddene fra de globale helsefondene. Siden tilskuddene dekker medisiner og vaksiner som ikke forårsaker pengetransaksjoner i Malawi, har de inntil nylig ikke vært reflektert i budsjetter og regnskap i Malawi (betalingen for f.eks. vaksiner går direkte fra GAVI til Unicef, som forestår innkjøpet for Malawi, og videre til leverandørene). Inntil helt nylig har derfor bare de rene pengebidragene fra fondene vært inkludert i budsjettene.

Ifølge en oversikt som er utarbeidet av helsedepartementet med støtte fra Clinton Health Access Initiative (CHAI) fra 2012, er det i dag 46 ulike aktører som finansierer anslagsvis 700–800 helseprosjekter og -programmer i Malawi. Disse iverksettes av 125 unike aktører i nesten 200 konstellasjoner. NAC og dens tilskuddsmottakere kommer i tillegg. Total finansiering innen den offentlige og ikke-kommersielle helsesektoren utgjør ifølge oversikten 545 mill. USD (budsjettåret 2011–2012). Av dette stod malawiske myndigheter for 15 prosent, mens 464 mill. USD kommer fra andre givere. Dette utgjør betydelig mer enn det som framkommer i Aid Atlas, jf. 5.2, hvor samlet helsebistand til Malawi var oppgitt til å være 230 mill. USD.

Helsesektorprogrammets finansiering

Finansieringen av helsesektorprogrammet består av

- en felleskurv hvor Norge og andre giveres midler av sektorbudsjettstøtte (driftsmidler) samles med Malawis egne midler.⁸¹ For disse giverne har man felles rapportering og revisjon
- øremerkede bidrag fra ulike givere til enkeltdeleler innenfor sektorprogrammet. Disse krever egen rapportering og revisjon, men midlene veksles om til lokal valuta på en mellomkonto og går inn på det malawiske finansdepartementets hovedkonto (MG1)
- en investeringsdel ("Development part I" og "Development part II") med henholdsvis bistandspenger (særlig fra den afrikanske utviklingsbanken) og Malawis egne midler til investeringer i helse-infrastruktur.
- øremerkede midler fra ulike givere til enkeltdeleler innenfor helsesektorprogrammet, såkalt "below-the-line"-midler, hvor det etableres egne prosjektkontoer i banker der helsedepartementet kan bruke midlene helt uavhengig av finansdepartementet

Midlene til helsesektorprogrammet fra givere som er villige til å overføre midlene til felleskurven, blir samlet på en egen valutakonto i den malawiske sentralbanken (*Foreign Currency Deposit Account*). Betalinger i USD for varer/ tjenester fra utenlandske leverandører blir belastet denne kontoen direkte. Den øvrige beholdningen blir solgt ved behov, og inntektene i lokal valuta (kwacha) blir overført til en ny konto. Fra denne

81) Den andelen av helsesektorprogrammets budsjett som står som Malawis eget bidrag, inneholder en viss andel som stammer fra den generelle budsjettstøtten som landet mottar fra blant annet Norge og Verdensbanken.

kontoen blir kwacha ført over til finansdepartementets hovedkonto (MG1⁸²). Fra og med dette punktet mister helsesektor-bistanden sin "identitet" som bistand og blandes med andre midler som finansdepartementet råder over.

Fra hovedkontoen går midler videre til helsesektoren på to ulike måter: enten via ulike arbeidskontoer for selve departementet og for sentralsykehusene, eller til de 28 distriktenes ulike arbeidskontoer for distriktssykehusene og underliggende enheter, se nedenfor.

Hiv/aids-kurven

For midler til forebygging og behandling av hiv/aids er modellen en annen. Giverne, med Det globale fondet som den klart største, overfører sine midler til en såkalt hiv/aids-kurv. Det var også tilfelle med Norges midler så lenge Norge var giver. I kurven samles den malawiske regjeringens egne midler og internasjonale bistandsmidler. Finansiering til hiv/aids-formål utenom kurven er relativt beskjeden. Aidskommisjonen forvalter denne kurven. Gjennomføringsmodellen til Det globale fondet og Aidskommisjonen er nærmere beskrevet i kapittel 6.3.

Aidskommisjonen yter nå tilskudd til ca. 130 ulike offentlige og private aktører med status som såkalte "undermottakere" for aktiviteter innenfor behandling, forebygging, skadebegrensning og kapasitetsbygging. Den største tilskuddsmottakeren er det malawiske helsedepartementet, som i regnskapsåret 2010–2011 mottok ca. 15 prosent av tilskuddsmidlene. I tillegg mottar departementet hiv/aids-medisiner finansiert med midler fra Det globale fondet, som Aidskommisjonen er hovedtilskuddsmottaker for. Aidskommisjonen gir også tilskudd til distriktsmyndigheter til blant annet utstyr (f.eks. sykler) og pilotprogrammer for sosialhjelp til familier som er hardt rammet av hiv/aids. Dessuten gir kommisjonen tilskudd til lokalbaserte organisasjoner (CBOs). Til sammen er det blitt utbetalt 50 mill. kroner til totalt 3200 slike organisasjoner. I løpet av budsjettåret 2010–2011 ble det utbetalt til sammen 5,5 mill. kroner til 650 ulike landsbyorganisasjoner.

Flyten i midlene til distriktene

Hvert distriktssykehus med tilhørende mindre klinikker (rural hospitals og health centres) ledes administrativt og medisinsk av District Health Office (DHO). DHO består av en District Health Officer, som støttes av et såkalt District Health

Management Team (DHMT). DHO rapporterer til en distriktskommisær (District Commissioner), som er en statstjenestemann utnevnt av og ansvarlig overfor Ministry of Local Government (MOLG). Helseledelsens primære ansvarlinje går til distriktskommisæren og MOLG, selv om han/hun også rapporterer medisinsk-faglig til helsedepartementet.

Distriktets budsjettkapittel inkluderer driftsmidler for alle sektorer som er delegert til distriktene. Summene er likevel øremerket hver sektor. De frigitte driftsmidlene for helsesektoren blir overført fra hvert distrikts hovedkonto i sentralbanken til en egen driftskonto for helseutgifter i en kommersiell bank. Dette er sluttpunktet i kontantstrømmen, siden alle utbetalinger til leverandører av varer og tjenester til distriktssykehuset eller dets underliggende enheter skjer fra denne kontoen.

Administrasjonen ved distriktssykehuset har ansvar for helsesentre og mindre sykehus i distriktet. Den forestår alle utbetalinger og regnskapsføring for sine underliggende helseenheter. Disse enhetene håndterer med andre ord ikke kontanter, men får alle sine forsyninger i form av varer eller tjenester fra distriktssykehuset.

Medisiner bestilles av distriktssykehuset fra det statlige medisinaldepotet (CMS), men blir levert direkte til helsesentre. Distriktene kjøper også fra private leverandører, ofte til vesentlig høyere priser enn CMS opererer med. Regelverket krever at slike innkjøp blir godkjent på forhånd. Medisiner og vaksiner som blir finansiert med andre midler enn distriktets driftsmidler, blir også levert direkte til helseenhetene fra CMS' regionallagre eller gjennom parallelle distribusjonssystemer som f.eks. Unicef, ref. kapittel 7.4.3.

Hver måned skal DHO rapportere på forbruk av driftsmidler (via distriktskommisæren) til Local Government Finance Committee (LGFC) og finansdepartementet. Systemet innebærer at kreditt innvilges for en ny måned når forbruksrapporten fra foregående måned er levert innen fristen (den 10. hver måned). Kreditten for neste måned blir innvilget av finansdepartementet (Accountant General) til en kommersiell bank som DHO i et distrikt har en kontoavtale med. Banken vil så frigi midler ved å løse inn sjekker eller behandle giroer fra DHO inntil kredittgrensen er nådd. Ved månedsslutt får den kommersielle banken refundert utbetalte midler fra sentralbanken, som trekker på distriktets

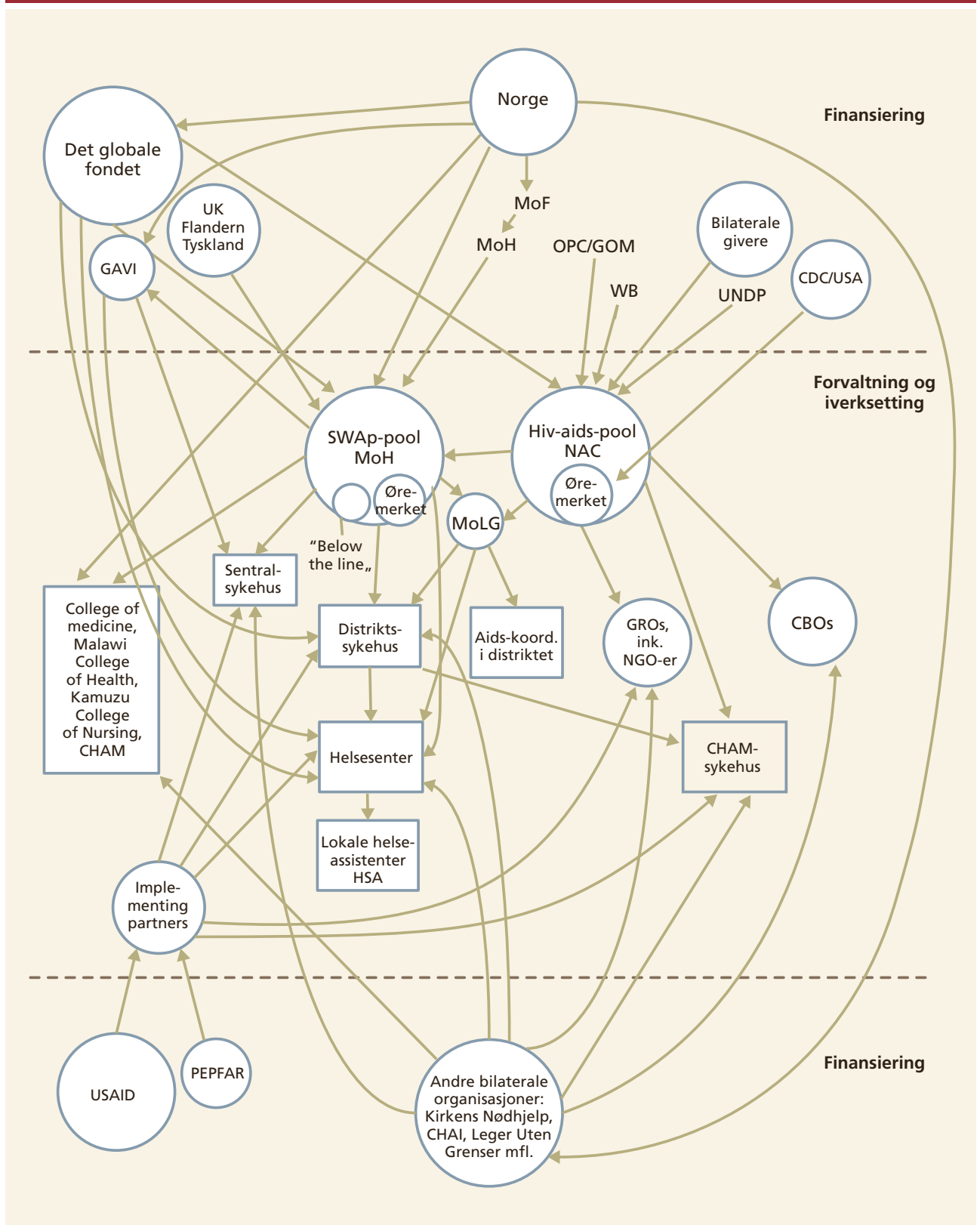
82) Malawi Government Treasury Single Account (MG1).

konsernkonto i sentralbanken. Systemet med månedlig kredittgrense ble innført som et tiltak mot stort overforbruk.

En kompleks helsearkitektur

Det er således et mangfold av aktører, finansieringsordninger- og modeller og komplekse innbyrdes relasjoner i helsesektoren. Disse er forsøkt illustrert i figur 7.

Figur 7 En økonomisk-administrativ oversikt over helsesektoren i Malawi



7.2 Personell og lønn

Samlede lønnsutgifter for de ulike nivåene i det offentlig eide helsesystemet (inkludert helsedepartementet sentralt) og i CHAM har i løpende verdier økt fra 2,7 mrd. til 13,4 mrd. MK i perioden 2005–2011, eller fra 4,9 mrd. til 13,8 mrd. MK i faste 2011-verdier. Økning av lønningene har vært et sentralt virkemiddel for å bøte på den kritiske mangelen på helsepersonell, ref. kapittel 5.4.1. Fagutdannet helsepersonell ved statlige institusjoner har fått et særskilt lønnstillegg på 52 prosent av grunnlønnen, og ufaglærte helseassistenter har fått et tillegg på 25 prosent.

To kilder til ineffektiv bruk av lønnsmidler/ personell innen helsesektoren som er trukket fram i litteraturen og i mediene, er ikke-eksisterende ansatte, eller "skygge-arbeidere" ("ghost workers"), og ikke-legitimt eller overdrevent fravær ("absenteeism"), som reduserer tilgjengeligheten av helsefaglig personell (Lewis 2006).

7.2.1 Ikke-eksisterende ansatte

Problemet med at lønn blir utbetalt til personer som rent faktisk *ikke* arbeider i helsevesenet, kan være resultat av dårlige administrative rutiner, men også av bevisst juks.

Det foreligger begrenset kunnskap om i hvilken grad "ghost worker"-fenomenet gjør seg gjeldende

Faktaboks 2 Manglende samsvar mellom personaloversikter

Som del av revisjonen ble det innhentet oppdaterte oversikter fra helsedepartementet over medisinsk personell ved 13 ulike helseenheter – fra enkle helsesentre med to ansatte til et av landets fire sentralsykehus.⁸³ Disse ble sammenliknet med a) opplysninger fra ledelsen ved de ulike helsesentre/sykehus og b) opplysninger fra ledelsen ved de enkelte avdelinger (vaktlister).

Oversikten nedenfor viser at antallet medisinsk personell ved de 13 institusjonene varierer mellom disse kildene. For enkelte enheter, som Queen Elisabeth sentralsykehus og Salima distriktssykehus, er det store sprik mellom de ulike kildene; for det førstnevnte er spriket fra 474 til 843 ansatte. Men også for mange mindre helsesentre er det store variasjoner målt i prosent.

Antall medisinsk personell ved ulike institusjoner som opplyst av ulike kilder

Enhet	Ansattliste fra helsedepartementet	Ansattliste fra sykehusledelsen	Antall ansatte ifølge ledelsen ved avdeling
Queen Elisabeth sentralsykehus	474	843	568
Machinga distriktssykehus	199	226	206
Mlomba helsesenter	2	2	2
Nsanama helsesenter	15	20	18
Ntaja helsesenter	8	15	22
St. John-sykehuset – Mzimba (CHAM)	102	102	102
Jenda helsesenter	3	mangler data	11
Luwelezi helsesenter	2	mangler data	7
Mtwalo helsesenter	3	mangler data	4
Salima distriktssykehus	179	138	191
Khombedza helsesenter	7	15	15
Lifuwu helsesenter	6	8	12
Senga Bay helsesenter (CHAM)	35	31	27
Sum	1035	1400	1185

Kilder: Riksrevisjonen, MoH

Revisjonen fant ikke entydige forklaringer på manglende samsvar mellom kildene. En delforklaring kan være at hjemler for ett sykehus brukes ved et annet sykehus. Det skaper en svært uoversiktlig personalsituasjon ved det enkelte sykehus og for sektoren samlet. Dette ble også tatt opp i revisjonen for helsesektorprogrammet for regnskapsåret 2010–2011, der det blir vist til flere distrikter hvor lønn blir utbetalt til personer som ikke lenger er ansatt, og i ett tilfelle også til avdøde. Helsedepartementet i Malawi opplyser i intervju at det administrative systemet for fordeling av stillingshjemler skal gjennomgås i 2012–2013.

83 Inkluderer ufaglærte pleiestillinger. Ansatte i administrative funksjoner, inkl. f.eks. sikkerhetsvakter, er ikke med.

i Malawi. I 2008 utførte myndighetene i Malawi en lønnsrevisjon som dekket hele statsforvaltningen. Revisjonen avdekket at det var 152 medarbeidere i den offentlige helsesektoren som enten var ukjente ved stedet der utbetalingen skjedde, eller som hadde sagt opp eller blitt oppsagt, avgått ved døden, blitt pensjonert eller som sonet straff.⁸⁴ Dette representerer noe under 1 prosent av de ansatte i sektoren.

I 2011 ble det innført en ny måte å utbetale lønninger til statsansatte på, både for å effektivisere selve utbetalingen, men også for å komme problemet med "ghost workers" til livs. Alle statsansatte ble pålagt å opprette lønnskonto i en bank, og lønningene skal nå overføres elektronisk direkte til den enkeltes konto. Tidligere hadde man utbetaling av kontanter. Det var da vanlig at utpekte medarbeidere bragte konvolutter med kontanter ut til de enkelte sykehus og helsesentre, og at ledelsen formidlet videre til de ansatte.

Ambassaden opplyser i brev om at problemet med "ghost workers" har vært diskutert i mange sammenhenger, blant annet i dagspressen, og at helsedepartementet i 2010–2011 foretok en samkjøring av lønnsutbetalinger med lister og faktisk personell innrapportert. En del ble da ryddet opp i. En evaluering viser til at et planlagt it-system for lønns- og personalforvaltning (HRMIS) ikke har blitt realisert, og at det ikke brukes en ens-

artet metode for å samle inn personalinformasjon til sentrale myndigheter som er ansvarlig for lønnsutbetalinger.⁸⁵

7.2.2 Tilgjengelighet av personale

Som en del av revisjonen ble helsepersonell faktisk tilstedeværelse ved 13 ulike sykehus og helsesentre undersøkt. Tabell 10 viser den faktiske tilgjengeligheten av helsepersonell på en tilfeldig besøksdag i mars 2012. Av dem som samlet figurete i vaktlister, var 67 prosent (792 av 1185) forventet å være til stede på besøksdagen. For enkelte av helsesentrene er denne differansen større enn man skulle forvente siden et helsesenter vanligvis har ansatte på dagtid og bare har minimumsbemanning etter kl. 17, noe som også gjelder på de fleste avdelingene på et distriktssykehus.

Av dem som var forventet å være til stede,⁸⁶ var til sammen 81 prosent (642 av 792) faktisk til stede på besøksdagen (gjennomsnittet av formiddag og ettermiddag). Figur 8 viser hvordan de 13 enhetene fordeler seg med hensyn til tilgjengelighet av dem som er forventet å være til stede på besøksdagen. Ved tre av helsesentrene var faktisk bemanning på besøksdagen i tråd med vaktlistene. Ved de ti øvrige enhetene varierte tilstedeværelsen mellom 58 og 93 prosent. Ved sentralsykehuset var 305 helsepersonell til stede av de 365 som var forventet å være der i henhold til vaktlistene.

Tabell 10 Tilgjengeligheten av medisinsk personell ved 13 ulike enheter (ekskl. administrativt personell)

Enhet	Besatte stillinger (MoH)	Ansatte oppgitt i vaktlister	Ansatte forventet på dagskift på besøksdagen	Ansatte til stede på besøksdagen
Queen Elisabeth sentralsykehus	474	568	365	305
Machinga distriktssykehus	199	206	131	100
Mlomba helsesenter	2	2	2	2
Nsanama helsesenter	15	18	7	7
Ntaja helsesenter	8	22	13	12
Jenda helsesenter	3	11	11	8
Luwelezi helsesenter	2	7	7	7
Mtwalo helsesenter	3	4	4	3
St. John-sykehuset Mzimba	102	102	74	69
Salima distriktssykehus	179	191	130	95
Khombedza helsesenter	7	15	14	12
Lifuwu helsesenter	6	12	10	8
Senga Bay helsesenter	35	27	24	14
Sum	1035	1185	792	642

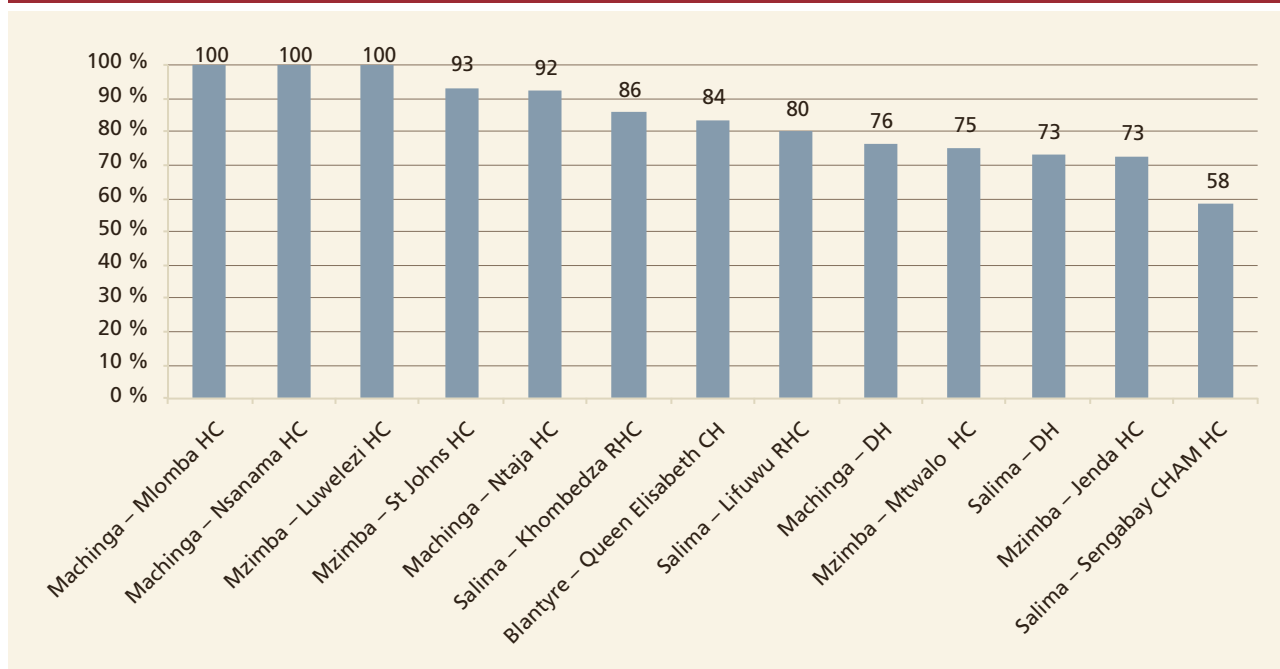
Kilder: Helsedepartementet (MoH), Riksrevisjonen

85) DFID (2010a) s. 50–51.

86) "Forventet til stede" betyr at man er ført opp på dagvakt den ukedagen da revisjonsteamet besøkte institusjonen. Vaktlisten gjelder for en uke. Personer som er på planlagte kurs, har ferie eller er syke over lengre perioder, er ikke blant dem som forventes å være til stede.

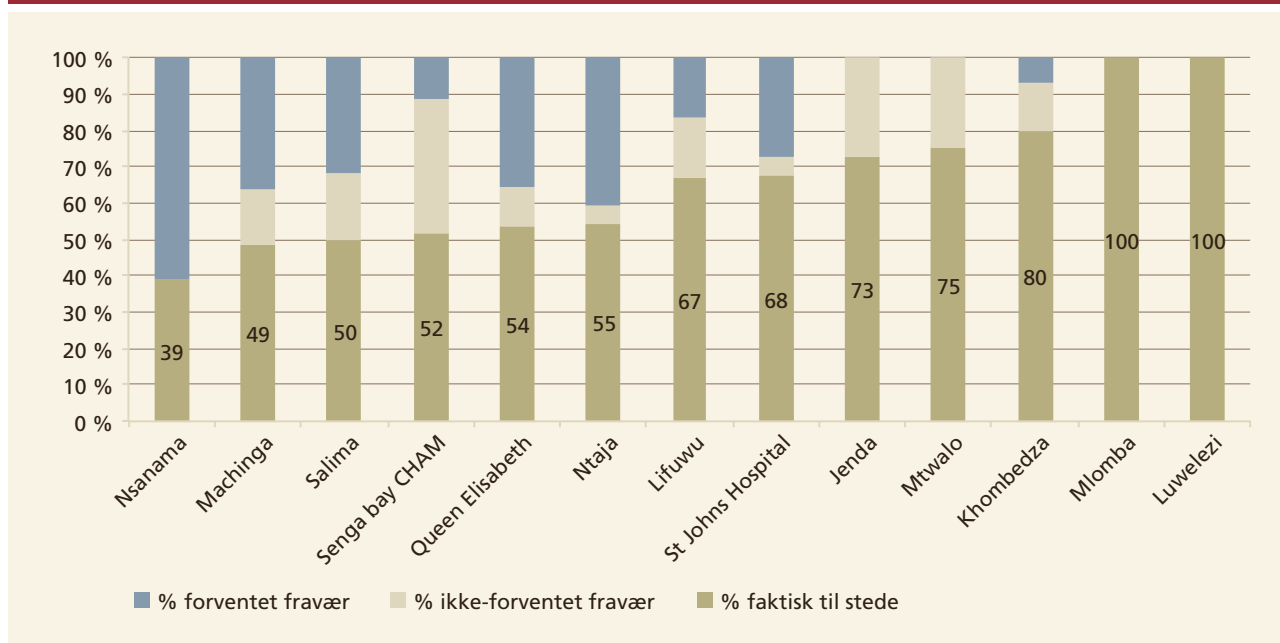
84) OPC (2008), s. 27–30.

Figur 8 Andel til stede av dem som var forventet å være til stede i henhold til vaktlister



Kilde: Riksrevisjonen

Figur 9 Faktisk tilstedeværelse, forventet og ikke-forventet fravær ved 13 enheter, medisinsk personell



Kilde: Riksrevisjonen

Figur 9 viser at den faktiske tilgjengeligheten av personell er betydelig mindre enn antall ansatte tilsier. Ved seks av enhetene var 45 prosent eller mer av de ansatte ikke tilgjengelige på dagen da revisjonsteamet besøkte enheten, på grunn av forventet og ikke-forventet fravær.

Ved ikke-varslert besøk til Salima distriktssykehus i mars 2012 la revisjonsteamet merke til stor forskjell på formiddags- og ettermiddagsskiftet med

hensyn til tilstedeværelse og generelt aktivitetsnivå. Mens det var et høyt aktivitetsnivå før lunsjtid kl. 12–13, var det mye lavere aktivitet på ettermiddagen, selv om dagskiftet varte til kl. 17. Mange ansatte forlot sykehuset ved lunsjtid eller tidlig ettermiddag. Det var også mange ansatte som kom senere enn dagskiftets start kl. 08. Dette reduserer tilgjengeligheten på personell det i utgangspunktet er svært lite av.



Høyt aktivitetsnivå på formiddagen, Lungwenya Health Center.

Kilde: Riksrevisjonen

7.2.3 Opplæring, seminarer og kost- og nattillegg som årsaker til fravær

I en studie med data fra 2008 fant Mueller mfl. (2011) at vel halvparten av fraværet var begrunnet med opplæringsaktiviteter og møter. Av dem som hadde deltatt på opplæringsaktiviteter, hadde de sykehusansatte i løpet av en tremånedersperiode i gjennomsnitt brukt 16 dagsverk på slike aktiviteter, mens ansatte på helsesentrene hadde brukt 10 dagsverk i gjennomsnitt. Studien refererer også til intervju med ledelsen ved sykehusene. De opplyser at det ikke er tid til å realisere det de ansatte lærer gjennom opplæring, fordi det kontinuerlig er nye opplæringsaktiviteter. Studien påpeker videre at for helsearbeidere kan slike aktiviteter ha store økonomiske konsekvenser, og refererer en uttalelse fra en sykehusleder om at det er stor rift om opplæringsaktiviteter når det er finansielle incentiver knyttet til dem.

Gjeldende satser for kost- og nattillegg (allowance) gir sterke incentiver til deltakelse på kurs eller andre aktiviteter som berettiger tillegg. Kost- og nattillegg varierer med stillingsnivå; for sykepleiere, leger og clinical officers vil tillegg for tre dager tilsvare en hel månedslønn (fastlønn).⁸⁷ Etter en innstramning i 2011 er den malawiske

87) Chief Secretary to the Government, Office of the President and Cabinet: Circular/rundskriv datert 25.03.2011: *Expenditure Control Measures*. Videre er det lagt følgende lønnstrinn til grunn: leger: F, sykepleiere: I, clinical officers: H.

statens sats 500 kroner per døgn (for f.eks. en lege) de første fem døgnene, deretter reduseres den til 130 kroner per døgn.⁸⁸ Ambassaden viser i sin resultatrapport for 2010 til at "allowance-kulturen er ikke spesiell for Malawi (der allowances er income-enhancing, men ikke capacity-enhancing), men har store konsekvenser i et land med svak kapasitet i utgangspunktet".

Ambassaden skriver også at man vil følge opp dette i dialogen med finansdepartementet. Når det gjelder kost- og nattillegg for deltakelse på kurs, seminarer og lignende som blir betalt direkte fra ambassaden, er de nå omfattet av retningslinjer som givne ble enige om i 2011.⁸⁹

Utenriksdepartementet viser i brev til at mange av disse kursene er nødvendig opplæring i utrulling av nye programmer, eller i forbindelse med endrede arbeidsoppgaver for enkelte yrkesgrupper. Helsearbeidere i Malawi har stort ansvar, og mange arbeidsoppgaver utføres av yrkesgrupper med relativt sett liten grunnutdannelse. Behovet for opplæring er derfor stort. Mangel på spesialister i systemet gjør også at det er vanskelig å gjennomføre denne opplæringen på arbeidsplassen.

I en studie fra 2009 som ble finansiert av det tyske utviklingsdirektoratet (GIZ), og som omhandler malawiske helsearbeideres inntekter og utgifter, kom det fram at ulike tillegg utgjorde om lag en tredel av en gjennomsnittlig månedlig husholdningsinntekt for en helsearbeider.⁹⁰ Av samlet lønn for jobben som helsearbeider utgjorde tilleggene i gjennomsnitt 43 prosent. Studien indikerer også at faglærte helsearbeideres gjennomsnittlige husholdningsinntekt er vel fem ganger høyere enn gjennomsnittlige forbruksutgifter⁹¹ for en malawisk husholdning.

I en studie utført av forskere ved Christian Michelsens Institutt (CMI) om godtgjørelser i statlig sektor i blant annet Malawi kommer det

88) Chief Secretary to the Government, Office of the President and Cabinet: *Expenditure Control Measures*, datert 25.03.2011 og *Supplementary Expenditure Control Measures*, datert 05.05.2011. Tiltaket fra mai innebærer også at det normalt ikke skal utbetales tillegg for mer enn fem døgn per ansatt per måned.

89) Satsene varierer avhengig av om overnatting og frokost og andre måltider er dekket av arrangør, og er forskjellige for opphold i de største byene og landet for øvrig, men de varierer ikke med stillingsnivå. Satsen for et døgn når verken overnatting eller noen måltider er dekket, tilsvarer 380 kroner per døgn i de større byene og 200 kroner i landet for øvrig. "Development partners' harmonization of daily subsistence allowance (DSA) and transport re-imbursements for implementing partners". Omregningen er basert på vekslingskursen på tidspunktet for datainnsamlingen (1 NOK = 30 MK).

90) Bowie mfl. (2009).

91) Det er vanskelig å måle husholdningsinntekter i Malawi, derfor har man i stedet målt utgifter, jf. Integrated Household Survey (IHS), National Statistics Office.

fram at reiseutgifter i perioden 2006/07–2010/11 utgjorde i gjennomsnitt 9,2 prosent av landets statsbudsjett. Godtgjørelsene, og spesielt de reise-relaterte, utgjør en så stor andel av den totale lønnen for statlig ansatte (29 prosent) at det ikke fungerer som tilbakebetaling for faktiske utgifter, men som et lønnstillegg. Forskerne konkluderer med at "Taken together, most of the irregularities and malpractices observed amount to bad governance, not only because public funds are wasted but also because they distort and reduce the efficiency of public administration, and ultimately cause hardship for poor citizens at the grassroots" (Søreide, Tostensen og Skage, 2012: s. 49).

Som en del av undersøkelsen ble det samlet inn dokumentasjon for utgifter til innenlandsreiser og opplæring for regnskapsåret 2010–2011 i sju distrikter. Analyse av dokumentasjonen viste at kost- og nattillegg i gjennomsnitt utgjorde 95 prosent av de samlede utgiftene til innenlandsreiser og opplæring. Hvis disse sju distriktene er representative for alle distriktene, indikerer det at vel 17 prosent av samlede driftsmidler til helse i distriktene går til kost- og nattillegg til ansatte ved distriktssykehusene og underliggende enheter, jf. kapittel 7.3.3.

7.3 Driftsmidler til distriktene

En del land har mangelfulle systemer for offentlig finansforvaltning, ofte kombinert med at statens innteksgrunnlag er svakt eller ustabil. En konsekvens av dette er at et offentlig budsjett ikke alltid gir en god pekepinn på faktisk ressursbruk på et område som helse. En årsak kan være at det ikke er samsvar mellom hva som er budsjettert, og hva som faktisk blir frigitt av finansdepartementet. Selv om det skulle være samsvar mellom budsjetterte og frigitte midler, kan det være slik at finansdepartementet frigir midlene sent i budsjettåret. Da er det ikke alltid mulig å forbruke midlene innen budsjettårets slutt. Ubrukte midler kan da i neste budsjettår bli overført til andre formål enn den sektoren de først var budsjettert for. En annen grunn til at budsjettet ikke gir noen god pekepinn på ressursbruk, er at myndigheter på mellomliggende nivåer eller lokalt omdisponerer midler mellom sektorer som de har fått delegert ansvaret for. Midler som er budsjettert for helseformål, kan, når de når lokalmyndighetene, bli omdisponert til for eksempel utdanningsformål. En tredje grunn kan være ulike former for misligheter, eller det kan være svak evne til å gjennomføre for

eksempel byggeprosjekter eller anskaffelser, noe som gir seg utslag i underforbruk.

Både i midtveis- og sluttevalueringene av helse-sektorprogrammet ble det pekt på at det er liten kunnskap om hvordan midlene til distriktene fordeles seg. I sluttevalueringen het det:

"Når budsjettet utarbeides og iverksettes, er det ingen overvåking eller kontroll med hvor mye midler som sildrer ned til helsestasjonene på landsbygda, selv om disse er helt sentrale for et effektivt helsetjenestetilbud."⁹²

Evalueringen antyder at det er et misforhold mellom et helsesenters betydning for tilbudet av helsetjenester og de ressursene det har til rådighet. Evalueringen viser til studier fra 1991 og 1995 om at et typisk distriktssykehus forbrukte 70 prosent av distriktets driftsmidler selv, mens underliggende helsesentre og lokalsykehus bare fikk 30 prosent.

Som nevnt i 4.5.1 utgjør driftsmidler til distriktene ca. 1/3 av det offentlige helsebudsjettet. Det skal dekke driftsutgifter *utenom lønn* ved distriktssykehuset og dets underliggende enheter, som lokalsykehus og helsesentre.

Revisjonen ønsket å undersøke følgende for driftsmidler til distriktene:

- graden av samsvar mellom budsjetterte og frigitte driftsmidler til distriktene
- fordelingen av frigitte driftsmidler gjennom året
- samsvar mellom frigitte og forbrukte midler
- fordelingen av driftsmidler med hensyn til utgiftstyper
- fordelingen av midler mellom distriktssykehuset og underliggende lokalsykehus og helsesentre

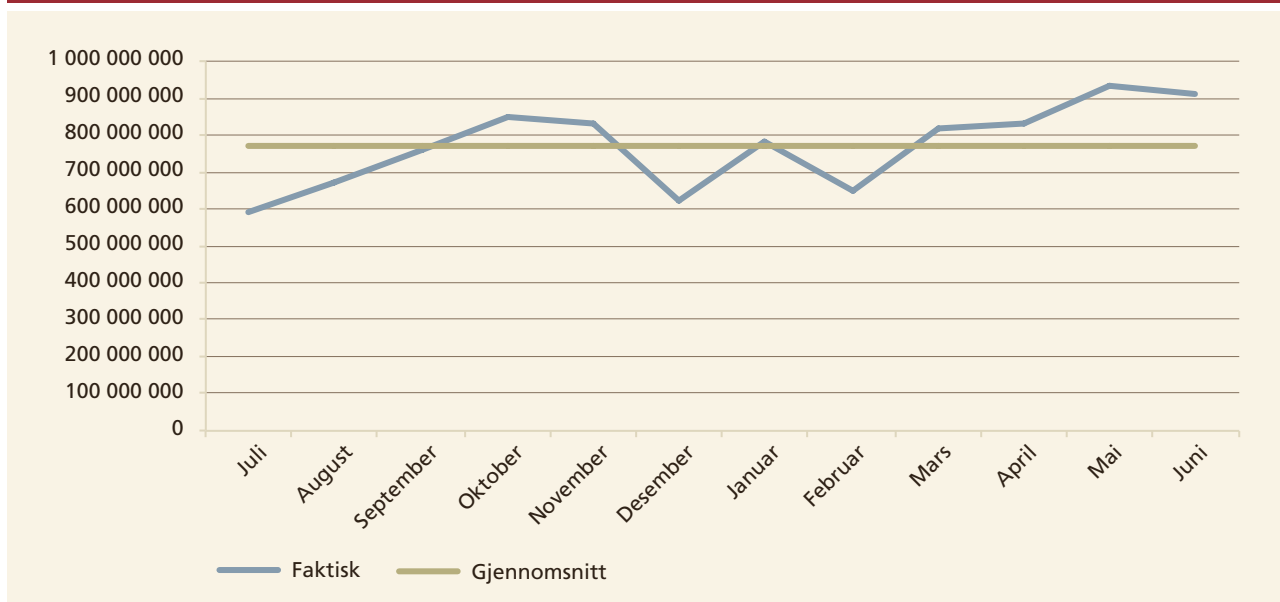
7.3.1 Budsjetterte midler versus frigitte midler

En analyse av tallene for frigitte midler til distriktene for budsjettåret 2010–2011 viser at beløpene for frigitte midler er identisk med de budsjetterte midlene (revidert budsjett) for nesten alle de 28 distriktene. I de tre tilfellene hvor det var avvik, var frigitte midler noe høyere enn budsjetterte midler.⁹³ Accountant General i det malawiske finansdepartementet opplyser i intervju at helsebudsjettet er en såkalt skjermet sektor. Det betyr at den skal ha prioritet med hensyn til finansiering og utbetalinger.

92) EHG (2010), s. 153.

93) SWAp Financial Monitoring Report for the Year Ended 30th June 2011, Ministry of Health.

Figur 10 Fordeling av utbetaling av driftsutgifter til distriktene gjennom regnskapsåret 2010–2011 (kwacha)



Kilde: LGFC: Districts Local Funding Report 2010–2011

7.3.2 Frigivelse av midler gjennom året

Når det gjelder overføring gjennom året, viser sluttevalueringen av helsesektorprogrammet at det er en tendens til at overføringene i månedene april og mai er to–tre ganger høyere enn gjennomsnittet for alle måneder (EHG 2010, s. 156). Ifølge evalueringen fører dette til at gjennomføringen av budsjettet blir vanskelig. Revisjonen analyserte profilen for overføringer til distriktene gjennom året. Analysen viser at utbetalingene i de siste månedene ligger noe over månedsgjennomsnittet i de siste månedene i året, se figur 10. Det er likevel lite trolig at dette skjer i en størrelsesorden som fører til at distriktene ikke klarer å forbruke midlene før utgangen av regnskapsåret. I regnskapsåret 2010–2011 forbrukte distriktene samlet 99 prosent av de frigitte midlene.⁹⁴



Dokumentasjon for driftsutgifter, Chiradzulu District Health Office.

Kilde: Riksrevisjonen

94) SWAp Financial Monitoring Report for the Year Ended 30th June 2011, Ministry of Health. De fleste distriktene ligger mellom 95 og 105 prosent. Bare ett distrikt har forbrukt mindre enn 90 prosent av frigitte midler (Thyolo, 83 prosent).

7.3.3 Driftsmidler fordelt på utgiftstyper

I revisjonen er det foretatt en analyse av hvordan driftsmidlene utenom lønnsmidler fordeler seg på utgiftsposter. Analysen ble gjort for regnskapsåret 2010–2011 og dekker 23 av landets 28 distrikter.

Tabell 11 viser at de tre største utgiftskategoriene er medisiner og medisinsk materiell, innenlandsreiser og utgifter til drift av kjøretøy.

Tabell 11 Fordeling av driftsmidler til helsesektoren i distriktene på underkategorier. Forbruk som andel av samlede driftsutgifter. 23 av 28 distrikter, regnskapsåret 2010–2011

Utgiftspost	Andel av samlede driftsutgifter (prosent)
Innenlandsreiser	17,1
Utenlandsreiser	0,3
Strøm, telefon	5,2
Kontorutstyr og -tjenester	8,1
Medisiner og medisinsk materiell	37,8
Mat	7,3
Opplæring	1,2
Drift av motorkjøretøy	12,1
Vedlikehold av kjøretøy	3,7
Infrastruktur og vedlikehold	5,0
Annet*	2,2
Sum (avrundet)	100

* Inkluderer leiekostnader, opplæringsmateriell, tekniske tjenester, forsikring, agricultural inputs, tilskudd, andre varer og tjenester.

Kilde: LGFC Cost Centre End of Year Report 2010–2011

Til sammen utgjør disse 2/3 av samlede driftsutgifter hvor medisiner og medisinsk materiell utgjør 38 prosent og innenlandsreiser 17 prosent. Det er relativt store variasjoner mellom distriktene med hensyn til fordeling på utgiftstyper. Andelen av de samlede driftsmidlene som går til reiser og drift av kjøretøy, varierer mellom 17 og 46 prosent. Andelen av driftsmidlene som brukes på medisiner og medisinsk materiell, varierer mellom 11 og 50 prosent.

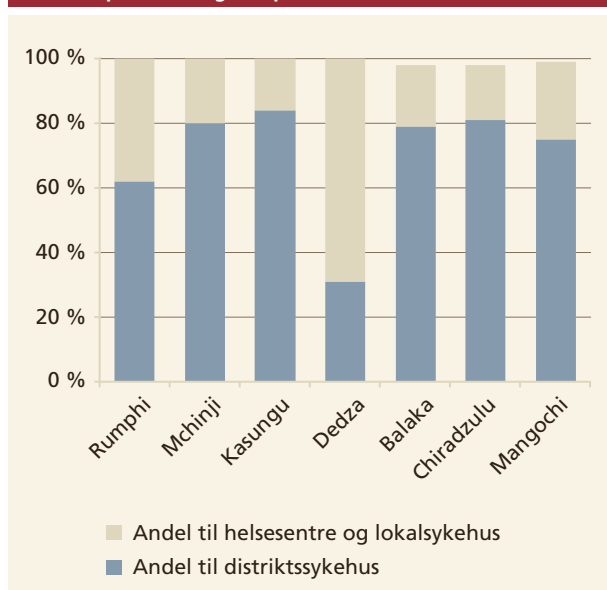
Det vises for øvrig til omtalen under 7.2.3 om andelen av distriktenes driftsmidler til helse som går til kost- og nattillegg for ansatte ved distriktsykehusene og underliggende enheter.⁹⁵

7.3.4 Fordeling av midler mellom distriktsykehus og underliggende helsesentre

Det er med dagens modell for offentlig finansforvaltning i Malawi ikke mulig å analysere hvordan distriktets totale driftsmidler fordeler seg på distriktsykehus og de ulike underliggende helsesentre og lokalsykehus. Men siden medisinerne blir levert direkte til de ulike enhetene som bestiller dem (via DHO), lar det seg gjøre å analysere bestillinger/rekvisisjoner, dokumentasjon knyttet til leveranser og fakturaer for å finne ut hvordan midlene som blir brukt på medisiner, fordeler seg. Revisjonen gjennomførte en undersøkelse av fordelingen av utgifter til medisiner i sju distrikter i regnskapsåret 2010–2011. Figur 11 viser fordelingen mellom distriktsykehus og underliggende helsesentre/lokalsykehus. I fem av distriktene forbruker helsesentrene og lokalsykehusene ca. 20 prosent av medisinbudsjettet. Over 90 prosent av befolkningen i disse distriktene bor i rurale strøk og betjenes primært av disse underliggende enhetene.

Utenriksdepartementet viser i brev til at disse dataene ikke inkluderer CHAMs enheter. Det er ifølge Utenriksdepartementet viktig for forståelsen av helheten på dette punktet å vite at CHAM har de fleste av sine enheter i distriktene og rurale strøk.

Figur 11 Fordelingen av medisinutgifter mellom distriktsykehus og underliggende enheter, i prosent, regnskapsåret 2010–2011



Kilde: Riksrevisjonen

7.4 Medisiner og vaksiner

En vesentlig del av ressursene i helsesektoren benyttes til medisiner og medisinsk materiell, for enkelthets skyld heretter omtalt som medisiner. Utgifter til medisiner utgjør vel en tredel av budsjettet i helsesektorprogrammet. Effektive anskaffelser og effektiv distribusjon og utdeling av medisiner er derfor viktig for å sikre god ressursutnyttelse. Verdien som er involvert, og det faktum at medisiner er en knapp vare, innebærer risiko for lekkasjer i ulike former på veien fra produsent til pasient. Lekkasjer utgjør et økonomisk problem ved at knappe ressurser forsvinner. Lekkasjer reduserer tilgjengeligheten av en medisin på et sykehus eller helsesenter og utgjør også et medisinsk problem. De svekker også muligheten til å gi et likt tilbud av helsetjenester siden ineffektive anskaffelser reduserer mengden medisiner som er til disposisjon, og siden medisiner som i utgangspunktet skal tilbys gratis til alle, i stedet ofte blir stjålet og solgt i det uformelle markedet.

Helsedepartementet i Malawi fikk i 2006 utført en studie av lekkasjene av medisiner i det offentlige helsevesenet. Studien slo fast at tomme lagre og lekkasjer var et betydelig problem:

"Svinn og lekkasjer av medisiner og medisinsk materiell fra sykehus og medisinaldepot (CMS) er et stort problem i den offentlige helsesektoren. Disse lekkasjene bidrar til

95) Utgifter til innenlandsreiser og opplæring utgjør i henhold til resultatene i tabell 11 17,1 prosent + 1,2 prosent = 18,3 prosent. 95 prosent av 18,3 prosent utgjør 17,3 prosent.

uakseptable høye forbrukstall for flere typer medisiner og til at lagrene av vitale medisiner svært ofte er tomme. Malawi påføres en økonomisk byrde som landet vanskelig kan bære, og tomme lagre fører til at mange mister tilliten til landets helsesystem. Tomme lagre fører til økt ulovlig salg, som igjen truer liv. (...) Myndighetene har ikke innsett omfanget av problemet, spesielt ikke at lekkasjene forekommer i alle ledd i forsyningskjeden fra CMS til helsesentre og helsepostene på landsbynivå.⁹⁶

Rapporten er ikke tatt opp til behandling i arbeidsgruppene for henholdsvis medisiner og offentlig finansforvaltning og anskaffelser i løpet av programperioden. En gjennomgang av møte-referatene fra arbeidsgruppen for offentlig finansforvaltning viser at den eneste referansen til studien er fra et møte i oktober 2009, da USAID foreslår at man igjen bør se på studien.⁹⁷

I programdokumentet for neste periode av helse-sektorprogrammet (2011–16) er det fastsatt at det skal nedsettes en høynivågruppe som skal vurdere anbefalingene i studien og identifisere kostnads-effektive tiltak.

Utenriksdepartementet viser i brev til at det ble gjort flere grep for å forbedre situasjonen etter at rapporten ble utarbeidet. Enkelte ledere ble skiftet ut. I en periode i 2006 var CMS satt under forvaltning av et firma. Flere av tiltakene som er satt i verk for å styrke systemene etter dette, har vært relatert til funn i *Lekkasjestudien*, selv om den ikke har blitt fulgt opp systematisk. USAID/Deliver har samarbeidet med myndighetene om flere tiltak, og det har blitt startet en farmasi-utdanning ved *College of Medicine*.

Sykehus og helsestasjoner får medisiner på to ulike måter:

- Medisiner kjøpes fra CMS, eller, når CMS ikke kan levere, fra private grossister. CMS krever innkjøpspris pluss et tillegg på 12,5 prosent som skal dekke CMS' egne kostnader. Tanken er at CMS skal operere som et fond som bruker inntektene fra salg av medisiner til sentral-sykehus og distrikter til å kjøpe inn nye forsyninger. Sentral- og distriktssykehusene skal betale fakturaene fra CMS med driftsmidler de blir tildelt av helsedepartementet. Helsesentre

og lokalsykehus bestiller/rekvirerer via distriktet, men får medisiner levert direkte fra de regionale lagrene. Det er distriktssykehuset som skal betale for dem ved bruk av driftsmidler som er øremerket medisininnkjøp.

- Donerte medisiner (som f.eks. aids- og malaria-medisin) blir distribuert gjennom CMS-systemet eller andre parallelle systemer, fordelt etter lister som blir utarbeidet av helsedepartementet.

7.4.1 Foregår anskaffelser av medisiner og materiell på en effektiv måte?

Når det her er snakk om effektive anskaffelser, refereres det primært til å få mest mulig medisiner for midlene man bruker, forutsatt at de holder tilfredsstillende kvalitet og leveres til riktig tid. God planlegging, inkludert en strategisk tilnærming, tilstrekkelig kapasitet og kompetanse og konkurransebaserte tilbud med likebehandling av tilbydere anses som forutsetninger for å kunne gjennomføre effektive anskaffelser.⁹⁸

CMS har hovedansvar for innkjøp av medisiner og medisinsk utstyr. CMS har gjennom en årrekke hatt problemer både på det finansielle området og når det gjelder intern styring (Lewis 2011); se også RSM Tenon (2011), Cant (2011), OIG (2012). For anskaffelser påpeker Lewis (2011) at CMS mangler en god strategi for innkjøp av medisiner, har svak evne til å anslå framtidig medisinbehov – blant annet fordi de ikke har tilgang til pålitelige forbruksdata – og har lite kvalifisert personell.

Det er dokumentert flere tilfeller hvor reglene for anskaffelser har blitt brutt, både av helsedepartementet og av CMS. Dette har ført til at anskaffelsene har blitt dyrere enn nødvendig (RSM Tenon, 2011), og at SWAp-midlene har blitt brukt på en ineffektiv måte. Faktaboks 3 oppsummerer tilfeller hvor RMS Tenons revisjon av CMS' anskaffelser fant at kostnadene ved medisin-anskaffelser var høyere enn nødvendig. Revisjonen ble bestilt av givene i helse-sektorprogrammet etter at deres representant som fører tilsyn med innkjøpene, informerte om mangler ved en rekke innkjøp. Cant (2011) påpeker også at både valg av anskaffelsesprosedyrer og manglende videreformidling av anskaffelsesdokumenter for eksternt gjennomgang og kontroll har vært i strid med reglene for helse-sektorprogrammet.

96) Ministry of Health/O&M IT/S and Management Services Limited: Assessment of Drug and Medical Supplies Leakages from Medical Stores and Public Health Facilities. Final Report, November 2006.

97) Arbeidsgruppen i medisiner har ikke fungert og hadde ikke møter etter april 2007, se (EHG 2010d) Final evaluation of the Health Sector Program (2004–2010), Annexes, vedlegg 13.

98) Se blant annet Lewis (2011) og den opprinnelige SWAp-MOU-ens Annex L, *Procurement Implementation Arrangements and Procedures for Pooled Partners* (Annex M i revidert utgave fra 2009).

Generelt om CMS' anskaffelser:

- I 4 av 28 tilfeller valgte CMS etter RSM Tenons vurdering riktig tilbyder, det vil si den billigste.
- I 14 tilfeller ble det identifisert mulige kostnadsbesparelser dersom billigste tilbyder hadde blitt valgt. Til sammen kunne vel 0,5 mill. USD blitt spart.
- Mange av anskaffelsene mangler nødvendig dokumentasjon, og det er derfor vanskelig for RSM Tenon og helsedepartementet å uttale seg med full sikkerhet om mulige kostnadsbesparelser.

Spesifikt for anskaffelse nr. 031/SW/G/DMS/08/01:

- Saken gjelder en tilleggsanskaffelse i juni 2009, til sammen verdt nesten 3 mill. USD.
- RSM Tenon hadde, på grunn av dårlige arkiveringsrutiner i CMS, ikke mulighet til å se de opprinnelige anskaffelsesdokumentene. De måtte derfor basere seg på POAs (se nedenfor) undersøkelser.
- Den delen av anskaffelsen RSM Tenon har sett på, gjelder innkjøp av amoxicillin, rabiesvaksine, øyedråper og rehydrerings-salt.
- I disse fire tilfellene ble ikke de billigste tilbyderne valgt, og det har heller ikke vært mulig å finne dokumentasjon på hvorfor de dyrere tilbyderne ble valgt.
- Rabiesvaksinene kunne blitt kjøpt 280 000 USD billigere, mens det billigste anbudet for amoxicillin var 72 000 USD lavere enn det som ble valgt. Til sammen kunne 354 800 USD blitt spart for disse fire produktene.
- Helsedepartementet bekrefter at de ikke har dokumentasjon for dette anbudet, og har ingen ytterligere forklaring på hvorfor de dyrere tilbyderne ble valgt.

Kilde: RSM Tenon (2011)

CMS har kommet inn i en ond sirkel når det gjelder finansiering. CMS mangler midler, primært fordi distriktssykehusene i stor grad ikke betaler sine regninger til CMS. I november 2010 hadde sentral- og distriktssykehusene en utestående gjeld tilsvarende ca. 100 mill. kroner hos CMS.⁹⁹ Dette har blant annet ført til at CMS ikke har midler til å kjøpe inn nok medisiner til å etablere en tilstrekkelig lagerbeholdning.

Fordi CMS ikke er i stand til å levere medisiner til distriktene, må disse ofte kjøpe medisiner fra private leverandører. Disse medisinene er langt dyrere enn medisiner som CMS kunne ha fått kjøpt gjennom internasjonale anbudprosesser. Men CMS har ikke gjennomført internasjonale anbud siden 2009. Medisiner kjøpt gjennom private tilbydere kan være fem ganger dyrere enn internasjonale priser (Lewis, 2011).

Ekstern kontroll av anskaffelser

Det er etablert flere eksterne kontrollsystemer som skal være med på å gjøre CMS' anskaffelser mer effektive:

*Kontoret for offentlige anskaffelser (ODPP)*¹⁰⁰ gjennomgår og godkjenner vurderinger av tilbud foretatt av henholdsvis *Enhet for innkjøp* i helsedepartementet (medisinanskaffelser under 20

mill. MK, tilsvarende 700 000 kr) og *Komiteen for innkjøp av medisiner* (anskaffelser over 20 mill. MK). ODPP skal også se gjennom anbudsprosessene i ettertid for å kontrollere at deres anbefalinger ble tatt hensyn til.

Ut over dette gjennomføres det årlige revisjoner av offentlige innkjøp på helseområdet. I tillegg er det etablert en egen ekstern kontrollmekanisme som skal representere giverne, en såkalt *POA (Procurement Oversight Agent)*, som skal arbeide parallelt med ODPP. Gjennom helsesektorprogrammet er det også etablert en egen arbeidsgruppe som har spesielt ansvar for å følge opp forhold knyttet til anskaffelser og finansforvaltning.¹⁰¹

En gjennomgang av flere studier som har sett på anskaffelser i Malawi, inkludert gjennom CMS, viser at det ved alle av disse kontrollmekanismene er alvorlige feil og mangler. Det har fra flere hold blitt stilt spørsmål ved kvaliteten på de årlige anskaffelsesrevisjonene (Cant 2011, Lewis 2011). I et brev fra SWAp-giverne¹⁰² blir det uttrykt tvil om firmaet som gjennomfører de årlige anskaffelsesrevisjonene, Amproc, faktisk er det firmaet de utgir seg for å være. I samme brev blir også kvaliteten på anskaffelsesrevisjonene betegnet som utilfredsstillende. Amprocs konklusjoner angående anskaffelsene beskrives som urealistiske og

99) Technical Working Group on Financial Management and Procurement, 09.11.2010.

100) Office of the Director of Public Procurement.

101) Technical Working Group on Financial Management and Procurement.

102) Brev til Malawis helsedepartement datert 11.05.2012.



Utdeling av medisin til dagpasienter.



Kilde: Riksrevisjonen

grunnlaget for konklusjonene som uforståelig. Både i brevet og i Cant (2011) konkluderes det med at det er behov for en betydelig forbedring av den eksterne anskaffelsesrevisjonen, og at et annet firma må engasjeres for å gjennomføre de årlige revisjonene.

RSM Tenon (2011) peker på at avtalen mellom Malawi og giverne i helsesektorprogrammet er uklart på hvordan rolle- og ansvarsdelingen er mellom ODPP og POA, noe som har åpnet for forskjellige tolkninger av hvilke anskaffelser POA skal ha til gjennomgang. ODPP har valgt å tolke regelverket slik at POA ikke skal motta annet enn internasjonale anskaffelser. Det vil i praksis si at POA ikke har vært involvert i CMS-anskaffelser siden 2009, siden CMS de siste årene ikke har gjennomført internasjonale anbudsprosesser. CMS har i tillegg valgt å dele opp anskaffelsene slik at de mener anskaffelsene ikke skal videregisnes til POA for gjennomgang. RSM Tenon (2011) konkluderer med at CMS' tolkning er feil, og at en rekke anskaffelser burde vært oversendt til POA for gjennomgang.

Utenriksdepartementet viser i brev til at kontrollmekanismen med POA etter departementets oppfatning har fungert bra siden POA varslet giverne om mangler ved en rekke innkjøp.

Den tekniske arbeidsgruppen for finansforvaltning og anskaffelser¹⁰³ skal bidra til å holde oppsyn med tekniske forhold knyttet til anskaffelser. Giverne av midler til felleskurven for helsesektorprogrammet har to representanter i arbeidsgruppen. Det var meningen gruppen skulle møte fire ganger i året, men dette har i liten

grad blitt gjennomført. En gjennomgang av møte-referater fra gruppen viser at gruppen stort sett har møttes to ganger årlig, og at det i bare ett av seks år ble gjennomført fire møter.

Når det gjelder Enhet for innkjøp og Komiteen for innkjøp av medisiner, påpeker Lewis (2011) at begge har hatt lavt oppmøte på møtene hvor de diskuterer anskaffelser. Samme studie påpeker at begge komiteene har lite erfaring og kapasitet når det gjelder å vurdere tilbud, og at dette kan føre til at kvaliteten på beslutningene som treffes, ikke er god. Cant (2011) stiller spørsmål ved ODPPs evne til å føre objektiv ekstern kontroll med helserelaterte anskaffelser.

7.4.2 Distribusjon og utdeling av medisiner

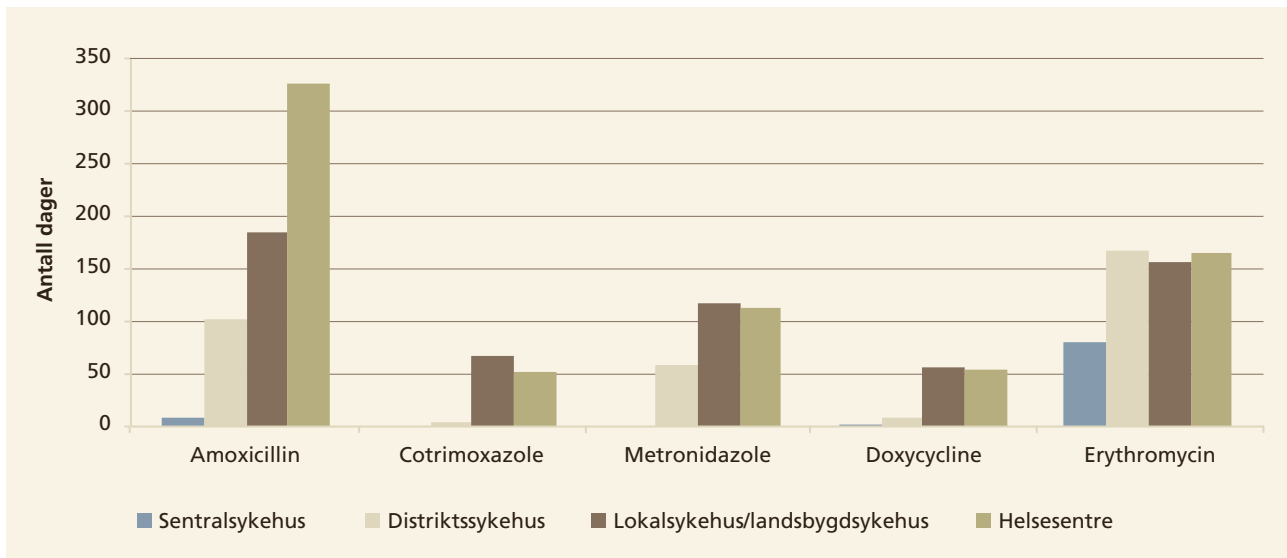
Den ordinære gangen i distribusjonen er at distriktssykehusene en gang i måneden bestiller medisiner gjennom å sende rekvisisjon til CMS. Det tilhørende regionaldepotet leverer medisinene til og fakturerer sykehuset, gitt at det har medisinene på lager. Når regionaldepotet leverer til sykehusets apotek/medisinlager, skal det kvitteres for mottatt medisin på følge-/leveringsseddel, kvantumet skal registreres inn på et tilhørende lagerkort ("mottatt"-kolonnen), og hver gang det tas ut medisiner, skal kvantum noteres i "ut"-kolonnen og hvilken avdeling som er mottaker. Hver måned skal beholdningen på lagerhylla telles og kontrolleres mot det som står oppført på kortet. Prosedyren er lik for helsesentrene.

Tilgjengelighet og lagerbeholdning

Som vist i kapittel 5.4.1 har de offisielle indikatorene for tilgjengelighet vist en klar bedring for tilgjengelighet av medisiner. Alle indikator-medisinene har vært tilgjengelige ved nær samtlige sykehus og helsesentre i siste del av program-

103) Technical Working Group on Financial Management and Procurement.

Figur 12 Gjennomsnittlig antall dager i regnskapsåret 2010–2011 med tomme lager av ulike antibiotika på ulike nivåer i helsetjenesten



Kilde: Riksrevisjonen, analyse av lagerkort. N: Amoxicillin = 20; Cotrimoxazole = 19; Metronidazole = 19; Doxycycline = 20; Erythromycin = 15

perioden. Sluttevalueringen av helsesektorprogrammet viser til at uavhengige kontroller bare delvis støtter denne konklusjonen, og viser selv til besøk foretatt på CMS' sentrallager og regionallagre, sykehus og helsesentre, der tilgjengeligheten viste seg å være lavere.

Sykehus og helsesentre skal til enhver tid ha et lager av grunnleggende medisiner og medisinsk forbruksmateriell som dekker tre måneders gjennomsnittsforsbruk. Muller mfl. gjennomførte i 2007–2008 en undersøkelse av beholdningen av medisiner som brukes for behandling av fire viktige sykdommer. Undersøkelsen dekket i alt 54 helsesentre og sykehus og viste utilstrekkelig beholdning ved et betydelig antall enheter, jf. vedlegg 2.

Revisjonen gjennomførte våren 2012 besøk til i alt 23 helseenheter på alle nivåer for å undersøke tilgjengeligheten av utvalgte medisiner (malaria, hiv/aids, antibiotika m.m.) og helseprodukter (hiv-tester, kondomer, rehydreringstabletter, pentavalentvaksiner) både på besøksdagen og i løpet av ett år (regnskapsåret 2010–2011). Figur 12 viser antall dager i året med tomme lager av ulike antibiotika ved de undersøkte helseenhetene.

Figuren viser at tomme lagre er et betydelig problem. Selv om det må tas forbehold ved dataene pga. svakheter ved registreringssystemet, bekrefter undersøkelsen funnene i andre studier om at det ofte forekommer tomme lagre av viktige medisiner. Situasjonen er generelt best på sentralsykehusene, mens tilgjengeligheten er

dårligst på helsesentrene. For tre av de fem antibiotikamedisinene var det tomme lagre henholdsvis 113, 165 og 327 dager i året på helsesentrene.

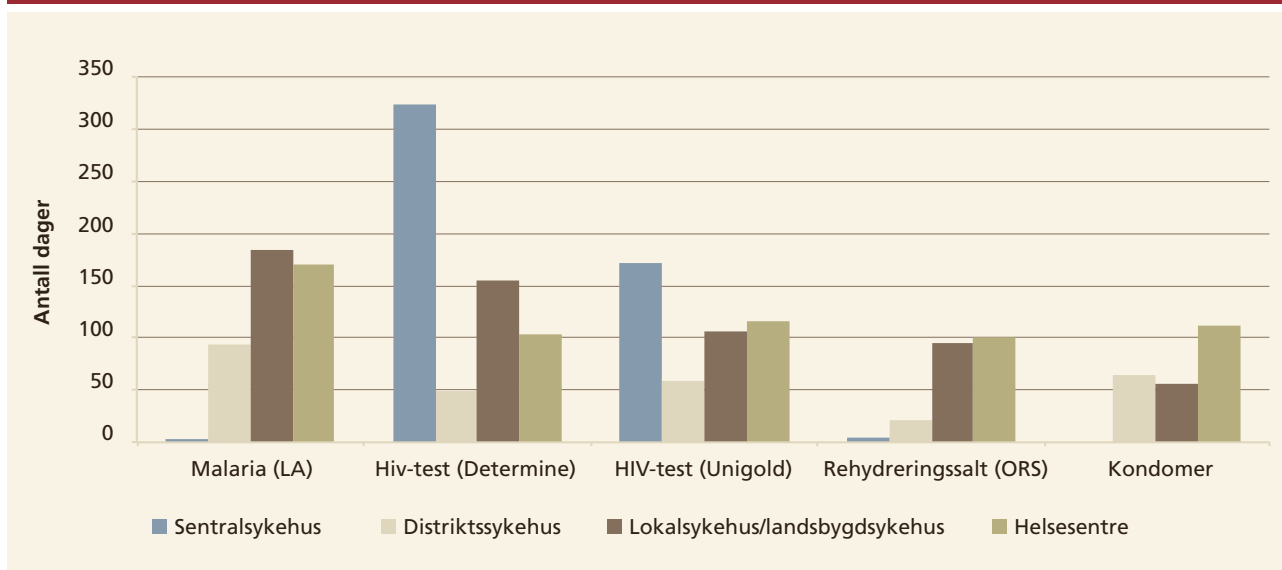
For aidsmedisin (T30) var registreringene på lagerkortene for ufullstendige til at det lot seg gjøre å beregne tilgjengeligheten. For malaria-medisin (lumefatrine/artemether, LA) som finnes i ulike forpakninger, var gjennomsnittet for



Lagerkort for amoxicillin, Mbela Health Center.

Kilde: Riksrevisjonen

Figur 13 Gjennomsnittlig antall dager i regnskapsåret 2010–2011 med tomme lagre av malariamedisin, hiv-tester, kondomer og tabletter for rehydreringssalt på ulike nivåer i helsetjenesten



Kilde: Riksrevisjonen, analyse av lagerkort. Antall N: malaria = 21 (ikke alle har data for alle forpakningstyper, da gjelder gjennomsnittet for de enhetene som har data) ; hiv-test Determine = 18; hiv-test Unigold = 17; rehydreringstabletter = 17; kondomer = 18

tomme lagre av de ulike typene forpakninger vel 170 dager for helsesentre og lokalsykehus, noe mindre på distriktssykehus (93 dager), mens sentralsykehusene nesten ikke manglet disse medisinene, jf. figur 13. Lagrene for hiv-tester var ifølge lagerkortene tomme i gjennomsnitt nesten 1/3 av året, alle enheter under ett.

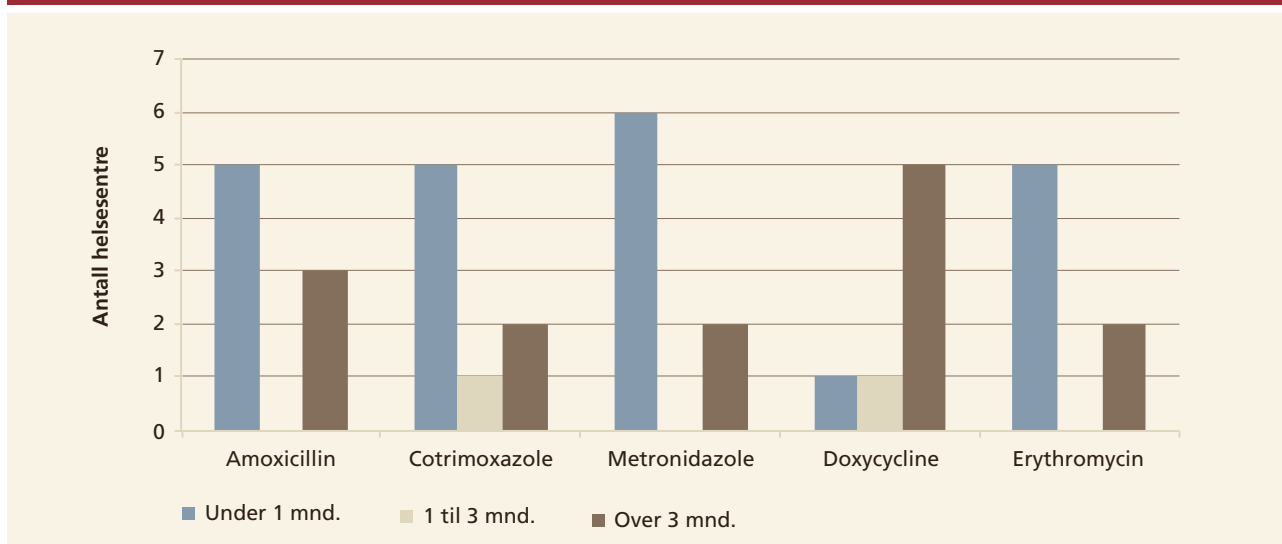
Revisjonen undersøkte også beholdningene av medisiner i mars 2012. Figur 14 viser gjennomgående lave lagerbeholdninger for antibiotikamedisinene som var med i undersøkelsen. Flertallet av helsesentrene hadde mindre enn én måneds lagerbeholdning på besøksdagen.

Retningslinjene i Malawi sier at enhetene skal ha lager som tilsvarer tre måneders forbruk.

For distriktssykehusene er situasjonen omtrent tilsvarende, jf. figur 15. For tre typer antibiotika finnes det ett sykehus (per medisin) som oppfyller kravet om tre måneders lagerbeholdning.

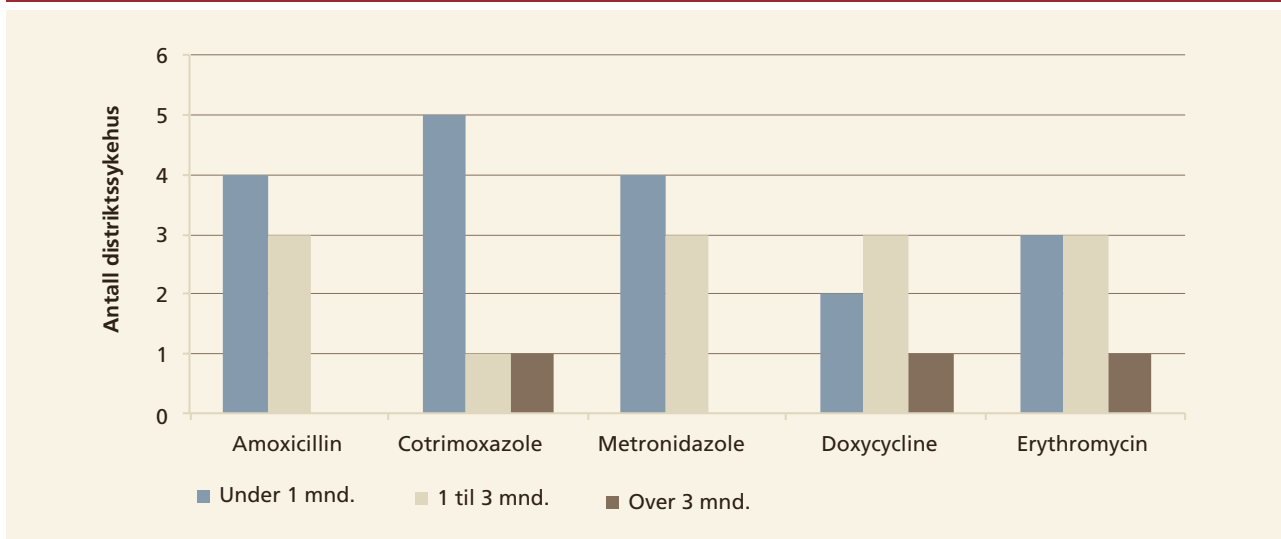
Undersøkelsen viser at det også er problemer med lagrene for malariamedisin. Mellom tre og seks av åtte helsesentre, avhengig av hvilken forpakning det er snakk om, hadde enten tomme eller små lagre av malariamedisiner på besøksdagen, det vil si mindre enn én måneds forbruk. For distrikts-

Figur 14 Lagerbeholdning av fem typer antibiotika på åtte helsesentre på besøksdagen, antall måneders gjennomsnittsforbruk



Kilde: Riksrevisjonen, analyse av lagerkort

Figur 15 Lagerbeholdning av fem typer antibiotika på sju distriktssykehus på besøksdagen, antall måneders gjennomsnittsforbruk



Kilde: Riksrevisjonen, analyse av lagerkort

sykehusene var situasjonen omtrent tilsvarende som for helsesentrene.

For de to hiv-testene viser undersøkelsen at lagrene var tomme eller små ved seks av åtte helsesentre, mens tre av seks distriktssykehus hadde tomme eller små lagre av de to testene.

En gjennomgang fra november 2011 utført av det britiske konsultantselskapet ITAD viste at lagrene av hiv-tester i 2010–2011 var tomme tilsvarende mer enn fem av årets tolv måneder.

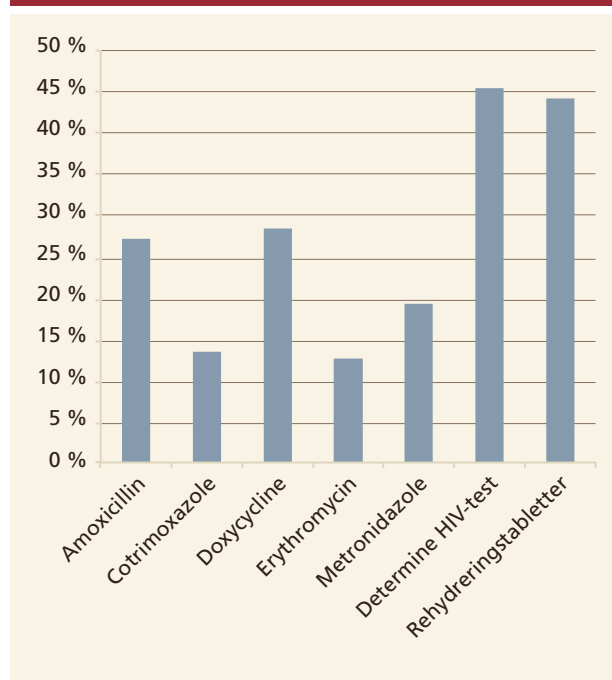
Utenriksdepartementet viser i brev til at manglende medisinforsyninger har vært godt kjent i perioden Riksrevisjonen har sett på. Departementet mener dette også må sees i lys av den spesielle situasjonen Malawi var inne i med hensyn til manglende valuta og drivstoff og som kompliserte innkjøp og distribusjon av medisiner.

Svinn og lekkasjer mellom CMS og sykehus/helsesentre

Undersøkelsen så dernest på svinn eller lekkasjer mellom CMS' depoter i regionene og helseenhetene. Tall for mengder av ulike medisiner som hvert sykehus eller helsesenter hadde registrert inn som mottatt på lagerkortet, ble sammenlignet med hva CMS hadde fakturert. Det lot seg gjøre å frambringe fakturaer bare i et mindretall av tilfellene. For de tilfellene hvor det forelå faktura, er resultatene sammenfattet i figur 16. I figuren er bare de enhetene som har fått fakturert for større kvanta enn det som er registrert mottatt på lagerkortet, tatt med. Det er også noen enheter som har

registrert større kvanta medisiner inn på lagerkort enn det de er blitt fakturert for, og som dermed har en "positiv lekkasje". Disse er ikke tatt med. I figuren er data for medisiner basert på tre til sju enheter, mens for hiv-tester og rehydreringstabletter er det kun data for henholdsvis to og tre enheter.

Figur 16 Andel (prosent) av medisin/materiell som er fakturert og antatt levert fra regionale medisindepoter, men som ikke er registrert inn på sykehusets lagerkort, regnskapsåret 2010–2011



Kilde: Riksrevisjonen



Mange tomme hyller på medisinlageret ved Nkalo Health Center.

Kilde: Riksrevisjonen

For antibiotikamedisinene i utvalget ligger differansen mellom fakturert mengde fra CMS og innregistrert mengde på sykehus/helsesenter fra 13–14 prosent til 27 prosent. Lekkasjen er på 45 prosent for hiv-testen Determine og nesten tilsvarende høy for rehydreringstabletter.

Den malawiske riksrevisjonen (NAO) foretok en undersøkelse av lagerdokumentasjon for blant annet sju ulike medisiner ved CMS' sentrallager

og dets fire regionale lagre som distribuerer til sykehus og helsesentre. Undersøkelsen dekket regnskapsåret 2008–2009. En del av medisinene i utvalget som ble undersøkt, først og fremst antibiotika, var utsatt for tyveri pga. verdien på det uformelle markedet. En antibiotikamedisin (doxycycline) hadde svinn på 66 prosent, mens av en annen (cotrimoxazole) forsvant over 40 prosent. CMS mente i sitt svar at revisjonens resultater ikke var realistiske fordi de var basert på en dokumentasjon av lagerhold og forvaltning som beklageligvis var ufullstendig. Revisjonsrapporten ble levert fra NAO tidlig 2012, men er per oktober 2012 fortsatt ikke oversendt parlamentet fra presidentens kontor. Begrunnelsen er at det ikke er midler til trykking.

USAID ble i september 2010 klar over at malaria-medisin fra USAID til Malawi ble stjålet i Malawi og solgt i andre land. I 2010 ble man også oppmerksom på nye tyverier av malariamedisin som var finansiert av Det globale fondet. Dette førte til at USAID og Det globale fondet sluttet å bruke CMS som distribusjonskanal for malaria-medisin.¹⁰⁴

Lekkasjer internt på sykehus og helsesentre

Det er blant annet gjennom medieoppslag kjent at svinn på sykehus kan være av betydelig omfang.¹⁰⁵ Som en del av undersøkelsen ble det derfor forsøkt beregnet hvor stort omfang denne typen svinn har. Mengden av de ulike medisinene som var levert til helsesentrene og poliklinikkene på de ulike sykehusene for fire utvalgte måneder i regnskapsåret 2010–2011, er sammenlignet med mengden av medisinen som var foreskrevet pasienter ved poliklinikkene/helsesentrene. Ikke alle enhetene i utvalget hadde slike data (antall doser) for alle de fire utvalgte månedene. Totalsummene

Tabell 12 Intern lekkasje av medisiner som andel av totalt antall doser utlevert fra medisinlager til poliklinikk/dagpasienter, sum for fire måneder i regnskapsåret 2010–2011

	Differanse mellom kvantum utlevert (lagerkort) og foreskrevet (pasientregister) – doser	Utlevert til poliklinikk/dagpasienter i henhold til lagerkort – doser	Lekkasje som andel av utlevert kvantum til poliklinikk/dagpasienter (i henhold til lagerkort)	N = antall sykehus/helsesentre
Amoxicillin	1 044 880	1 512 000	69 %	7
Cotrimoxazole	1 044 606	1 454 740	72 %	11
Doxycycline	331 681	430 000	77 %	13
Erythromycin	212 245	303 250	70 %	6
Metronidazole	678 090	909 800	75 %	12

Kilde: Riksrevisjonen, analyse av lagerkort og registre for dagpasienter

104) USAID OIG (2012).

105) F.eks. BBC Panorama 24.11.2008 og Malawi Observer, 29.11.2007.



Distribusjon av medisiner fra CMS' regionallager, Blantyre.

Kilde: Riksrevisjonen



Medisiner selges på uformelt marked.

Kilde: Riksrevisjonen

for alle enhetene (månedsobservasjonene) hvor disse dataene forelå, er vist i tabell 12.¹⁰⁶

Det framgår av tabellen at det ikke kan redegjøres for vel 70 prosent av det som blir registrert utlevert fra medisinlagrene på sykehusene/helsesentrene til dagpasientavdelingene. Selv om det må tas forbehold om grunnlagsdataene, framgår det klart at lekkasjen er av et betydelig omfang. Dette støttes av uttalelser fra flere respondenter som ble intervjuet. Den øverste administrative leder for helsetjenesten i et distrikt uttalte:

"Svinn og tyverier av medisiner og materiell er helt klart et problem. Man tror at alt er i orden, men så er det likevel slik at noen stikker av med medisiner uten at du er klar over det. Du kan sjekke dokumenter, og det kan se ut som om alt er i orden. Ofte lurer du på hvordan det kan ha seg at når man har kjøpt inn masse medisiner og medisinsk materiell, og så etter to–tre dager er det ikke mer igjen, da begynner man å lure på hva som egentlig skjer."

Medisinene i utvalget er trolig attraktive når det gjelder omsetningsmuligheter både på gate-nivå, til private apotek og til private klinikker.

Konsulentene som gjorde registreringen, observerte ved et distriktssykehus at ansatte med overlegg ga

106) Tallene i tabellen gjelder for de enheter som har dataregistrering i samtlige fire utvalgte måneder både for utlevert medisin fra lager og for pasienter. Hensikten har vært å utelate enheter hvor dårlig registreringspraksis gir data som indikerer svinn. I tabellen er alle enhetene fjernet som har månedsobservasjoner hvor det i henhold til lagerkortet ikke er levert ut f.eks. amoxicillin, men hvor det ifølge pasientregisteret er utdelt amoxicillin til et gitt antall pasienter. Dette reduserer antall N i tabellen for noen medisiner. Hvis slike observasjoner tas med, vil N øke til mellom 10 og 15 uten at resultatene endres med mer enn ett prosentpoeng, unntatt for amoxicillin: 4 prosentpoeng.

pasienter mindre doser enn det som var registrert i pasientkortene deres.

Konsekvensen av tomme lagre er betydelig høyere kostnader for sykehusene: De må henvende seg til kommersielle aktører (private apotek og leverandører) for å kjøpe medisiner til en mye høyere pris enn de må betale ved kjøp fra CMS.

7.4.3 Er fordelingen av vaksiner effektiv, og er kjølekjeden god?

Malawis vaksineprogram (EPI) er en del av det malawiske helsedepartementet. Det er malawiske myndigheter og GAVI som finansierer alle vaksinene i landets rutineprogram for vaksiner, mens det er Unicef som organiserer selve innkjøpet. Unicef finansierer selv ingen vaksiner, men er med på å finansiere kjølekjeden (systemet for kjølelagring sentralt, regionalt og lokalt samt distribusjon mellom lagrene på de ulike nivåene) og sikre logistikken i den. Alle vaksiner, både de som er finansiert av malawiske myndigheter, og de som er finansiert av GAVI, distribueres



Kjøleskap og -bokser for vaksiner, Nkalo Health Center.

Kilde: Riksrevisjonen



Nkalo Health Center.

Kilde: Riksrevisjonen

gjennom en felles offentlig kjølekjede. Mange land har ett felles lagrings- og distribusjonssystem for vaksiner og medisiner, men ikke Malawi.

Selv om vaksinedekningen i Malawi er høy, uttrykker både ambassaden og representanter for EPI-programmet bekymring for vaksinedekningen framover. Dette skyldes hovedsakelig årsaker som: større årskull, som vil redusere prosentandelen hvis ikke stadig flere vaksinedoser kjøpes inn, mangel på drivstoff, som gjør distribusjonen vanskeligere, og risikoen for hva som vil skje med de 7000 lokale helseassistentene som ble finansiert av Det globale fondet fram til 1. juli 2012. Ambassaden mener det kan se svært dystert ut for den videre leveringen av helsetjenester på landsbygda hvis helsedepartementet ikke lager en plan for hvordan de lokale helseassistentene skal finansieres videre.

Pentavalentvaksinen, som for en stor del finansieres av GAVI, var med i utvalget av medisiner og materiell som ble undersøkt med hensyn til lagerbeholdning og lekkasje ved 23 enheter. Det var bare ett sykehus som hadde dokumentasjon (lagerkort) med data for mottatte vaksiner og vaksiner gitt, og som dermed kunne beregne lagerbeholdning og hvor lang tid den med normalt forbruk

ville holde. Malawi har ikke opplevd mangel på pentavalentvaksiner på sentralt nivå eller ved de regionale depotene i løpet av de siste ti årene. Lokalt har det tidvis vært problemer pga. mangler ved systemene for å rekvirere og fordele vaksinene mellom enheter samt pga. mangel på drivstoff.

7.5 Flyten av midler til utstyr

Som nevnt i kapittel 5.4.1 er det ikke laget noen standard for hva sykehus og helsesentre skal ha av medisinsk utstyr. Det finnes lite systematisert kunnskap om utstyrssituasjonen ved helsesentre og sykehus. I 2010 ble det foretatt en studie av utstyr for akuttmedisin ved fødsel og barselomsorg (EmONC, Emergency Obstetric and Neonatal Care) i 309 enheter. Et hovedfunn var at ingen av utstyrsettene var komplette. Det manglet gjennomgående utstyr for gjenoppliving, og vitale deler til utstyr for pleie/behandling av nyfødte manglet ofte både ved sykehus og helsesentre.¹⁰⁷

En studie av situasjonen ved laboratorier ved utvalgte helsesentre og sykehus ble gjennomført i 2009.¹⁰⁸ Undersøkelsen så nærmere på tilgjengeligheten og tilstanden for laboratorieutstyr. Situasjonen var gjennomgående god på sentralsykehusene. For helsesentre og distriktssykehus viste undersøkelsen betydelige mangler. På helsesentrene varierte andelen som hadde utstyret som var definert som indikator for utstyrssituasjonen,¹⁰⁹ mellom 5 og 44 prosent. For halvparten av utstyrskategoriene virket utstyret som det skulle, der det var tilgjengelig. For de øvrige tre utstyrskategoriene varierte andelen som virket, fra 0 til 69 prosent. For distriktssykehusene var utstyret tilgjengelig ved mellom 23 og 62 prosent av sykehusene i utvalget, og det virket i de fleste tilfellene der det fantes.

Når det gjelder tilgjengeligheten av forsyninger for laboratorietester, viste undersøkelsen at enheter på alle tre nivåene manglet varer for å gjennomføre tester for malaria og tuberkulose. 30 prosent av helsesentrene hadde ikke destillert vann, og 17 prosent av dem manglet desinfeksjonsmiddel.

Ved besøk på Dowa distriktssykehus kunne revisjonsteamet observere at sykehusets røntgenmaskin var ødelagt. Den hadde ifølge personalet

107) MoH (2011b), s. 22.

108) MoH & USAID DELIVER (2009).

109) Steriliseringsmaskin, vekt, mikroskop, haemacue (måler hemoglobin i blodet), sprittlampe, wire loop.



Defekt CD4 celleteller. En slik teller analyserer nivået av hvite blodlegemer i forbindelse med hiv/aids-behandling.

Kilde: Riksrevisjonen

vært ute av drift lenge. Mest prekær var situasjonen på tannhelseavdelingen. Der hadde de svært lite utstyr til disposisjon, og behandlingen de kunne tilby, var stort sett å trekke tenner.

7.6 Infrastruktur

Midler til utvikling av infrastruktur, som bygging av nye helsesentre og -sykehus, rehabilitering av eksisterende bygninger og tilknytning til vann-, elektrisitets- og telekommunikasjonssystemer, blir forvaltet av helsedepartementet sentralt. Det er ansvarlig enhet i departementet som planlegger og finansierer anskaffelser for bygging og rehabilitering. Midler til investeringer og rehabilitering blir budsjettert og regnskapsført på departementet sentralt, ikke distriktene. Midlene til infrastruktur som fordeles til distriktene, er først og fremst midler til vanlig vedlikehold.

Som nevnt i kapittel 5.4.1 har det lenge vært et stort underforbruk av midler til investeringer i infrastruktur. For perioden som helhet har man bare klart å bruke 40 prosent av budsjettet, og i regnskapsåret 2010–2011 var denne andelen nede i 25 prosent. Underforbruket skyldes svært trege anskaffelser og urealistiske planer fra leverandørene.¹¹⁰ Antallet helsesentre og sykehus har vært uendret gjennom perioden.

En utfordring de senere årene har vært bygging av personalboliger. Bygging av slike boliger var

110) MoH (2011b), s. 24.



Chimoto Health Centre.

Kilde: Riksrevisjonen

tenkt som et viktig virkemiddel for å bøte på personellkrisen på landsbygda. Tabell 13 viser årlige utgifter til bygging av personalboliger. I regnskapsårene 2009–2010 og 2010–2011 ble det ikke brukt penger på denne posten. I de to foregående regnskapsårene klarte man å bruke henholdsvis 27 og 44 prosent av det som var budsjettert, noe som tilsvarte 2,3 og 10,8 mill. USD.

Tabell 13 Årlige utgifter til bygging av personalboliger, mill. malawiske kwacha, 2007–2011

Regnskapsår	Budsjettert	Forbruk	Andel forbrukt
2007–2008	1200	325	27 %
2008–2009	3433	1519	44 %
2009–2010	Ikke spesifisert for personalboliger	0	0 %
2010–2011	1873	0	0 %

Kilde: Årlige reviderte regnskap for helsesektorprogrammet

Utenriksdepartementet bekrefter i brev at det er riktig at antallet helsesentre og sykehus har vært uendret gjennom perioden. En slik beskrivelse tar imidlertid ikke høyde for opprettelse av nye avdelinger, utvidelser av eksisterende foretak, bygging av relaterte foretak som medisinalagre m.m. Departementet viser til at det i et så tettbefolket land som Malawi, ikke er sikkert at det mest effektive for å gi bedre tjenester til befolkningen er å bygge nye sykehus og klinikker.

Som nevnt i kapittel 5.4.1 har det vært et mål å oppgradere helsesentre og sykehus slik at 60 prosent av enhetene har alle de tre grunnleggende infrastrukturtenestene vann, elektrisitet og telekommunikasjonsutstyr. Sluttevalueringen av helsesektorprogrammet konkluderte på bakgrunn av sykehusenes og helsesentrenes egenrapportering at dette målet er nådd (73 prosent). Revisjonen observerte ved besøk på Salima og Dowa distriktssykehus at disse tjenestene fungerte ved disse to sykehusene. Rapporter i mediene viser til at vannforsyningen ofte kuttes, og at de sanitære forholdene er svært mangelfulle.¹¹¹ Ved Dowa distriktssykehus observerte vi direkte avløp i grøfter mellom avdelingene. Det ble opplyst at det daglig var brudd i strømforsyningen, og at aggregatet som betjener sykehuset i perioder der strømmettet kobles ut, er gammelt og nedslitt. Det var også akutt mangel på diesel til aggregatet, og sykehuset er derfor ofte uten strøm. Dette skaper kritiske situasjoner for vaksinerne i kjøleskap og fryserer siden vaksinerne får redusert effekt når de eksponeres for varme.

Når det gjelder transportmuligheter for å bringe pasienter fra helsesentre til distriktssykehus eller videre til sentralsykehus, foreligger det som nevnt i kapittel 5.4.1 ingen data om situasjonen med hensyn til tilgangen på ambulanser og tilstanden til disse. Revisjonsteamet fikk ved Dowa distriktssykehus opplyst at to av distriktets seks ambulanser ble benyttet til varetransport. To andre ble brukt ved sykehuset til transport av pasienter, og to var stasjonert ute i distriktet. Distriktet Dowa har om lag en halv million innbyggere.

111) "Malawi: Hospitals Struggle Amid Water Shortage", (2011)
<http://allafrica.com/stories/201108180060.html>.

8 Oppfølging og kontroll

8.1 Oppfølging og kontroll av bilaterale midler: generell budsjettstøtte og helsesektorprogram

8.1.1 Innledning

Stortingets utenrikskomité stilte seg i Innst. S. nr. 93 (2004–2005) bak bruken av budsjettstøtte for land som bygger opp demokratisk styresett og gode forvaltningssystemer. Senere har kontroll- og konstitusjonskomiteen pekt på at det ved budsjettstøtte er vanskeligere å etterprøve bruken av midlene, og at det derfor er viktig at Utenriksdepartementet har et søkelys på slik støtte og sikrer at nødvendige forutsetninger er oppfylt. Departementet må bidra til at lokale kontroll- og revisjonssystemer fungerer tilfredsstillende, og komiteen viser til at det må settes klare kriterier for forventet kvalitet i landenes finansforvaltning når budsjettstøtte vurderes. For at budsjettstøtten skal opprettholdes, forventes resultatet å være tilfredsstillende eller vise positiv utvikling.¹¹²

I brev av 30. november 2012 viser Utenriksdepartementet til antakelsen om at sektorstøtte og generell budsjettstøtte kan gi større risiko for at bruken av ressurser blir mindre effektiv enn i tradisjonell program- og prosjektstøtte. Departementet mener det er flere grunner til å velge sektorbudsjettstøtte og generell budsjettstøtte som bistandsform i helsesektoren i Malawi:

"Departementet tar utgangspunkt i at helse-tjenester er en offentlig oppgave som i vesentlig grad utføres av offentlige helseforetak. Derfor vil størstedelen av støtten til helsesektoren gå gjennom myndighetene. Sektorstøtte og budsjettstøtte gir tilgang til dialog med malawiske myndigheter på høyeste nivå. Dette har ført til at et strengere kontrollregime for regnskap, innkjøp og revisjon (Joint Financial Agreement) er innført i helsesektoren fra 2012. Det har også gitt mulighet til å bidra med teknisk assistanse på de samme områdene. Departementet mener at når helsebistand blir gitt som helsesektorstøtte, gir det en bedre helhets-oversikt over støtten til sektoren, reduserer antall prosjekter og dermed øker mulighetene for kontroll, til tross for begrenset kapasitet i sektoren. Tradisjonell prosjektstøtte og andre

parallele finansieringsmekanismer fører til at mange givere med forskjellige krav til planer, regnskap, rapportering, revisjon og kontroll, legger stort beslag på en begrenset bemanning, gir mindre mulighet til innsyn og oversikt og øker dermed risikoen."

I det følgende presenteres:

- hvilke kriterier for kvalitet på offentlig finansforvaltning som gjelder i Utenriksdepartementets retningslinjer for tildeling av budsjettstøtte
- hvordan Utenriksdepartementet har vurdert kvaliteten i Malawis offentlige finansforvaltning før tildeling av budsjettstøtte
- andre kilders vurderinger av kvaliteten i Malawis offentlige finansforvaltning
- hvordan Utenriksdepartementet og ambassaden har fulgt opp at bistanden, i en kontekst med svak offentlig finansforvaltning, blir brukt etter forutsetningene

8.1.2 Utenriksdepartementets kriterier for kvalitet på offentlig finansforvaltning ved tildeling av budsjettstøtte

Utenriksdepartementet har hatt retningslinjer for budsjettstøtte siden 2002. De ble revidert i 2004 og i 2007. I *retningslinjene fra 2002* står det at den viktigste betingelsen for å gi budsjettstøtte er at det foreligger et gjennomarbeidet og praktisk rettet fattigdomsprogram som det er politisk vilje til å gjennomføre. Det framgår av dokumentet at det kan være vanskelig å vurdere dette. Det framgår at "vurderingene av den politiske situasjonen ikke må være for negative", og at det ikke må være en negativ utvikling. Det er i tillegg viktig at mange nok donorer er klare til å delta. Mottakerlandet må være villig til å gå inn i dialog om og gjennomføre forbedringer i systemer for finansforvaltning. *Retningslinjene fra 2002* vektlegger at det er en positiv prosess i mottakerlandet; utviklingen behøver ikke å ha nådd et bestemt nivå (benchmarks).

I *retningslinjene fra 2004* står det at budsjettstøtte vanligvis bare skal gis til land hvor de politiske prioriteringene er basert på en akseptabel strategi for å redusere fattigdommen. Oppmerksomheten skal rettes mot landets vilje og evne til å gjennomføre strategien gjennom statsbudsjettet.

112) Innst. S. nr. 172 (2007–2008) fra kontroll- og konstitusjonskomiteen, jf. Dokument nr.1 (2007–2008).

Det framgår videre at kvaliteten i den offentlige finansforvaltningen er helt avgjørende ved vurdering av budsjettstøtte. I forhåndsvurderingen skal det fastslås om mottakerlandets finansforvaltning er på et minimumsnivå, og hvilke forbedringer som er eller vil bli tatt. Dette gjelder:

- tydelighet i roller og ansvar
- offentlig tilgjengelig informasjon (åpenhet og gjennomsiktighet)
- budsjettforberedelser, gjennomføring og rapportering
- uavhengig integritetsbekreftelse

Referansepunkter (benchmarks) skal benyttes til å vurdere den offentlige finansforvaltningen som del av et budsjettstøtteprogram. Eksempler på slike referansepunkter er: "Mottakerlandet skal ha en budsjettlov som spesifiserer ansvar knyttet til den offentlige finansforvaltningen", "Regnskapsprinsipper og kontokodeklassifisering er offentlige og anvendes", "Beslutninger er dokumentert og etterprøvbare", "Effektive tiltak er iverksatt for å identifisere og eliminere korrupsjon", "Regnskapene er revidert av uavhengig organ" og "Offentlige myndigheter holdes ansvarlige for dårlig forvaltning og mislighold". I retningslinjene heter det at de ulike referansepunkter kan vektas forskjellig, og at selv om et land ikke møter alle kravene, behøver ikke det innebære at landet ikke skal motta budsjettstøtte, forutsatt at:

- det er gjennomført en grundig evaluering av finansforvaltningen og tilknyttet risiko
- myndighetene har troverdige program for å forbedre finansforvaltningen
- potensielle gevinster ved budsjettstøtte rettferdiggjør risikoen
- disse vurderingene er eksplisitt dokumentert som del av beslutningsprosessen for å gi støtte

Videre heter det at forhåndsvurderingen av et budsjettstøtteprogram skal inneholde en systematisk risikovurdering i henhold til DFIDs retningslinjer for håndtering av finansiell risiko ved budsjettstøtte. Risikoanalysen skal identifisere risiko, analysere sannsynlighet og konsekvens og foreslå risikohåndtering. Det siste trinnet i forhåndsvurderingen er en overordnet vurdering av om forventet utvikling oppveier gjestående risiko etter at de foreslåtte tiltakene for risikohåndtering er iverksatt.

Mottakerlandets arbeid knyttet til den offentlige finansforvaltningen, iverksettingen av avtalte reformer og nødvendig tilrettelegging av teknisk støtte skal ifølge retningslinjene følges opp kontinuerlig. Årlig skal det utarbeides to rapporter

– én felles rapport fra giverlandene og én fra ambassaden. Fellesrapporten fra giverlandene skal inneholde en vurdering av framdrift og andre relevante temaer:

- årsregnskap, revidert regnskap samt rapport om hvordan avvik er fulgt opp
- statusrapport for reformer innen finansforvaltningen
- vurdering av finansiell risiko
- vurdering av landets regnskapsføring
- vurdering av landets system for offentlige anskaffelser
- rapport fra anti-korrupsjonsorgan

Ambassadens rapport baseres på giverlandenes fellesrapport, men må inneholde ambassadens egenverifisering av konklusjonene i fellesrapporten. Rapporten må blant annet inneholde en vurdering av oppnådde resultater sett i forhold til mål og forventede resultater fra forhåndsvurderingen, en oppdatert risikovurdering dersom nye risikofaktorer er identifisert, og konklusjoner med anbefalinger om endringer for det videre arbeidet.

Retningslinjene fra 2007 bygger på de tidligere retningslinjene fra 2004 og prinsippene i Paris-erklæringen samt OECDs retningslinjer for budsjettstøtte. Ifølge de nye retningslinjene er det risiko forbundet med alle former for assistanse, og i noen land kan risikoen være høyere med budsjettstøtte enn andre former for bistand blant annet fordi landets offentlige finansforvaltning kan være svak. Kanalisering av midler gjennom offentlige budsjetter og finansielle utbetalings-systemer bør likevel vurderes, selv i svake stater, men med sikringstiltak. Budsjettstøtte er nesten uten unntak gitt i kombinasjon med kapasitetsutviklingsprogrammer. På grunn av risikoen som er involvert, anbefales det normalt at en trinnsvis tilnærming er fulgt ved innføring av budsjettstøtten til samarbeidslandene.

Retningslinjene fra 2007 viser ikke til de konkrete referansepunktene for kvalitet på offentlig finansforvaltning, slik 2005-versjonen gjorde. I innledningen står det at budsjettstøtte skal vurderes i land hvor situasjonen er tilfredsstillende med hensyn til følgende temaer:

- gjennomføring av strategi for fattigdomsreduksjon
- økonomiske forhold som makroøkonomisk ustabilitet, korrupsjon og offentlig finansforvaltning. Vurderinger av den offentlige finansforvaltningen skal bruke eller referere til et nærmere angitt rammeverk for vurderinger av kvaliteten på offentlig finansforvaltning,

PEFA-systemet (Public Expenditure and Financial Accountability System). Dette er et system for vurderinger av tilstanden på seks ulike områder av offentlig finansforvaltning (samsvar mellom budsjett og regnskap, budsjettets grad av fullstendighet, kontroll i gjennomføringen av budsjettet, regnskapsføring og økonomisk rapportering, ekstern revisjon og parlamentarisk kontroll), se for øvrig 8.1.3

- politiske forhold som menneskerettigheter, flerpartivalg og vilje til å gjennomføre tiltak mot korrupsjon

Retningslinjene sier at det ikke er noen fast definert grense for risiko som er akseptabel for å gi budsjettstøtte, og at "Where the development arguments in favour of budget support are strong, a higher level of risk may be justifiable". Vurderingen skal være framtidsoverordnet og legge vekt på forventede resultater og effekter.

Målene og resultatene bør ifølge retningslinjene måles ved bruk av referansepunkter, og indikatorene bør vise framgang. Et utvalg av slike indikatorer er ofte samlet i Performance Assessment Framework, som er et sentralt dokument for resultater og overvåking av budsjettstøtteprogrammer.

8.1.3 Kvaliteten på offentlig finansforvaltning i Malawi

Utenriksdepartementets vurderinger i 2004/2005
Helsesektorprogrammet var gjenstand for forhåndsvurdering i 2004.¹¹³ I vurderingen står det at kapasiteten innen finansforvaltning og anskaffelser må styrkes. Det vises til at man i Malawi har stor risiko for korrupsjon knyttet til bistand, og til at rapportene fra riksrevisjonen i Malawi har påpekt tilfeller av svindel, tap, liten etterprøvnbarhet og ansvarlighet (*poor accountability*) og manglende avstemming av store balanser i statsregnskapet. Utover dette er det ingen vurdering av kvaliteten på offentlig finansforvaltning. Det er imidlertid beskrevet en rekke tiltak for å sikre etterprøvnbarhet (accountability) og forhindre misbruk av midler. Tiltakene består i å ansette en korttidsrådgiver innen finansforvaltning og en langtidsrådgiver innen offentlige innkjøp. Videre skal støtten følges opp med halvårslige gjennomganger og ekstern revisjon av regnskapet og av offentlige innkjøp. Vurderingen inneholder også en beskrivelse av den strukturen som er planlagt for flyten av midler fra givene via sentralbanken til helsedepartementet og dets underliggende

enheter og lokale helsemyndigheter. Den samlede vurderingen er at helsedepartementet har utarbeidet robuste virkemidler for å sikre etterprøvnbarhet på hvert nivå i iverksettingen og for å sikre effektiv bruk av midlene.

I bevilgningsdokumentet¹¹⁴ blir også den offentlige finansforvaltningen vurdert. Finansforvaltningen under det forrige regimet (før 2004) innebar at bistandsmidler var utsatt for høy risiko. Det var imidlertid store forventninger til den nye presidenten (2004). Giverlandene var optimistiske og trodde Malawi ville gå inn i en periode med relativ makro-økonomisk stabilitet. I dokumentet vises det til tiltakene for å dempe risikoen for misbruk av midler: ekstern revisor, langtidsrådgivere innen økonomi og finansforvaltning og anskaffelser, og at man inntil videre skulle benytte Verdensbankens prosedyrer for anskaffelser av varer og tjenester, noe som innebar internasjonal anbudskonkurranse for innkjøp over en viss verdi. Utenriksdepartementet opplyser i brev om at alle de anbefalte tiltakene ble gjennomført.

Når det gjelder den norske støtten til programmet for *felles generell budsjettstøtte*, het det i forhåndsvurderingen fra 2005 at det blant annet er tegn til en bedre offentlig finansforvaltning, blant annet stram budsjettpolitikk, en mer troverdig budsjettprosess og mer velfungerende kontrollinstanser. Men vurderingen peker også på at det er problemer knyttet til kvaliteten og rettidigheten på offentlige regnskaper og revisjoner, statsbudsjettets ufullstendighet med hensyn til å reflektere alle offentlige utgifter og inntekter, utrulling av it-systemet for økonomistyring, m.m. Det framgår at myndighetene har igangsatt for mange ukoordinerte prosesser, og det blir stilt spørsmål ved myndighetenes eierskap til mange av de pågående reformaktivitetene. De mest alvorlige risikoene er knyttet til svak finansforvaltning i offentlig sektor og problemer med desentralisering av makt.

Forhåndsvurderingen peker også på anstrengelser som var gjort både fra regjeringen i Malawi og fra donorene for å redusere sannsynligheten for de fleste risikoene. Institusjonell svakhet og kapasitet begrenser og hemmer en tilstrekkelig iverksetting av noen av initiativene. I et vedlegg til forhåndsvurderingen vises det til at risikoen knyttet til svak offentlig finansforvaltning i Malawi er stor (store konsekvenser, middels til høy sannsynlighet).¹¹⁵

114) Malawi Health SWAp Appropriation Document (2004).

115) Forhåndsvurdering av treårig budsjettstøtte avtale mellom Norge og Malawi (2005).

113) SWAp – Appraisal report (2004).

Bevilgningsdokumentet viser til at finansforvaltningen er svak til tross for at det har vært visse forbedringer.¹¹⁶ Offentlige anskaffelser fortsetter å være et område med manglende gjennomsiktighet, og myndighetsorganet som er ansvarlig for anskaffelser, er alvorlig underbemannet og uerfarent. For å redusere risiko knyttet til offentlig finansforvaltning støtter Norge og de andre budsjettstøttegiverlandene en rekke institusjoner som skal bidra til mer etterrettelighet og reformaktiviteter, og hvor de viktigste er anti-korrupsjonsbyrået, den nasjonale riksrevisjonen, departementet for økonomisk planlegging og utvikling og det nasjonale statistikkbyrået. I tillegg skal risikoen reduseres ved å overvåke utviklingen i resultatindikatorerne som særlig er rettet mot kvaliteten i offentlig finansforvaltning.

Ambassaden anslår likevel at det forventede resultatet og effekten av budsjettstøtten oppveier den risiko som gjenstår etter at risikohåndterende tiltak er gjennomført. Derfor anbefaler ambassaden å godkjenne budsjettstøtten.

Nyere vurderinger av kvaliteten på offentlig finansforvaltning i Malawi

I forbindelse med en forlengelse av avtalen om norsk støtte til helsesektorprogrammet ble det utarbeidet et bevilgningsdokument i 2008.¹¹⁷ Dokumentet viser til midtveisgjennomgangen året før, som trakk fram behovet for et bedre system for anskaffelser og for etterprøvnbarhet (accountability) som kritiske utfordringer. Ved neste forlengelse, i 2009, ble det utarbeidet en ny forhåndsvurdering.¹¹⁸ Vurderingen peker på mangelen på kompetent personell innen finansforvaltning og at dette ikke blir grepet fatt i. Den viser også til svakheter i systemet for distribusjon av medisiner, som ofte gir tomme lagre og medisiner utgått på dato. Vurderingen viser også til den risikoen det er at man i helsedepartementet anser økonomisk vanskjøtsel som et problem knyttet til enkeltpersoner og ikke som et systemproblem. Økonomisk vanskjøtsel blir nevnt som et vedvarende problem. I vedlegget viser man til at Verdensbanken i sin sluttgjennomgang av støtte til sektorprogrammet konkluderte med at man innen helsesektorprogrammet hadde unnlatt å gripe fatt i den svake økonomistyringen og -forvaltningen. Samlet sett konkluderer vurderingen med at det er noen meget positive tendenser med hensyn til å styrke helsesystemet og tilgangen på helse-



Medisiner utgått på dato, Chiradzulu District Hospital.

Kilde: Riksrevisjonen

tenester. Samtidig er det noen områder som må få større oppmerksomhet og ressurser, og hvor Norge, som en av de viktigste giverne til helsesektorprogrammet, kan utgjøre en forskjell.

I forbindelse med at Norge vurderte å inngå en ny avtale for *generell budsjettstøtte* for perioden 2011–2013, utførte Norad i 2010 på oppdrag fra ambassaden en ny forhåndsvurdering. Forhåndsvurderingen viser til en såkalt PEFA-vurdering (Public Expenditure and Financial Accountability Assessment) fra 2008 som viste en positiv utvikling for kvaliteten på økonomiforvaltningen i Malawi: Av 28 indikatorer var det framgang på 12, mens 10 var uendret. Norad-vurderingen gjengir skåren på de seks områdene som PEFA-vurderingen inneholder. Landet oppnådde veldig god, god eller gjennomsnittlig skår på fire områder: a) budsjettets troverdighet (samsvar mellom budsjett og regnskap), b) budsjettets fullstendighet, c) politikkbasert budsjettering og d) forutsigbarhet i gjennomføringen av budsjettet. På feltene e) regnskapsføring og rapportering og f) ekstern revisjon fikk Malawi lav eller veldig lav

116) Appropriation document (2005).

117) Appropriation document, Malawi Health SWAp POW, addendum phase 1 (2008).

118) Norad: Desk appraisal Malawi health SWAp (2008).

skår. Norads vurdering viser også til en gjennomgang som viste at finansforvaltningen generelt var tilfredsstillende, men at det var spesielle utfordringer på områder, som gjennomføring av budsjettet, reform av lønssystemet, anskaffelser og revisjon. Vurderingen konkluderer likevel med at den tekniske kapasiteten til å forvalte offentlige ressurser er tilstrekkelig for å gi budsjettstøtte. Den samlede konklusjonen er at risikoene mer enn oppveies av budsjettstøttens forventede resultater, og at Norge derfor bør fortsette å gi budsjettstøtte.

Ambassaden utarbeidet i februar 2011 et bevilgningsdokument som også konkluderer med at den tekniske kapasiteten til å forvalte offentlige ressurser er tilstrekkelig for å gi budsjettstøtte. Framgangen på dette området har ifølge ambassaden i store trekk vært tilfredsstillende. Dokumentet viser til at det gjenstår utfordringer som er synliggjort ved nylig utførte spesialrevisjoner. Mangel på kvalifisert personell er fortsatt et problem for finansforvaltningen. Denne personellmangelen er særlig problematisk i distriktene, der det hemmer ikke bare en forsvarlig offentlig finansforvaltning, men også forbedringer i tjenestetilbudet. Ambassaden konkluderer likevel med at risikoene mer enn oppveies av forventede resultater, og at Norge derfor bør fortsette å gi budsjettstøtte.

Forhåndsvurderinger og bevilgningsdokumenter for norsk helsesektorstøtte og budsjettstøtte som er presentert over, inneholder beskrivelser av en finansforvaltning med store svakheter. Imidlertid spores det framgang over tid, og de risikodempende tiltakene er vurdert til å gi en gjenværende risiko som er mindre enn de potensielle resultatene. Nedenfor blir andre vurderinger av kvaliteten på offentlig finansforvaltning i samme periode presentert.

Midtveisgjennomgangen av helsesektorprogrammet

I midtveisgjennomgangen i 2007/2008 ble det vist til omfattende svakheter i finansforvaltningen i helsesektoren:

"Det ser ut til at det er vel erkjent at problemene man står overfor i helsesektoren med hensyn til økonomisk planlegging, budsjettering og rapportering, er omfattende (s. 218). (...) En rekke revisjonsrapporter har synliggjort alvorlige forhold når det gjelder finansforvaltning og ansvarsforhold knyttet til finansforvaltning. Svakheter og mangler i

lagerkontroll-dokumentasjon og svak kontroll over lagre og medisiner nevnes regelmessig i intern- og eksterne revisjonsrapporter, noe som indikerer at dette er et systemproblem som berører alle enheter. Resultatet er at midler er utsatt for misbruk siden det ikke foreligger noe system for å holde noen ansvarlige. Derfor er det umulig å konkludere med at midlene utelukkende er brukt på det de var ment for" (s. 220).

PEFA

Giverne av budsjettstøtte har i samarbeid med myndighetene i Malawi gjennomført systematiske vurderinger av landets finansforvaltning i 2006, 2008 og 2011 (PEFA). Vurderingen omfatter seks områder med et sett av i alt 28 indikatorer. De seks områdene er:

- graden av samsvar mellom budsjett og regnskap (utgifter og inntekter), både totalt og sammensetningen
- budsjettets grad av fullstendighet med hensyn til å inkludere relevante utgifter/inntekter samt allmennhetens tilgang til grunnleggende informasjon om budsjettet
- budsjettprosessen: grad av planmessighet og deltakelse i den årlige budsjettprosessen
- forutsigbarhet og kontroll i gjennomføringen av budsjettet: blant annet kontroll av lønn, internkontroll for ikke-lønnsrelaterte utgifter, effektive anskaffelser, internrevisjon
- regnskapsføring og økonomisk rapportering
- eksterne revisjon og parlamentarisk kontroll

For hver av indikatorene gis det en verdi fra A til D. Resultatene fra vurderingene er sammenfattet i tabell 14.

Tabell 14 Skår for Malawi i PEFA-vurderinger 2006–2011

	2006	2008	2011
Antall A	2	3	3
Antall B/B+	7	8	7
Antall C/C+	7	9	8
Antall D/D+	11	5	9
Antall ikke tildelt verdi	1	3	3

Kilde: Pohl Consulting (2011)

Antall indikatorer med lav verdi C eller D var 18 i 2006, 14 i 2008 og 17 i 2011. Det er områdene for regnskapsføring / økonomisk rapportering, revisjon og kontroll som har dårligst skår av de seks ulike områdene som PEFA omfatter.

Det globale fondets internrevisjon

Det globale fondets internrevisjon (OIG) foretok i 2010 en revisjon av fondets tilskudd til henholdsvis helsedepartementet og Aidskommisjonen.¹¹⁹ Fondet hadde da utbetalt om lag 350 mill. USD. Revisjonen uttrykte anerkjennelse av de positive resultatene som var oppnådd i Malawi ved bruk av fondets midler. Samtidig ble det pekt på at revisjonen hadde identifisert betydelige svakheter i tilskuddsforvaltningen, ved innkjøp og forvaltningen av medisiner samt ved finansforvaltningen. OIG pekte på at det var behov for å styrke eksternrevisjonen av helsesektorprogrammet og budsjettkontrollen og å forbedre rutiner og praksis for håndteringen av økonomisk dokumentasjon. OIG hadde identifisert transaksjoner i perioden 2003–2010 på til sammen 4 mill. USD som ikke var var godkjente utgifter (ineligible expenditure), eller som manglet dokumentasjon. OIGs konklusjon var at "til tross for mange positive resultater som er gjort mulig gjennom tilskudd fra Det globale fondet, så foreligger det betydelig risiko ved finansforvaltning, innkjøp og tilskuddsforvaltning". OIG kan derfor ikke gi rimelig forsikring om at alle midlene er brukt etter forutsetningene eller på en effektiv måte ("value for money").

Fondet stilte krav om tilbakebetaling av 4 mill. USD hvorav 225 000 USD gjaldt kurven for helsesektorprogrammet. Resten gjaldt Aidskommisjonen. Utenriksdepartementet opplyser i brev om at revisjonsrapporten har blitt behandlet i et ekstraordinært møte i CCM (Country Coordinating Mechanism). Her kom det fram at sakene i første rekke gjelder manglende dokumentasjon for midler brukt tidlig i undersøkelsesperioden. Norge har bedt den finansielle rådgiveren knyttet til helsesektorprogrammet om å utforske saken nærmere og komme med råd til kurvgiverne om oppfølging av saken. Utenriksdepartementet viser videre til at det er framskaffet dokumentasjon for 680 000 USD, og at saldoen på ca. 3,3 mill. USD vil bli tilbakebetalt over en toårsperiode fra 1. juli 2012 til et "trust fund" i Verdensbanken. I avtaler for tidligere år har tilbakebetaling ikke vært regulert. Det som har vært drøftet i dette tilfellet, er tilbakebetaling til et fond på landnivå.

Revisjonen peker på at det integrerte økonomistyringssystemet (IFMIS) i helsedepartementet "ikke genererer grunnleggende økonomisk

informasjon. Det er et umiddelbart behov for å styrke økonomistyringssystemet gjennom opplæring, gjennomføring av revisors anbefalinger og til å bruke IFMIS for å generere den nødvendige informasjon". Det ble også pekt på alvorlige svakheter ved arkivering av regnskapsdokumentasjon i departementet. Videre ble det vist til manglende samsvar mellom beløp som var rapportert utbetalt fra helsedepartementet til ulike tilskuddsmottakere, og beløpene som var rapportert mottatt av disse, blant annet flere utdanningsinstitusjoner.

IMF-vurdering 2011

IMF utførte i 2011 på invitasjon fra Malawis finansdepartement en vurdering av pågående reformer av landets offentlig finansforvaltning.¹²⁰ I sammendraget konstaterer IMF at Malawis myndigheter har gjort betydelige framskritt innen reformer av offentlig finansforvaltning de siste fire årene. Men nylige selv-evalueringer og PEFA-evalueringer hadde vist at det er vedvarende svakheter i troverdigheten i budsjettprosessen, gjennomføring av budsjettet og regnskapsføring og finansiell rapportering. På den bakgrunn skulle IMF vurdere sentrale elementer av regjeringens treårige program for reformer av offentlig finansforvaltning og gi råd om videre oppfølging og prioriteringer. IMF ble også bedt om å vurdere integriteten av økonomistyringssystemet IFMIS.

For IFMIS viser IMF til at det er tatt i bruk funksjonaliteter for å styrke statens betalingssystem, styrke kontrollen med utgifter og bidra til bedre økonomisk rapportering. IMF konkluderer med at det gjenstår mye for å konsolidere disse funksjonalitetene og fullt ut dra nytte av systemet. IMF viser også til at det nylig var gjennomført ulovlige og kriminelle transaksjoner i IFMIS som innebar et betydelig økonomisk tap for staten. IMF fant alvorlige svakheter ved forvaltningen og driften av kontrollene som systemet skal inneholde.

Utenriksdepartementet viser i brev til at det var malawiske myndigheter som oppdaget de uregelmessige transaksjonene, og at de allerede hadde startet etterforskning da IMF's gjennomgang ble gjort. Myndighetene forfølger saken både gjennom straffesaken og ved å forebygge nye tilfeller. Rådene fra IMF skal følges opp gjennom reformprogrammet for offentlig finansforvaltning som finansieres gjennom et felles giverfond. Departementet mener saken er et positivt eksempel på

119) The Office of the Inspector General (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria): Audit of Global Fund Grants to the Republic of Malawi, 03.08.2012.

120) IMF (2012), Fiscal Affairs Department: Malawi – Public Financial Management Reforms. January 2012.

oppfølging og samarbeid mellom givere og myndigheter.

IMF viser til at det er gjort visse framskritt for økonomirapporteringen, men det gjenstår flere utfordringer som undergraver troverdigheten av myndighetenes økonomirapportering. Dette gjelder blant annet at data for regnskapsføringen kommer seint og er ufullstendige. Videre viser IMF til svake systemer for bankavstemming og for prognoser for kontantstrøm. Dette begrenser effektiviteten i forvaltningen av statens kontanter. Når det gjelder budsjettprosessen, peker IMF på at det er gjort betydelige framskritt med å iverksette et programbasert rammeverk for budsjettering med underprogram-struktur og resultat-indikatorer. Men det er svake sammenhenger mellom finanspolitiske makro-størrelser, departementenes strategiske planer og budsjettering på mellomlang sikt. Dette svekker muligheten for få til en ressursfordeling i tråd med regjeringens strategiske mål.

DFID-vurdering 2011

DFID fikk utført en risikovurdering av finansforvaltningen i helsesektoren i 2011.¹²¹ Også denne la PEFA-metodikken til grunn med en vurdering av situasjonen på de seks områdene som er beskrevet over. Vurderingen konkluderte med at risikoen var høy på to områder: a) forutsigbarhet og kontroll i gjennomføringen av budsjettet, og b) ekstern revisjon og parlamentarisk kontroll. Videre var risikoen "vesentlig" på områdene c) regnskapsføring og rapportering og d) realistisk budsjettering. Risikoen var "moderat" på e) budsjettets troverdighet, dvs. samsvar mellom budsjett og regnskap, og f) budsjettets fullstendighet, dvs. hvor mye av offentlige helseutgifter som er reflektert i budsjettet.

To områder fikk dårligere skår, ett fikk bedre, og de øvrige to områdene fikk samme skår som i 2008. Følgende faktorer med relevans for finansforvaltningens kvalitet ble trukket fram:

- På distriktsnivå er fordeling av driftsmidler sterkt påvirket av politiske og personlige betraktninger og i mindre grad gjort på grunnlag av objektive vurderinger av helsemessige behov.
- Regnskapsrevisjoner viser vedvarende manglende etterlevelse av reguleringer og retningslinjer (sene og ufullstendige bankavstemming, ulegitimerte utbetalinger). Det har ikke vært noen meningsfylte tiltak for å utbedre disse

manglene. Brudd på økonomiske retningslinjer åpner for tyveri og misbruk/underslag, og giverne har – så lenge det er tvil om integriteten av regnskapsdata – ingen garanti for at utgifter har blitt riktig autorisert og brukt i tråd med forutsetningene.

- Svak kontroll fra ledelsen og begrenset internrevisjon: Økonomiledere forestår ingen effektiv kontroll. Det er ingen kultur for at ledere må stå ansvarlig. Internrevisjon-funksjonen er ikke utviklet og ikke i stand til å forsikre ledelsen om at internkontrollen er adekvat og effektiv.
- Kontrollen med anskaffelser er ineffektiv.
- Det er problemer i distribusjonskjeden for medisiner og materiell.
- Svak ansvarlighetskjede: NAO har fortsatt ikke tilstrekkelig kapasitet, og parlamentets kontroll er avhengig av å få revisjonsrapporter i tide, hvilket ofte ikke skjer. Det er en kultur for ikke å ta revisjonsfunn alvorlig. Resultater er at ledere ikke må stå til ansvar for feil og svakheter.
- For Aidskommisjonens del ble det trukket fram at de store antall tilskuddsmottakere truet med å gjøre det nasjonale aidsprogrammet fragmentert og ineffektivt.

Langtidsrådgivers vurdering

I mars 2011 foretok en giverfinansiert langtidsrådgiver som var plassert i helsedepartementet, en vurdering av økonomistyringen og forvaltningen i helsedepartementet sentralt (Cammack 2011). Viktige positive resultater som blir trukket fram, er at "omsetningen", eller forvaltningen av midler, har økt med 130 prosent med uendret antall ansatte innen økonomi og administrasjon. Videre hadde de begynt å produsere økonomirapporter med oversikter over forbruk og gjenværende midler på budsjettet. Svakheter som trekkes fram, er blant annet personellmangel, svak opplæring i regnskapsføring og it, rutiner knyttet til utbetalingsbilag, mangler ved bokføring, oppgjør av forskudd, utstedelse av kuponger for drivstoff, bankavstemming og svakheter i utarbeidelsen av økonomirapporter (forbruk vs. budsjett). Når det gjelder flyten av midler til distriktene, peker rapporten på at den er blitt bedre, men fortsatt er ujevn, og at det ikke eksisterer noen overvåking av penger og ressurser til førstelinjetjenesten/helsestasjonene.

121) DFID: Health Sector Wide Approach II and National Response to HIV and AIDS: Fiduciary Risk Assessment. Jeremy Cant, June 2011.



Besøk ved CMS' regionallager, Blantyre.

Kilde: Riksrevisjonen

8.2 Utenriksdepartementet og ambassadens oppfølging og kontroll for å sikre at midlene blir brukt etter forutsetningene

8.2.1 Kontrolladgang

I henhold til avtalene om generell budsjettstøtte og helsesektorprogrammet skal Norge og Malawi samarbeide fullt ut for å sikre at mål og formål med programmet nås. For at det skal skje, skal hver part sørge for at den andre parten har all den informasjonen det er rimelig å kreve i henhold til programmet. Malawi skal tillate representanter for Norge å besøke en hvilken som helst del av Malawi for formål som er knyttet til denne avtalen, og undersøke alle relevante registre, varer og dokumenter.

Alle anskaffelser av arbeid, varer og tjenester i helsesektorprogrammet skal gjøres i henhold til bestemmelsene i fellesavtalen mellom giverne og Malawi. Ingen tilbud, gaver, betaling eller andre fordeler av noe slag, som vil eller kan bli tolket som en illegal eller korrump handling, skal aksepteres verken direkte eller indirekte, som

en smøring eller belønning for tildeling av en kontrakt. All slik praksis er grunnlag for opphør av denne avtalen. Malawi skal ved forespørsel framskaffe all relevant informasjon om deres anskaffelsespraksis og handlinger knyttet til anskaffelser, og sørge for tilgang til alle relevante registre og dokumenter.

Den årlige eksterne revisjonen, inkludert NAOs årlige rapporter, vil også tjene som revisjon av den årlige sektorbudsjettstøtten fra Norge. Revisjoner skal gjennomføres og leveres til Norge i henhold til relevante bestemmelser i MoU. Finansiell rapportering og rapportering om måloppnåelse knyttet til programmet skal lages og sendes til Norge i henhold til relevante bestemmelser i MoU.

For den generelle budsjettstøtten foretas revisjonen gjennom den ordinære offentlige revisjonen i Malawi i regi av den malawiske riksrevisjonen (NAO). Ambassaden opplyser at det reviderte regnskapet blir lagt fram av NAO på ett av de faste møtene mellom givergruppen og malawiske

myndigheter som blir holdt to ganger per år. NAO gir da en innledning om hvilke revisjoner som er gjennomført og hvordan de følges opp.¹²²

8.2.2 Norges bidrag for å styrke lokale kontroll- og revisjonssystemer

Kontroll- og konstitusjonskomiteen understreker i Innst. S. nr. 172 (2007–2008) at departementet ved budsjettstøtte må være særlig oppmerksom på å bidra til at lokale kontroll- og revisjonssystemer fungerer tilfredsstillende.

Ambassaden i Malawi opplyser at "det er helhetsvurderingen av offentlig finansforvaltning og økonomistyringen som er avgjørende for ambassadens vurdering av om det kan utbetales budsjettstøtte eller sektorbudsjettstøtte". En vurdering av riksrevisjonen i Malawi inngår i denne vurderingen, og kvaliteten på deres arbeid må ses i sammenheng med kvaliteten på regnskapssystemer og rutiner, samt kvaliteten på anti-korrupsjonsarbeidet og vurderingene av nivået på korrupsjon.

Grunnlaget for ambassadens løpende vurderinger er informasjon fra myndighetene i forbindelse med halvårlige gjennomganger av budsjettstøtten, den malawiske riksrevisjonens rapporter som ambassaden mottar, og eksterne rapporter som omhandler offentlig finansforvaltning. Det er særlig de såkalte PEFA-rapportene som inngår som eksterne vurderinger, ambassaden benytter. Ved at samme metode har vært benyttet over tid, har det også vært mulig å måle framgang på ulike områder.¹²³

Ambassaden opplyser at man fra norsk side har vært klar over mangler på revisjonsområdet i Malawi. I unge, fattige nasjoner er kvalitet og kapasitet i offentlig forvaltning en utfordring, og bygging av denne kapasiteten har vært et viktig satsingsområde i norsk bistand, opplyser ambassaden. Det har vært en forutsetning for budsjettstøtten at Norge har gått inn med støtte til å bygge opp kapasiteten i offentlig sektor. I Malawi har ambassaden prioritert å bidra med støtte til kapasitetsbygging på områdene revisjon, korrupsjonsbekjempelse, statistikk og økonomisk planlegging. Prosjektene har vært målrettet mot å redusere risiko på sentrale områder og å sikre data og kunnskap om måloppnåelse på viktige områder som fattigdomsreduksjon og helse. Ambassaden har derfor siden 2002 støttet den malawiske riksrevisjonen (NAO) med å bygge opp kapasitet og



Hovedkontoret til National Audit Office i Lilongwe.

Kilde: Riksrevisjonen

kompetanse. Fra november 2007 har den norske riksrevisjonen bidratt med faglig kompetanse til prosjektet gjennom langtidsrådgivere og korttidsbesøk. I tillegg til dette har også andre donorer bidratt med støtte til NAO. Kjennskapen til NAO gjennom prosjektet og vurderinger fra samarbeidspartnerne, den svenske og den norske riksrevisjonen, har også inngått i ambassadens vurdering av kvaliteten på NAOs arbeid.

Departementet viser i brev til at ambassaden har jobbet helhetlig med risikoreduserende tiltak for å bidra til at lokale kontroll- og revisjonssystemer fungerer tilfredsstillende. Ambassaden har i dette arbeidet prioritert følgende:

- kapasitetsbygging av den nasjonale riksrevisjonen, jf. omtale over
- kapasitetsbygging av anti-korrupsjonsbyrået og finansiering for å øke deres saksbehandlingskapasitet. Prosjektet er gjennomført i samarbeid med britene.
- kapasitetsbygging av sentralbanken i samarbeid med IMF og med faglig bistand fra Norges Bank
- kapasitetsbygging av det nasjonale statistikkbyrået og økonomi- og planleggingsdepartementet med faglig bistand fra Statistisk sentralbyrå

Departementet viser videre til at ambassaden har lagt vekt på å styrke arbeidet med landets egen revisjon og anti-korrupsjonsarbeid i tråd med Stortingets forutsetninger.

Norge har fått utført to spesialrevisjoner. Den ene gjaldt innkjøpspraksis i bl.a. CMS og ble ferdigstilt 2011, se 8.2.5 for nærmere omtale og den videre oppfølgingen. Et resultat av spesialrevisjonen ble at Norge og andre givere i stedet kanaliserte midlene til medisinkjøp gjennom Unicef.

122) Intervju med ambassaden 09.03.2012.

123) Brev fra ambassaden til Riksrevisjonen 03.08.2012.

Den andre revisjonen gjaldt prosjektmidler fra Norge og DFID til den malawiske riksrevisjonen og ble ferdigstilt 2012. Utenriksdepartementet opplyser at Norges finansielle støtte til NAO ble frosset i 2011 etter mistanke om at midler ikke var brukt i tråd med forutsetningene. Sammen med britene ble det iverksatt en felles revisjon av ambassadens og DFIDs prosjektmidler for finansåret 2010–11 som gikk noe dypere enn en vanlig revisjon. Revisjonen viste svakheter i NAOs finansforvaltningssystemer, og at deler av midlene var misbrukt. Saken om norske midler følges opp via Sentral kontrollenhet. Ambassaden og DFID tok initiativ til å finansiere to konsulenter som arbeidet sammen med NAO for å bedre finansforvaltningen og ledelsen av institusjonen. Da revisjonsrapportene var ferdig i 2012, ble resultatet tatt opp med malawiske myndigheter. Som en del av oppfølgingen fra deres side er det startet et arbeid med å implementere nye finansforvaltningsrutiner basert på konsulentenes anbefalinger. Riksrevisoren trakk seg fra stillingen.

Det var lenge store forsinkelser i NAOs arbeid med statsregnskapet fordi institusjonen lenge var uten riksrevisor. Revidert statsregnskap for regnskapsårene 2004–2005, 2005–2006 og 2006–2007 ble levert parlamentet først i desember 2008 og var ferdigbehandlet av revisjonskomiteen i parlamentet i juni 2010.

Riksrevisor har i sine rapporter ikke hatt merknader til statsregnskapet for de enkelte år.¹²⁴ En rapport om framtidig institusjonell støtte til NAO bestilt av Den tyske utviklingsbanken (KfW) i samarbeid med den norske ambassaden i 2011 viser til at det er store svakheter ved kvaliteten på NAOs regnskapsrevisjon og rapportering. De viktigste punktene som ble trukket fram i rapporten, var:

- En meget betydelig og potensielt oppsiktsvekkende transaksjon i statsregnskapet som ble neglisjert. Denne er beskrevet i faktaboks 4.
- NAO konsentrerer seg om enkelttransaksjoner og overser konsolideringsprosessen i det enkelte virksomhetsregnskap og konsolidert statsregnskap. Det er ikke mulig å se om følgende vesentlige forhold er sjekket og verifisert: konsistensen mellom hva finansdepartementet har overført av midler til virksomheter, og hva statlige virksomheter har mottatt, konsistensen mellom utgifter i samlet statsregnskap og utgifter i de enkelte virksomhetsregnskaper, statens gjeld og finansielle fordringer, og avvik

mellom hva parlamentet har bevilget, og hva som er forbrukt.

- Det er områder som ikke blir gjenstand for NAOs revisjon selv om NAO har mandat til å revidere dem. Det gjelder blant annet gjeld, inntekter og lønn.
- NAO får ikke tilgang på kopier av revidert regnskap og revisjonsrapporter for statlige selskaper. De får dermed ikke kjennskap til situasjonen i virksomheter som håndterer store fellesskapsmidler.
- Revisjonen dekker en relativt begrenset andel av statlige organer. I PEFA-evalueringen fra 2011 anslås det at kun ca. 55–60 prosent av statlige virksomheter blir dekket av NAOs revisjon.
- Verken konsulenten eller PEFA-teamet fikk tilgang til oversikten over statens gjeld og fordringer som følger som vedlegg til NAOs rapport om statsregnskapet.
- Det framgår ikke hvilken andel de transaksjonene som det stilles spørsmål ved (f.eks. fordi det mangler bilagsdokumentasjon), utgjør av de samlede reviderte transaksjoner (i antall eller verdi). Uten slike opplysninger er det ikke mulig å vurdere det reelle omfanget av feil/mangler.

Faktaboks 4 Eksempel på svak revisjon av statsregnskapet

Statsregnskapet for 2008–2009 inneholder en justering hvor man regnskapsfører et underskudd som er akkumulert gjennom flere tidligere regnskapsår, men som ikke var rapportert, på 70 mrd. MK (466 mill. USD). Bokføringen av det underrapporterte underskuddet fra tidligere års regnskap ble ikke ledsaget av noen forklaring eller kommentar i statsregnskapet eller i NAOs regnskapsbekreftelse. Dette til tross for beløpets størrelse, som utgjør i størrelsesorden 25 prosent av statens utgifter.¹²⁵

Da NAO fikk konsulentens rapport til uttalelse, svarte NAO at beløpet ikke var 70 milliarder MK, men 70 millioner MK, hvilket ble ansett for å være under vesentlighetsgrensen siden det dreide seg om et beløp som var opparbeidet over tre år. Riksrevisjonen (den norske) tok deretter kontakt med konsulenten for å høre hva som ble utfallet av saken. Den tyske utviklingsbankens representasjon i Malawi hadde tatt kontakt med NAO for å få klarhet om beløpene, og i den endelige versjonen av statsregnskapet framgår fortsatt et beløp på 70 mrd. MK. Dette innebærer altså at utgifter på til sammen 466 mill. USD (ca. 2,8 mrd. kroner) ikke er inkludert i de revisor-bekreftede regnskapene i de tre foregående regnskapsårene.

124) Ximungo Consultores (2011).

125) Samlede utgifter på statsbudsjettet utgjorde i 2011 1,822 mrd. USD basert på offisiell vekslingskurs (CIA Factbook).

Ambassaden bekrefter at dette forholdet ikke har vært tatt opp særskilt med malawiske myndigheter verken av Norge eller av de øvrige givne, heller ikke etter at man ble gjort spesielt oppmerksom på det. På spørsmål om hva ambassaden har gjort i saken, svarer ambassaden at det på det tidspunktet revisjonsrapporten for 2008–2009 ble lagt fram (august 2010), var et stort etterslep i revisjonsrapportene fra den malawiske riksrevisjonen. Ambassadens prioritet i oppfølgingen av revisjonsarbeidet på denne tiden var knyttet til: "å få etterslepet i revisjonsrapporter klarert, rapportene presentert for parlamentet, samt at det skulle lages rutiner for hvordan rapportene ble behandlet i Parlamentet, og at funn og kommentarer i revisjonsrapportene skulle følges opp. I tillegg kom å øke revisjonenes dekningsgrad og kvalitet. Det har i liten grad vært direkte oppfølging av enkeltfunn fra ambassadens side, med unntak av funn som direkte involverer norske midler. Forholdet som er kommentert går da også tilbake til 2004–2005, og ambassaden ble gjort spesielt oppmerksom på det i oktober 2011. På dette tidspunktet var budsjettstøtten frosset på grunn av utviklingen av den økonomiske og politiske situasjonen. Med begrenset saksbehandlingskapasitet vil vi prioritere hvilke saker som skal følges opp, og det var andre saker som fikk prioritet fra ambassaden".¹²⁶

Utenriksdepartementet har redegjort ytterligere for saken i faktaboks 4 i svarbrev på *Riksrevisjonens undersøkelse av norsk helsebistand*, som ble sendt 2. november 2012. Utenriksdepartementet viser i brevet at det i 2011 ikke ble tatt kontakt med malawiske myndigheter for en ytterligere forklaring på forholdet. I brevet heter det videre:

"Ambassadens forståelse av saken var at dette dreide seg om en korreksjon av statsobligasjoner, og disse har i perioden vært overvåket av IMF. Det var dermed naturlig å gå ut fra at denne korreksjonen var gjort for å rette opp en tidligere feil. Ambassaden har imidlertid nå innhentet en forklaring fra [finansdepartementet i Malawi] og denne bekrefter at regnskapsføringen er en korreksjon for en tidligere feilføring i statsregnskapet, og at tiltak ble satt i verk for å bedre rapporteringen for statsobligasjoner. I 2011, da rapporten fra *Ximungo Consultores* kom, var ambassaden kjent med hvordan statsobligasjoner blir håndtert og tilfreds med rutinene. Fokus i vår oppfølging har vært på å bedre revisjonsrapporteringen for framtiden. Svaret fra [finansdepartementet i Malawi] viser også at myndighetene har tatt

initiativ for å styrke [riksrevisjonen i Malawi] kompetanse på området og inkludere statens gjeld i sine revisjoner framover.

I brev av 23. november [2012] fra [finansdepartementet i Malawi] er det gitt en redegjørelse for bakgrunnen for denne korreksjonen. I perioden før 2009 ble statsobligasjoner håndtert av den malawiske sentralbanken, og det var liten kapasitet på dette området i [finansdepartementet i Malawi]. Statsobligasjoner tilsvarende 69,9 mrd. MK ble utstedt for å tilbakebetale tidligere statsobligasjoner som kom til forfall, altså en refinansiering av gjelden. Ved en feil ble disse nyutstedelsene ikke fanget opp i de avlagte regnskapsrapportene, selv om de ble regnskapsført i sentralbanken. Dette medførte at underskuddet i statsregnskapet ble nedskrevet med mer enn det skulle vært ettersom statsobligasjonene kom til forfall. For perioden 2004/05 til 2006/07 dreier dette seg om til sammen 20,1 mrd. MK, mens det i 2007/08 var et betydelig større beløp på til sammen 46,9 mrd. MK. Det er vanlig at forfallsstrukturen på statsobligasjoner innebærer at det er store beløp som skal refinansieres enkelte år, mens det andre år knapt er forfall. Tilsvarende variasjoner har vi også i det norske statsregnskapet. Det store forfallet i 2007/08 medførte at man etter avleggelsen av regnskapet ble klar over problemet, og at det var nødvendig å foreta en samlet korrigerende i 2008/09, samt iverksette tiltak for å forbedre rapporteringsrutinene. Blant tiltakene som ble gjennomført, er:

- Det ble opprettet en egen avdeling for gjeld og bistand i [finansdepartementet i Malawi] for å øke kapasiteten i oppfølgingen av disse sakene.
- Representanter fra denne avdelingen deltar i alle auksjoner av statspapirer og alle slike auksjoner krever godkjenning fra avdelingen.
- Alle statspapirer inngår nå i regnskapsrapportene, og dette forelegges sentralbanken for kontroll før regnskapene presenteres for Riksrevisor.
- Auksjoner av statspapirer og resultatet av disse auksjonene er annonsert i media for å sikre innsyn for det generelle publikum.
- Avdelingen for gjeld og bistand publiserer en årlig rapport med oversikt over offentlig utenlandsk og innenlandsk gjeld.
- Den malawiske riksrevisjonen driver nå kompetansebygging for å kunne foreta revisjoner av statens gjeld og slike revisjoner vil starte fra 2013.

126) E-post fra ambassaden til Riksrevisjonen 17.9.2012.

Statens gjeld er i tillegg en del av målene i IMF-programmet, og det har vært foretatt halvårlige gjennomganger i løpet av den forrige programperioden. Med det nye programmet fra juli 2012 vil det foretas kvartalsvise gjennomganger. Ved IMF-gjennomgangen i november 2012 var det klart at malawiske myndigheter hadde nådd kravene som var satt for offentlig gjeld. Rapportene fra de kvartalsvise gjennomgangene vil bli delt med budsjettstøtte-giverne."

Utenriksdepartementet viser i brev til at en del av ambassadens bidrag til forbedringer av offentlig finansforvaltning går gjennom den generelle budsjettstøtten. Gjennom rammeverket for budsjettstøtte har giverne og myndighetene i fellesskap satt årlige mål for forbedringer på området offentlig finansforvaltning. Måloppnåelse på dette området er en del av vurderingene som gjøres på en av de halvårlige gjennomgangene. Gjennom perioden har det vært en positiv utvikling med hensyn til måloppnåelse for disse indikatorene. Departementets vurdering er at et slikt giversamarbeid er ressurseffektivt og styrker mottakers eierskap. Det er dette som er gjort i Malawi, og denne tilnærmingen er i tråd med Pariserklæringen og oppfølgingskonferansen i Accra.

8.2.3 Oppfølging av revisjonsrapporter for helsesektorprogrammet

Denne forvaltningsrevisjonen har gått igjennom de årlige revisjonsberetningene med vedlegg samt den skriftlige dialogen mellom giverne og helsedepartementet om revisjonsrapportene for helsesektorprogrammet til og med regnskapsåret 2010–2011. I henhold til avtalen mellom giverne og Malawi skal giverne få kopi av revisjonsrapportene fra helsedepartementet innen 31. desember for regnskapsåret som avsluttes 30. juni samme år. Vanligvis vil giverne deretter skrive et felles brev hvor de kommenterer innholdet og eventuelle funn i revisjonsrapportene. Giverne forventer at departementet i neste omgang svarer på og forklarer de forholdene som er tatt opp.

Undersøkelsen viser at

- for regnskapsåret 2009–2010 skrev ikke giverne noe brev til helsedepartementet om revisjonen av regnskapet
- for regnskapsårene 2006–2007, 2007–2008 og 2009–2010 mottok ikke ambassaden eller andre givere noe svarbrev fra helsedepartementet på sine spørsmål og kommentarer til revisor-

bekreftet regnskap for helsesektorprogrammet.¹²⁷ For regnskapsåret 2010–2011 kom det svar, men departementet svarte ikke på kommentarer til funnene i revisjonen av regnskapet, kun på punkter i givernes brev som gjelder en annen revisjonsrapport om statlige anskaffelser (procurement audit)

Regnskapene er blitt godkjent av ekstern revisor, i de fleste årene med merknader. Vedlegg 3 gir et utdrag av funn fra revisjonsrapportene samt oppfølgings- og svarbrev fra henholdsvis giverne og helsedepartementet for regnskapsårene 2008–2009 og 2010–2011. Vedlegget viser at revisors funn for de to årene er relativt likeartede. Funnene relaterer seg til regnskapene på alle nivåer: helsedepartementet sentralt, sentralsykehus og distriktssykehus. Det vises blant annet til manglende dokumentasjon for utbetalinger og for anskaffelser og overføringer fra finansdepartementet til helsedepartementet, manglende personmapper, feil i utbetalinger av lønn og lønnsutbetalinger til personer som for lengst har sluttet, manglende forsikring av eiendeler, manglende system for medisinformvaltning og manglende kompetanse for regnskapsføring på alle nivåer.

Også i dialogen etterpå mellom departementet og giverne er det flere forhold som går igjen fra år til år: Revisjonsrapporten leveres for sent i henhold til avtalen, det er manglende dokumentasjon, slik som utbetalingsbilag, kvitteringer og mangelfull registrering av medisiner. Mens givernes oppfølgingsbrev til revisjonsrapporten for 2008–2009 er få og overordnede, er deres kommentarer til revisjonsrapporten for 2010–2011 mer omfattende og går i større grad inn på enkeltfunn i rapporten.

I forkant av givernes oppfølgingsbrev til helsedepartementet har ambassaden ofte mottatt kommentarer fra Norad til revisjonsrapporten. Norads kommentarer er vanligvis videreført i givernes oppfølgingsbrev. For revisjonen av regnskapene for årene 2007–2008 og 2008–2009 kom Norads kommentarer til revisjonsrapportene *etter* at giverne hadde sendt sitt koordinerte svar til helsedepartementet. For regnskapsåret 2008–2009 konkluderer Norad i sitt brev til ambassaden med at det er vanskelig å se betydelige forbedringer fra tidligere år. Basert på dokumentasjonen som er lagt fram, ser Norad likevel ingen grunn til at Norge ikke bør fortsette med kurvfinansiering, men de mener man bør fortsette å understreke behovet for forbedringer.

127) Det foreligger utkast til svarbrev for regnskapsåret 2006–2007, men ikke noe offisielt brev.

I faktaboksene 5, 6 og 7 presenteres eksempler på forhold som berøres i revisjonsberetningene, og

hvordan ambassaden har fulgt opp de konkrete funnene.

Faktaboks 5 Eksempel – bankanvisning til departementsråden i helsedepartementet uten underlagsdokumentasjon og manglende justering av regnskapet

I revisjonen for regnskapsåret 2007–2008 blir det vist til at det har blitt utstedt en bankanvisning til departementsråden i helsedepartementet på 32,36 mill. MK (ca. 1,4 mill. kroner) som det ikke fantes underlagsdokumentasjon for. Forholdet ble ikke fulgt opp av ambassaden eller andre givere. Revisjonsrapporten (datert 28.4.2008) gjorde det også klart at det til sammen manglet dokumentasjon for 298 mill. MK. To dager etterpå (30.4.2008) var det korrespondanse mellom DFID og helsedepartementet. Der framgår det at det på de to dagene i mellomtiden hadde blitt framskaffet dokumentasjon for 33 av disse millionene, mens de resterende 265 mill. MK (11 mill. kroner) viste seg likevel ikke å ha blitt brukt. Da den norske riksrevisjonen som ledd i denne undersøkelsen fulgte dette opp nærmere, viste det seg at regnskapet ikke var korrigert for de 265 mill. MK som likevel ikke var forbrukt. Det er dermed ikke brakt klarhet om disse transaksjonene som summerte seg til 265 mill. MK, om de fant sted eller ikke, eventuelt for hva.

Etter at DFID fikk brev om at det var framkommet dokumentasjon for 33 mill. MK, og at 265 mill. MK likevel ikke var blitt brukt, utbetalte både DFID og øvrige givere til kurven i helsesektorprogrammet nye beløp. Dette ble gjort uten at regnskapet ble korrigert for 265 mill. MK, og uten at eksterne revisor ble bedt om å detaljere hva 33 mill. MK var blitt brukt til. Det framgår av dokumentasjonen at eksterne revisjonen ble avsluttet to dager før datoen det var enighet om, fordi en giver måtte få revisjonsrapporten i tide for å kunne utbetale ny støtte til helsesektorprogrammet innen fristen for sitt budsjettår.

Når det gjelder beløpet på 33 mill. MK, har den norske ambassaden i Malawi på spørsmål fra Riksrevisjonen i august 2012 kontaktet de daværende revisorene (KPMG) for å få klarhet i saken. Revisorene opplyste om at beløpet gjaldt medisinkjøp fra utlandet som var betalt med bankanvisningen til departementsråden på 32,36 mill. MK. Det forelå imidlertid ingen dokumentasjon for kjøp og betaling. Nåværende revisor har via ambassaden opplyst om at de ikke har noen forklaring på beløpet. Deretter har ambassaden, på forespørsel fra Riksrevisjonen i forbindelse med denne undersøkelsen, kontaktet helsedepartementet for å få en forklaring. Helsedepartementet oversendte i oktober 2012 kopi av underlagsdokumenter som refererer til flere utbetalinger som fant sted fem måneder etter utstedelsen av bankanvisningen. Beløpene i dokumentene avviker fra beløpet som bankanvisningen gjelder, og det er ført opp andre formål enn medisinkjøp fra utlandet.¹²⁸

Utenriksdepartementet opplyser i brev av 30. november 2012 at Sentral kontrollenhet har opprettet egne saker vedrørende begge disse forholdene: udokumenterte midler til departementsråden i helsedepartementet, og manglende justering av helsesektorregnskapet.

Faktaboks 6 Eksempel – manglende bilag for kjøp av drivstoff

I revisjonsrapporten for regnskapsåret 2008–2009 viser revisor til blant annet en rekke betalinger på til sammen 66 mill. MK (ca. 2,5 mill. kroner) til BP Lilongwe Ltd. for drivstoff til kjøretøy ved helsedepartementets hovedkvarter. For disse betalingene mangler det bilagsdokumentasjon i form av kvitteringer e.l. Giverne tar ikke dette forholdet opp med departementet.

Ambassaden viser i brev av 3. august til at beløpet inngikk i et beløp som var innenfor grensen som revisorene anså var akseptabelt nivå for feil/mangler, og at de dermed godkjente regnskapet, men med merknad. Revisorene anga denne grensen til 300 mill. MK, som utgjør ca. 1 prosent av totalbudsjettet. Det er ikke opplyst hvor mange transaksjoner som ble trukket ut for revisjonen, verdien av dem og andelen av disse som hadde manglende dokumentasjon. I forbindelse med denne undersøkelsen har ambassaden, etter spørsmål fra Riksrevisjonen, hatt møte med revisorfirmaet og fått opplyst at revisjonen dette året undersøkte alle transaksjoner ved alle regnskapsførende enheter.

Utenriksdepartementet opplyser i brev av 30. november 2012 at Sentral kontrollenhet har opprettet sak på dette forholdet.

128 Diverse e-postkorrespondanse mellom Riksrevisjonen og ambassaden august–oktober 2012.

I regnskapet for helsesektorprogrammet fram til og med regnskapsåret 2009–2010 er ikke midler fra de globale helsefondene som Malawi får i form av medisiner, vaksiner og materiell, inkludert. Begrunnelsen var at dette ikke medførte noen penge-transaksjoner i Malawi siden oppgjøret for medisinene ble foretatt mellom fondenes hovedkontorer i Genève og Unicef eller andre som foretar innkjøp på fondenes vegne. For Det globale fondets del endrer denne praksisen seg i regnskapsåret 2010–2011, hvilket innebar en stor økning i helsesektorbudsjett- og regnskap. Denne regnskapsføringen har medført at om lag 1,4 mrd. kroner fra Det globale fondet til medisiner (aids-medisin, malariamedisin, myggnett m.m.) ikke er blitt synliggjort i regnskapene.¹²⁹

Ambassaden svarer i brev om at den har vært kjent med at Det globale fondets bidrag ikke har framkommet tidligere. Ambassaden skriver at dette ble påpekt ved flere årlige møter, og "det var vel disse gjentatte protestene som førte til endring".¹³⁰ Dialogen omkring dette spørsmålet er imidlertid ikke nedfelt i referatene fra de årlige møtene. Forholdet er heller ikke nevnt i dialogen mellom ambassaden og Norad i forbindelse med kommentarer til den årlige revisjonen av helsesektorprogrammet. Den skriftlige korrespondansen mellom givere og fra givere til helsedepartementet om revisjonen gir ikke inntrykk av at man har forstått regnskapet på dette punktet, og hvorfor budsjett/regnskap viser en så markant økning fra forrige år.

Når det gjelder GAVI, er verdien av vaksinene fortsatt ikke reflektert i budsjett og regnskap. GAVI opererer generelt med at verdien av vaksinene utgjør ca. 85 prosent av støtten til et land, mens 15 prosent gis som penger til programmer for styrking av helsesystem. GAVI rapporterer at alliansen har bidratt med 75 mill. USD i støtte til Malawi i perioden 2005–2011, hvilket innebærer at om lag 63 mill. USD, eller ca. 360 mill. kroner, fra GAVI ikke er inkludert i budsjett/regnskap for helsesektoren. Ambassaden opplyser i brev at regnskapsføringen for GAVI-midler ikke har vært et tema i dialogen mellom ambassaden/ givergruppen og helsedepartementet: "Som giver har vi vært opptatt av dekningsgraden av vaksiner til småbarn – det er tross alt dette som redder liv. Malawi har, etter at de har mottatt støtte fra GAVI, økt dekningsgraden av vaksiner til småbarn fra 64 til 97 prosent (fra 2002–2011, med pentavaksinen), i tråd med premissene for å motta vaksinene fra GAVI."

8.2.4 Ambassadens kapasitet og kompetanse til å følge opp revisjoner

Ambassaden har god helsefaglig kompetanse til å følge opp helsesektorprogrammet. På spørsmål om ambassaden har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til aktiv oppfølging av revisjonene av *helsesektorprogrammet*, svarer ambassaden i intervju at den ikke har hatt kompetanse eller kapasitet til å følge opp spørsmål knyttet til finansforvaltningen på sektoren. Fram til høsten 2008 tok Verdensbanken, i kraft av sin lederrolle innen offentlig finansforvaltning, hovedansvaret for tilbakemeldingene på revisjonsrapportene. Etter at Verdensbanken trakk seg ut av helsesektorprogrammet, var det i en overgangsperiode først Det globale fondet og senere DFID som tok denne rollen. Det var imidlertid ingen i DFID som hadde god nok kompetanse og kapasitet på feltet, og Tyskland er ifølge ambassaden det landet som fra 2010–2011 har tatt mest ansvar på dette området.

Ambassaden opplyser i intervju at Norge i tillegg har brukt Norads kompetanse på de store revi-

sjonene og til dels konsultentselskapet PriceWaterhouseCoopers (PWC) lokalt. Ambassaden sluttet å bruke PWC fordi de sluttet å levere og ikke svarte på henvendelser. Ambassaden opplyser i 2012 at Norge framover planlegger å møte i arbeidsgruppen for offentlig finansforvaltning og anskaffelser.

Når det gjelder oppfølging av *den generelle budsjettstøtten* (CABS) svarer ambassaden at den både har kompetanse og kapasitet til å følge den opp. Ambassaden vil dessuten få en ekstra ansatt når det er Norge som skal ha sekretariatsfunksjonen for CABS-gruppen. Ambassadens kompetanse er først og fremst knyttet til landøkonomen. I tillegg har ambassaden en lokalt ansatt programansvarlig som er knyttet til oppfølgingen av prosjektene for godt styresett.

Ambassaden opplever samarbeidet med Norad i oppfølgingen av den generelle budsjettstøtten som veldig godt. Samme person i Norad har fulgt budsjettstøtten i Malawi over tid. Norske langtidsrådgivere i styresettprosjekter har også stor betydning for ambassaden når det gjelder oppfølgingen av budsjettstøtten. De har god kunnskap om forvaltningen og kulturelle forhold, og kan gi synspunkter på kvaliteten på arbeidet i de statlige

129 230 mill. USD. <http://www.theglobalfund.org/en/> (Disbursements in detail (raw data)).

130 Brev til Riksrevisjonen 03.08.2012.

institusjonene. Ambassaden leier inn eksterne konsulenter etter behov, for eksempel ved analyse av forslag til statsbudsjett. Det er et konsulentbudsjett på en halv million årlig som stort sett brukes opp. Utenriksdepartementet opplyser i brev at ambassaden også søker etter en lokal konsulent som kan bistå i vurderingen av regnskap og revisjoner for alle ambassadens programmer.

8.2.5 Utenriksdepartementets oppfølging av brudd på regler for anskaffelser i CMS

Som nevnt i kapittel 8.2.2 har Norge og de andre kurvgiverne til helsesektorprogrammet fått utført en spesialrevisjon av innkjøp i bl.a. CMS, en revisjon som ble utført av det britiske selskapet RSM Tenon. Bakgrunnen var at ambassaden og andre givere til helsesektorprogrammet hadde fått informasjon om mangler ved en rekke innkjøp i CMS fra givernes representant (POA). Ambassaden varslet umiddelbart Sentral Kontrollenhet i Utenriksdepartementet som åpnet varslings sak. Giverne engasjerte i fellesskap RSM Tenon, og stoppet alle betalinger til helsesektorprogrammet. Nedenfor redegjøres det for Utenriksdepartementets oppfølging av spesialrevisjonen.¹³¹

Rapporten fra spesialrevisjonen av 17 store innkjøp antyder at de avgjørelser som var blitt tatt i de enkelte anbudprosesser som ble undersøkt, hadde ført til betydelige tap. Giverne ble enige om å oversende RSM Tenon-rapporten til helse departementet. Etter Utenriksdepartementets vurdering avslørte kommentarene fra helse departementet "at sakens alvor ikke hadde gått opp for myndighetene i sin fulle bredde". Etter en ny runde med helsedepartementet i april 2011 ble den endelige rapporten fra RSM Tenon oversendt NAO, anti-korrupsjonsbyrået (ACB), styret i CMS samt finansdepartementet for uttalelse. ACB har informert ambassaden om at etterforskning pågår. Utenriksdepartementet opplyser om at man vil følge opp krav om tilbakebetaling av konstaterte misligholdte beløp når resultatene fra ACBs undersøkelser er kjent.

I august 2011 anmodet ambassaden om å få om disponere midlene som var frosset til helsesektorprogrammet, i alt 80 mill. kroner. Begrunnelsen var den prekære situasjonen i Malawi for forsyning av nødvendige medisiner. Anmodningen ble imøtekommet under visse forutsetninger, blant annet at midlene skulle disponeres av en uavhengig profesjonell institu-

sjon. Unicef forvalter størsteparten av midlene (59,6 mill. kroner) til innkjøp av medisiner.

Mislighetssaken framskyndet endringer i organiseringen av CMS, som nå er omdannet til en stiftelse med eget styre og dermed formelt uavhengig av departementene i Malawi. Givernes agent for oppsyn med offentlige innkjøp (POA) er også blitt styrket med utvidede fullmakter. Direktøren og hans nestkommanderende i kontoret for offentlige innkjøp (ODPP) fikk ikke fornyet sine åremålskontrakter da de utløp i februar 2012.

Norge har sammen med andre donorer inngått en avtale som regulerer forvaltningen av midler fra kurvgiverne til helsesektorprogrammet for 2011–2016. Norges bidrag utgjør 180 mill. kroner over tre år.

8.2.6 Oppfølging av framdriftsrapporter og skriftlig vurdering

Ambassaden opplyser i intervju at rutinen for rapportering for helsesektorprogrammet står i avtalen mellom giverlandene og Malawi. Det skal utarbeides en årlig og halvårlig rapport samt et referat fra de årlige møtene. Norge skal i henhold til Bistandshåndboka lage egen skriftlig oppsummering.

Undersøkelsen har kartlagt de rapportene ambassaden har mottatt, i tillegg til interne oppsummeringer som er laget (se vedlegg 4). Kartleggingen viser at det i perioden 2005–2010 i hovedsak er blitt utarbeidet halvårlige og årlige framdriftsrapporter samt referater fra årlige og halvårlige møter, og at ambassaden i de fleste årene har utarbeidet oppsummeringer med vurderinger av utvikling og framdrift innenfor helsesektoren.

Ambassaden opplyser i intervju at det varierer i hvilken grad årsrapporten om resultater er blitt utarbeidet og fordelt i rimelig tid før møtet. Ofte har det ikke vært tid til å lese, vurdere og diskutere framdrift med andre givere før møtet. Det varierer også i hvilken grad disse dokumentene rapporterer på effekter. Vanligvis er det mest om resultater eller mangel på slike. Målsettinger og anbefalinger lages og nedfelles i referat fra møtene. Det er de tekniske arbeidsgruppene (Technical Working Groups) som får mandat til å følge opp anbefalingene. Dette skjer i svært varierende grad, ofte avhengig av gruppenes leder.¹³² Tettpakket agenda, saker som hopper seg opp, og liten tid

131) Basert på en redegjørelse i brev fra Utenriksdepartementet til Riksrevisjonen, 28.08.2012.

132) Intervju om helsesektorprogrammet med ambassaden i Malawi 09.03.2012.

fører til at det blir vanskelig for deltakerne å danne seg et bilde av hva som egentlig har skjedd siden siste årlige/halvårlige møte.

8.2.7 Bruk av gjennomganger og feltbesøk

Gjennomganger

Giverlandene og myndighetene i Malawi har i fellesskap fått utarbeidet felles midtveisgjennomgang (januar 2008) og sluttgjennomgang (september 2010) av helsesektorprogrammet.

Bruk av feltbesøk

Ambassaden gjennomfører ikke spesifikke feltbesøk for *den generelle budsjettstøtten* og anser ikke det for å være hensiktsmessig, ettersom det ikke er mulig å spore de norske midlene særskilt. Men ambassaden oppgir at de er ute i felt i forbindelse med egne prosjekt- og programbesøk. Dette ses på som mer hensiktsmessig. Budsjettmessig er det heller ikke noe problem for ambassaden å gjennomføre feltbesøk, men det kan være vanskelig å finne tid til det. I forkant av feltbesøk utarbeides det et mandat som sier noe om hensikten med besøket, og så lages det en rapport i etterkant. Ambassaden må klarere feltbesøk med malawiske myndigheter på forhånd, spesielt innenfor helsesektoren. Men ambassaden har også anledning til å gjennomføre uanmeldte besøk.

For *helsesektorprogrammets* del har Norge i avtalen (MoU) forpliktet seg til å minimere antall egne feltbesøk, og derfor gjennomføres det få feltbesøk. De feltbesøkene som gjennomføres, skjer sammen med helsedepartementet i Malawi og i forbindelse med ulike typer besøk fra norske delegasjoner o.l. Det ble tidlig i 2012 et feltbesøk av den norske ambassaderåden og departementsråden i helsedepartementet i forbindelse med nødinnkjøpet av medisiner for å undersøke om medisinerne nådde fram. Feltbesøk oppleves også å gi anekdotisk kunnskap, og det er vanskelig å bruke slike besøk systematisk.¹³³ Ambassaden mener imidlertid at feltbesøk er viktig for å få et inntrykk av den faktiske situasjonen ute i felt, og at givere av øremerkede midler har mer igjen for å drive feltbesøk og målrettet oppfølging av sine spesifikke programmer.

Utenriksdepartementet opplyser i brev av 30. november 2012 at det er riktig at feltbesøk ikke har vært brukt systematisk i oppfølgingen av helsesektorprogrammet i Malawi. Feltbesøk, både

formelle og mer uformelle, har imidlertid blitt gjennomført med jevne mellomrom. For ikke å overbelaste malawisk helsevesen med for mange ukoordinerte feltbesøk, har man blitt enige om å legge flest mulig av disse til de årlige helsegjennomgangene, og givene har blant annet deltatt i gjennomganger i de ulike sonene med lokalt personell fra distriktene.

8.3 Utenriksdepartementets kontroll med midler via de globale helsefondene

I Budsjettinnst. S. nr. 3 (2007–2008) understreker utenrikskomiteen behovet for en målrettet og effektiv kontroll med bistandsmidlene, uavhengig av hvilke instanser bistanden kanaliseres gjennom. Undersøkelsen legger til grunn at Norges kontrollrett overfor de globale helsefondene er begrenset, men at Norge kan føre kontroll med fondenes interne revisjons- og kontrollarbeid gjennom deltakelse i de styrende organene i organisasjonene.

Riksrevisjonen har i brev stilt spørsmål om hvordan Utenriksdepartementet arbeider for å sikre at internkontrollen i De globale helsefondene oppfyller norske krav. Utenriksdepartementet opplyser at det følger opp tilskudd til Det globale fondet og GAVI gjennom deltakelse i organisasjonenes styre og gjennom direkte kontakt med organisasjonenes sekretariater. Deltakelsen i styret skjer gjennom styregrupper der representasjon går på omgang mellom landene. Internt i styregruppene fordeles også kandidaturer til styrenes fagkomiteer. På grunn av store pengebidrag og behov for å følge organisasjonenes internkontroll, har Utenriksdepartementet arbeidet for at Norge skal være representert i organisasjonenes fagkomiteer for finans og drift. Norge er per september 2012 representert i en slik fagkomité både i Det globale fondet og i GAVI. En oversikt over Norges samlede deltakelse i styre og fagkomiteer for GAVI og Det globale fondet for tidsrommet 2004–2012 viser at Norge er bredt representert i begge fondene.

Som en del av det årlige regnskapsoppgjøret følger revisjonsrapport fra eksternrevisjon i egen styresak. Saken blir på vegne av styret behandlet i aktuell fagkomité i forkant av styremøtet som behandler revisjonsrapporten. Utenriksdepartementet behandler ekstern revisjonsrapport som en del av forberedelsen til styremøter.

Utenriksdepartementet presiserer at det i bevilgningsforslaget til Stortinget legger til grunn at

133) Ansvarlig saksbehandler opplyser imidlertid at man alltid forsøker å kombinere gjennomganger på regionsnivå ("zonal reviews") med besøk til et helsesenter eller to mens man likevel er i området.

risikoen for korrupsjon er høy i flere av landene departementet har sin innsats. Denne risikoen er også redegjort for i bevilgningsforslaget under omtalen av Det globale fondet. For GAVI opplyser departementet at begrenset kunnskap om korrupsjonsomfang og den høye risikoen for økonomiske misligheter i tilskudd som er kanalisert gjennom mottakerlandenes institusjoner, gjør det vanskelig å vurdere hva som er tilstrekkelig kontroll, jf. Dokument 1 (2011–2012).

Sentral kontrollenhet i Utenriksdepartementet startet i 2009 en systematisk gjennomgang av tilsyns- og kontrollfunksjonen i multilaterale organisasjoner, programmer og fond som grunnlag for oppfølging. Det globale fondet og GAVI ble gjennomgått i 2010. Det globale fondets systemer for avdekking og håndtering av saker der det er mistanke om økonomiske misligheter, ble vurdert som gode, men det ble stilt spørsmål ved om fondet arbeidet nok med forebygging i programmene som mottok støtte. For GAVI etterlyste departementet spesielt en enda klarere policy for totaliteten av organisasjonens virksomhet når det gjelder forebygging, avdekking og håndtering av økonomiske misligheter. I Dokument 1 (2011–2012) redegjør Utenriksdepartementet for hvordan GAVI har fulgt dette opp. Det vises blant annet til internrevisors anbefalte tiltak for å forebygge økonomiske misligheter bedre i pengebasert støtte. Tiltakene var basert på en gjennomgang av GAVIs nåværende policy og systemer.

Både Det globale fondet og GAVI har etablert internrevisjonsfunksjon uavhengig av sekretariatene. Disse rapporterer direkte til organisasjonenes styrer. Internrevisjonsfunksjonen er, ifølge Utenriksdepartementet, sentral for å sikre organisasjonenes internkontroll.

Etter at internrevisjonen avdekket økonomiske misligheter i Det globale fondets programmer i flere land i 2010, ble det ifølge departementet lagt enda større vekt på reformprosesser som allerede var i gang, og intensiverte kontrolltiltak. Det ble blant annet nedsatt et høynivåpanel som skulle gjennomgå fondets kontrollsystemer. Rapporten fra høynivåpanelet av 2011 mener at etableringen av internrevisjonen i 2005 har vært fondets eneste risikoreduserende strategi som har virket etter hensikten. Rapportens hovedbudskap er, ifølge departementet, at Det globale fondet må legge om kursen fra krisehåndtering til langsiktige og bærekraftige investeringer. Det skal også legges mer vekt på økonomi- og risikostyring og på

tilpasning til samfunnsutviklingen. Utenriksdepartementet opplyser at det har fulgt de pågående reformprosessene i fondet tett, både i og utenfor styremøtene.

Per 2012 har Utenriksdepartementet én saksbehandler som har oppfølging av Det globale fondet og GAVI som hovedoppgave. I tillegg anslår Norad at det benytter i underkant av et halvt årsverk til faglig arbeid og styreforbereelser til Det globale fondet og GAVI. Dessuten benytter én medarbeider i FN-delegasjonen i Genève en del tid til gjennomgang av finansielle rapporter, herunder revisjonsberetninger. Innsatsen er ifølge Utenriksdepartementet større når Norge sitter i styret i en av organisasjonene. I perioder med styredeltakelse har Norad benyttet i overkant av to årsverk til oppfølging.

Støtte til helsesystem

GAVI og Det globale fondet har gått sammen for å utforme en felles kanal for helsesystemstøtte (helsesystemplattformen). Utenriksdepartementet opplyser at på grunn av begrenset tilgjengelighet for finansiering fra Det globale fondet og usikkerhet knyttet til fondets prognoser for tilgjengelige ressurser, besluttet styret i november 2011 at fondet inntil videre ikke skulle tildele støtte til helsesystemplattformen. Det er derfor bare GAVI som hittil har innvilget støtte til plattformen.

Utenriksdepartementet opplyser i brev at helsesystemplattformen ser ut til å ha mistet momentum. Det globale fondet har uavhengig av plattformen bidratt til styrking av helsesystemer ved å integrere tverrgående helsesektorhensyn i de sykdomsspesifikke programmene til hiv/aids, malaria og tuberkulose.

Norge kanaliserer en del av sitt bidrag til GAVI ved å gi støtte til den innovative finansieringsmekanismen (IFFIm). Utenriksdepartementet opplyser at begrunnelsen for å inngå avtalen om IFFIm var å støtte opp om GAVIs arbeid for å styrke helsesystemer. Utenriksdepartementet opplyser også at GAVIs styremøte i slutten av 2010 besluttet at 15–25 prosent av GAVIs totale virksomhet skulle gå til styrking av helsesystemer, og at bestemte giveres bidrag til formålet ikke skulle øremerkes. GAVIs nivå for støtte til helsesystem er om lag 15 prosent. Norge arbeider for at andelen skal økes til over 20 prosent, opplyser Utenriksdepartementet.

Feltbesøk

Det legges fra organisasjonenes side opp til feltbesøk i tilknytning til styremøter. Utenriksdepartementet har ikke deltatt på slike besøk i 2011 eller 2012. Norad deltok sist på feltbesøk i 2011. Både Norad og Utenriksdepartementet har ofte deltatt på feltbesøk tidligere år.

Ambassadenes rapportering

Utenriksdepartementet opplyser at blant andre ambassaden i Malawi i 2012 er bedt om å rapportere om virksomheten til Det globale fondet og GAVI. Departementet opplyser ikke om denne informasjonen brukes systematisk i dets oppfølging av fondene.

Utenriksdepartementet presiserer i brev av 30. november 2012 at ambassadens helsemedarbeider er blitt vararepresentant i Det globale fondets landkoordineringsmekanisme (CCM), og at dette forventes å bedre ambassadens innrapportering fra fondets arbeid.

Utenriksdepartementet legger til at Norges støtte til Det globale fondet og GAVI blir forvaltet av Utenriksdepartementet sentralt, og at det baserer oppfølgingen i hovedsak på organisasjonenes egne strukturer i samarbeid med andre givere.

Ambassaden i Malawi opplyser i intervju at den også rapporterer ad hoc om fondenes virksomhet på forespørsel fra Utenriksdepartementet. Ambassaden opplyser at den i liten grad får tilbakemeldinger om hvordan rapporteringen har blitt benyttet.

Utenriksdepartementet opplyser dessuten at Norge deltar i et nettverk med 15 andre giverland i *Multilateral Organizations Performance Network*, MOPAN. MOPAN går gjennom ulike organisasjoners arbeid, og her innhentes ambassadenes vurderinger på basis av standardiserte spørsmål. GAVI ble omfattet av MOPANs vurdering i 2012. Endelig rapport foreligger ikke per september 2012. Det globale fondet har foreløpig ikke blitt vurdert av MOPAN-nettverket, men det er tentative planer om gjennomgang av fondet i 2014.

Utenriksdepartementet opplyser at det gjennom å delta i styret har bidratt til at fondenes støtte reflekteres i mottakerlandenes budsjetter og regnskap. En oversikt fra Det globale fondet fra 76 mottakerland viser at 36 prosent av støtten fra fondet var reflektert i nasjonale budsjetter i 2010.

Utenriksdepartementet og Norad har på ulikt vis arbeidet for at GAVIs tilskudd skal reflekteres i mottakernes budsjetter, opplyser departementet. Riksrevisjonen har ikke mottatt tilsvarende oversikt over andel mottakerland hvor støtten fra GAVI tydeliggjøres i nasjonale budsjetter.

9 Vurderinger

Norge har tatt et særskilt ansvar for tusenårsmål 4 og 5 om redusert barnedødelighet og bedre mødrehelse. Det er også en prioritert oppgave å styrke nasjonale helsesystem, jf. Innst. S. 269 (2008–2009). Dette er sentrale elementer i norsk helsebistand til Malawi. En vesentlig del av norsk helsebistand til Malawi gis som budsjettstøtte. Stortinget har ved flere anledninger uttrykt at budsjettstøtte gir forenklingsmuligheter og kan være fornuftig, men viser også til at det er vanskeligere å etterprøve bruken av midlene ved denne formen for bistand. Man må derfor forsikre seg om at kvaliteten i finansforvaltningen er god nok for slik støtte, jf. Innst. S. nr. 172 (2007–2008) og Innst. S. nr. 269 (2008–2009).

Undersøkelsen viser at det er gjort framskritt på viktige områder for folkehelsen i Malawi, blant annet når det gjelder andelen av hiv/aids-pasienter som får behandling, grunnleggende fødselshelse-tjenester og lavere dødelighet av malaria. Det er likevel relativt langt igjen før sentrale mål for redusert barne- og mødre-dødelighet og andre sentrale mål på helseområdet er nådd. Målene om økt dekning for helsepersonell er ikke nådd, og disse vil forbli vanskelig å nå med vedvarende høy befolkningsvekst.

Det har vært en vesentlig økning i ressurstilgangen til helsesektoren i Malawi de siste ti årene fram til 2012. Undersøkelsen viser imidlertid betydelige lekkasjer i ressursstrømmene. Det er svakheter ved medisinaldepotets innkjøp og distribusjon av medisiner og ikke minst ved forvaltningen av medisiner på sykehusene og ved helsesentrene. Undersøkelsen tyder på at fravær reduserer tilgjengeligheten av landets svært knappe helsefaglige personale. Videre har landets helsemyndigheter begrenset evne til å omsette bevilgninger til medisinsk utstyr og infrastruktur.

Undersøkelsen viser at ambassaden og øvrige givere relativt sent tar fatt i problemene knyttet til innkjøp, distribusjon og forvaltning av medisiner. Ambassadens bidrag til å styrke revisjonsordninger og andre prosjekter for godt styresett er positivt. Men det er svakheter knyttet til ambassadens oppfølging av den årlige revisjonen av helsesektorprogrammet og av potensielt alvorlige

forhold knyttet til finansforvaltningen som framkommer av dokumentasjon man har hatt, jf. 9.4.

Undersøkelsen viser videre at det er store svakheter ved systemene for offentlig finansforvaltning i Malawi. Disse svakheterne innebærer høy risiko, særlig for relativt frie midler som budsjettstøtte. Undersøkelsen viser også at svakheterne og risikoen har vært kjent for Utenriksdepartementet. Det kan stilles spørsmål ved om kvaliteten på Malawis offentlige finansforvaltning og nasjonale riksrevisjonsordning er på det nivået som Stortinget forutsetter når budsjettstøtte vurderes, jf. Innst. S. nr. 172 (2007–2008) og Innst. S. nr. 269 (2008–2009). Undersøkelsen viser videre at Utenriksdepartementets retningslinjer for budsjettstøtte ikke reflekterer forutsetningen i Innst. S. nr. 269 (2008–2009), der det forventes at det fastsettes klare kriterier for kvaliteten i finansforvaltningen i mottakerlandene.

9.1 Måloppnåelse for helsesektorprogrammet og budsjettstøtten

De prioriterte tusenårsmålene 4 og 5 om redusert barnedødelighet og bedre mødrehelse er nært knyttet til tusenårsmål 6 om bekjempelse av aids, malaria og tuberkulose. Det er også en prioritert oppgave å styrke nasjonale helsesystemer, jf. Innst. S. nr. 269 (2008–2009). I Paris-erklæringen, som Norge har sluttet seg til, heter det at givene skal basere støtten på mottakerlandenes nasjonale utviklingsstrategier, institusjoner og prosedyrer. I Malawi blir disse målene forsøkt realisert både direkte gjennom bilateral støtte, i form av blant annet generell budsjettstøtte og sektorbudsjettstøtte til helse, og indirekte gjennom multilateral bistand til GAVI og Det globale fondet. Disse fondene er viktige aktører for styrket barne- og mødrehelse i Malawi.

Malawi har vist framgang når det gjelder redusert barne- og mødre-dødelighet. Den positive utviklingen er ikke tilstrekkelig til å nå målene som var satt for dette i helsesektorprogrammet. Men tatt i betraktning at målene både var satt høyt og skulle nås innen seks år, vurderes framgangen som god. Målet om å redusere dødelighet som skyldes malaria, ser ut til å være oppnådd.

Tusenårsmålene om å redusere barne- og mødre-dødeligheten med henholdsvis 2/3 og 3/4 fra nivåene i 1990, vil bli vanskelig å nå i Malawi innen 2015.

Målene i helsesektorprogrammet var også å øke tilgjengeligheten og bruken av helsetjenester. Hovedbildet er at det har vært en positiv utvikling for disse målene. Selv om utviklingen er positiv, er måltallene likevel ikke nådd for halvparten av resultatindikatorerne.

Helseindikatorerne for den generelle budsjettstøtten viser også en positiv utvikling. Måltallene for disse indikatorerne er i hovedsak oppnådd. Det må imidlertid tas med i betraktning at disse måltallene settes årlig og er nærmere status enn målene i det seksårige sektorprogrammet eller tusenårsmålene.

Ved siden av mål om redusert dødelighet og mål om bruk og tilgjengelighet av grunnleggende helsetjenester har helsesektorprogrammet også hatt mål for innsatsfaktorer som personell, medisiner og medisinsk utstyr, infrastruktur m.m.

Måloppnåelsen for innsatsfaktorene eller pilarene i helsesektorprogrammet har vært svak. Lege- og sykepleierdekningen ble bedre de første årene, mens den etter 2009 har gått ned igjen. Viktige årsaker til dette er en sterk befolkningsvekst og begrenset tilvekst av helsepersonell fra utdanningsinstitusjoner. Økningen har skjedd fra svært lave nivåer, og resultatene på personellsiden må kunne sies å ha vært relativt begrensede. Tallene for vakanser er fortsatt meget høye: om lag 2/3 av både lege- og sykepleierstillingene var ubesatte ved utgangen av 2011.

Forbedringen i distribusjonen av medisin er ifølge helsedepartementets egenrapportering meget god, men dette får ikke støtte av andre undersøkelser. Undersøkelsen viser at det lenge har vært og fortsatt er store svakheter i forvaltningen av medisiner. Dette har store negative konsekvenser for malawieres reelle helsetilbud. Det vises til omtale under 9.2.

Det har vært et stort underforbruk av midler til investeringer i nye og rehabiliterte bygg. Det tyder på svak evne til å realisere slike prosjekter. Det er ikke blitt flere sykehus eller helsesentre i løpet av perioden.

Lav måloppnåelse for innsatsfaktorene svekker forutsetningene for å produsere helsetjenester i

det omfang og av den kvalitet som var planlagt. Det er derfor viktig at givene iverksetter tiltak som styrker måloppnåelsen for helsepersonell, tilgangen på viktige medisiner og medisinsk materiell, utstyr og infrastruktur.

Det er grunnleggende svakheter ved helsedata i Malawi som gjør det vanskeligere å vurdere utviklingen. Befolkningsveksten har ofte blitt undervurdert og har bidratt til at den positive utviklingen er blitt overvurdert, f.eks. ved beregningen av lege- og sykepleierdekning.

9.2 Måloppnåelse for Det globale fondet og GAVI

Det globale fondet

Undersøkelsen viser at Det globale fondet har gitt viktige bidrag i arbeidet for å bekjempe hiv/aids, malaria og andre smittsomme sykdommer gjennom sine programmer i Malawi. Med en dekningsgrad per 2011 på 67 prosent for aids-medisiner i Malawi, er det likevel langt fra full tilgang til behandling for hiv/aids for alle som trenger det, i tråd med tusenårs mål 6.

Det globale fondet er en sentral giver av helsebistand til Malawi. Fondet finansierer alene aids-medisinprogrammet, som gir medisiner til over 300 000 mennesker. Spesielt fondenes programmer innrettet mot hiv/aids kan vise til gode resultater, men også malariaprogrammene og opplæringen og finansieringen av de ufaglærte helseassistentene har gitt viktige bidrag til Malawis helsesektor. Det er de ufaglærte helseassistentene som i stor grad setter vaksiner.

GAVI

GAVI har gitt viktige bidrag til å redusere barne-dødeligheten i Malawi. Landet har oppnådd høy vaksinedekning og har ikke hatt vaksinemangel på nasjonalt nivå de siste årene. Det er likevel indikasjoner på at det oppstår vaksinemangel ved enkelte helseenheter på grunn av dårlige systemer for å rekvirere og fordele vaksiner mellom enheter.

Økonomisk bærekraft, parallellitet og fondenes tilpasning til sykdomsbyrde

Det er det enkelte utviklingslands egne behov og forutsetninger som skal være det grunnleggende utgangspunkt for å vurdere hva slags innsats som skal prioriteres, jf. Innst. S. nr. 269 (2008–2009). I Paris-erklæringen vektlegges det at donorene skal basere sin støtte på mottakerlandenes egne institusjoner og prosedyrer.

Det globale fondet sto for om lag 20 prosent av alle midler som gikk til helsesektoren for budsjettåret 2011–2012. Fondet finansierte 67 prosent av hiv/aids-poolen i tidsrommet 2003–2010, mens malawiske myndigheter finansierte 4 prosent i samme tidsperiode. Kampen mot hiv/aids er i Malawi derfor blitt svært sårbar for reduksjoner i støtten fra fondet. Det globale fondet har selv hatt finansielle utfordringer på grunn av finanskrisen og frys av penger fra givere etter mislighetssaker i enkelte mottakerland.

Undersøkelsen viser at GAVI stod for 94 prosent av kostnadene for pentavalentvaksinen i perioden 2008–2011. Malawi vil ikke kunne ta over finansieringen på mange år. Med årlige fødselskull på mer enn 600 000 barn får det store konsekvenser dersom programmet ikke fungerer hvert eneste år. Malawis befolkning er derfor svært sårbar for svingninger i støtten fra de globale helsefondene i årene som kommer.

GAVIs vaksinstøtte er integrert i Malawis vaksineprogram, og GAVI-støttede vaksiner distribueres gjennom nasjonale systemer i Malawi. Det globale fondet har på sin side sett seg nødt til å benytte parallelle systemer for å distribuere aids- og malariamedisiner. Dette har ifølge Det globale fondet blitt gjort for å sikre at medisinene kommer fram, noe det statlige systemet i Malawi ikke har kunnet sikre.

Selv om medisinene deles ut gjennom ulike distribusjonssystemer, oppbevares alle medisinene felles ved helseenhetene. Derfor er heller ikke medisiner finansiert av Det globale fondet sikret mot lekkasjer som skjer ved selve sykehuset eller helsesenteret.

Begge fondenes programmer er godt innrettet mot sykdomsbildet i Malawi. Både hiv/aids, malaria og tuberkulose er blant de sykdommene som gir størst sykdomsbyrde for befolkningen. Hiv/aids er den viktigste dødsårsaken i landet. Et velfungerende vaksineprogram er også vesentlig for å forhindre barnedødelighet og for å minske et lands sykdomsbyrde.

9.3 Ressursflyt

Helsesektoren i Malawi har opplevd en betydelig vekst i ressurstilgangen fra det internasjonale samfunnet i løpet av undersøkelsesperioden. Det er beregnet at Malawis helsesektor mottok nesten 550 mill. USD i regnskapsåret 2011–2012.

Anslagsvis 50 prosent av midlene reflekteres i helsesektorprogrammets budsjetter og regnskap. Undersøkelsen viser at kombinasjonen av Malawis egen organisering og et stort antall givere og aktører resulterer i en meget kompleks struktur. Dette gir ekstra utfordringer når det gjelder god ressursutnyttelse, særlig for et land som Malawi, som har svak administrativ og institusjonell kapasitet.

9.3.1 Personell og personellens tilgjengelighet

Det er stor knapphet på helsefaglig personell i Malawis offentlig finansierte helsevesen. Undersøkelsen indikerer at tilgjengeligheten av helsepersonell er enda mindre enn det personellsituasjonen skulle tilsi. Omfanget av fravær er betydelig. Ved 6 av 13 undersøkte enheter var 45 prosent eller mer av de ansatte ikke tilgjengelige på dagen da revisjonsteamet besøkte enheten.

En årsak til høyt fravær som er trukket fram i flere studier, er kurs- og seminarvirksomhet som de ansatte får relativt sett høye kost- og nattillegg for. Satsene overstiger faktiske reiseutgifter og fungerer som de facto lønnstillegg. Kost- og nattillegg for en lege eller en sykepleier i tre døgn tilsvarer en månedslønn.

Undersøkelsen viser at reise- og seminarvirksomheten utgjør 17–18 prosent av distriktenes samlede driftsmidler til helse. Videre indikerer den at nesten alt utgjøres av kost- og nattillegg for ansatte. For den malawiske staten utgjorde reiseutgifter i årene 2006–2010 i gjennomsnitt nesten 10 prosent av landets statsbudsjett.

9.3.2 Driftsmidler innen distriktene

Bare en mindre del av distriktets driftsmidler til medisiner går til helsesentre og lokalsykehus. Mesteparten av midlene blir brukt på distriktsykehuset. I fem av de sju distriktene som ble undersøkt, forbruker helsesentrene og lokalsykehusene bare ca. 20 prosent av distriktets medisinerutgifter. Over 90 prosent av befolkningen i disse distriktene bor på landsbygda og betjenes primært av disse enhetene. Undersøkelsen har ingen holdepunkter for hva som ville være en rimelig fordeling etter helsefaglige kriterier. Men sammenholdt med funnet om at helsesentrene vesentlig oftere er tomme for medisiner enn hva distrikts- og sentralsykehusene er, tyder dette på en skjevfordeling.

9.3.3 Medisiner

Utgifter til medisiner utgjør vel en tredel av budsjettet innen helsesektorprogrammet. Effektiv

anskaffelse, distribusjon, lagring og utdeling av medisiner er derfor viktig for å sikre god ressursutnyttelse. Verdiene som er involvert, og knappheten på medisiner medfører imidlertid risiko for lekkasjer i ulike former på veien fra produsent til pasient.

Det sentrale medisinaldepotet CMS har hovedansvar for innkjøp av medisiner og medisinsk utstyr. Undersøkelsen viser at CMS gjennom en årrekke har hatt problemer både på det finansielle området og når det gjelder intern styring. Det er også dokumentert flere tilfeller hvor reglene for anskaffelser er blitt brutt. Dette har ført til at anskaffelsene har blitt dyrere enn nødvendig, og at donormidler har blitt brukt på en ineffektiv måte. Undersøkelsen viser også til alvorlige feil og mangler ved de eksterne kontrollmekanismene som er etablert for å sikre effektive anskaffelser. Kvaliteten på den årlige eksterne revisjonen av anskaffelser er blitt kritisert, givernes representant som skal se til at prosedyrene følges, er blitt holdt utenfor anskaffelsesprosessen, og evnen til Kontoret for offentlige anskaffelser til å føre objektiv kontroll er trukket i tvil.

Problemene i CMS har også ført til at Det globale fondet har valgt å la andre aktører stå for anskaffelse og distribusjon av aids- og malariamedisiner. Dette har ført til at det per 2012 eksisterer minst tre parallelle systemer som distribuerer medisiner i Malawi. Dette er forståelig fra givernes ståsted, som er ansvarlige overfor egne regelverk og innbyggere, men det medfører et mer uoversiktlig og komplisert system.

Ifølge helsedepartementets egne optellinger, som det refereres til i sluttevalueringen av helse-sektorprogrammet, var tilgjengeligheten for åtte indikatormedisiner tilnærmet 100 prosent. Denne undersøkelsen viser at tilgjengeligheten av utvalgte medisiner er begrenset med både tomme lagre og liten beholdning. For tre av de fem undersøkte antibiotikaene var det i gjennomsnitt tomme lagre i over 100 dager ved helsesentrene/lokalsykehusene i 2010–2011. For malariamedisinen var det i gjennomsnitt tomme lagre for de ulike typene medisiner på vel 80 dager i året for helsesentre og lokalsykehus. Lagrene for hiv-tester var ifølge lagerkortene tomme nesten 1/3 av året i gjennomsnitt. Tilgjengeligheten var generelt dårligere ved helsesentrene enn ved distriktssykehusene. Best var medisinsituasjonen ved de to sentralsykehusene.

Undersøkelsen viser også at det er betydelige medisinallekkasjer i kjeden fra medisinaldepotet til helseenhetene. For de sykehusene og helsesentrene i utvalget hvor lekkasjen i leddet mellom medisinaldepotet til helseenhetene lot seg beregne, var den for antibiotikamedisinene mellom 13 og 27 prosent. Selv om man bruker parallelle systemer for å sikre at medisinene kommer fram til helseenhetene, indikerer undersøkelsen at det er mye som forsvinner på selve sykehuset før medisinene blir gitt til brukerne/pasientene. Svinnet ved det enkelte sykehus og helsesenter, eller andelen medisin det ikke kan gjøres rede for i leddet mellom sykehusapoteket eller medisinallageret og punktet for utdelingen av medisiner til dagpasientene, er meget høyt – om lag 70 prosent for antibiotikamedisinenes del. Dette svinnet ved det enkelte sykehus eller helsesenter er ikke tidligere blitt undersøkt. På grunn av mangelfull dokumentasjon for aidsmedisiner kunne ikke undersøkelsen si noe om lekkasje for denne typen medisiner.

Samlet viser undersøkelsen at det er betydelig ineffektivitet i ressursflyten fra sentralt nivå til helsetjenestetilbudet ute i distriktene.

9.4 Utenriksdepartementets oppfølging og kontroll

En vesentlig del av norsk helsebistand til Malawi er gitt som budsjettstøtte. Stortingets utenrikskomité stilte seg i Innst. S. nr. 93 (2004–2005) bak bruken av budsjettstøtte for land som bygger opp demokratisk styresett og gode forvaltnings-systemer. Kontroll- og konstitusjonskomiteen peker i Innst. S. nr. 172 (2007–2008) på at det ved budsjettstøtte er vanskeligere å etterprøve bruken av midlene, unngå korrupsjon og kontrollere at midlene brukes på prioriterte formål. Det er derfor viktig at departementet sikrer at nødvendige forutsetninger er oppfylt.

I Innst. S. nr. 269 (2008–2009) står det at en fra norsk side må forsikre seg om at kvaliteten i finansforvaltningen og riksrevisjonsordningene i det enkelte land er god nok for budsjettstøtte, og at det er avgjørende at det settes klare kriterier for forventet kvalitet i landenes finansforvaltning når budsjettstøtte blir vurdert.

Undersøkelsen viser at Utenriksdepartementets retningslinjer for budsjettstøtte ikke setter klare kriterier for kvaliteten på offentlig finansforvaltning når budsjettstøtte blir vurdert og gitt.

Retningslinjene viser til at det ikke er noen fast definert grense for risiko som er akseptabel for å gi budsjettstøtte. Hvis utviklingseffekten av budsjettstøtte er tilstrekkelig stor, kan høyere risiko rettferdiggjøres, ifølge UD. De gjeldende retningslinjene fra 2007 sier at budsjettstøtte også kan gis til svake stater, men da med sikringstiltak. Departementets retningslinjer er ikke i tråd med Stortingets forutsetninger på dette punktet.

Undersøkelsen viser til mange revisjoner, evalueringer og vurderinger som konkluderer med store svakheter og høy risiko ved Malawis offentlige finansforvaltning, både i 2004/2005 og i 2012. Det er blant annet svake it-systemer, mangelfull regnskapsføring, svak revisjon, mangler ved anskaffelser og uklarheter i ansvarsforhold. I PEFA-vurderingene oppnådde Malawi dårligste eller nest dårligste skår på henholdsvis 18 av 28 indikatorer i 2006 og 17 av 30 indikatorer i 2011. DFIDs vurdering av finansforvaltningen på helsesektoren karakteriserer risikoen som "høy" eller "vesentlig" på fire av seks områder. Midtveisgjennomgangen for helsesektorprogrammet viste i 2008 til at midler blir misbrukt siden det ikke er noe system for å holde noen ansvarlige, og at det var umulig å konkludere med at midlene utelukkende var brukt til det de var ment for. Det globale fondets internrevisjon konkluderer i 2012 med at det er betydelig risiko ved finansforvaltning, innkjøp og tilskuddsforvaltning, og kan ikke gi noen rimelig forsikring om at midlene er brukt etter forutsetningene.

Utenriksdepartementets egne forhåndsvurderinger og bevilgningsdokumenter i hele undersøkelsesperioden viser også til den store risikoen som er knyttet til kvaliteten på landets offentlige finansforvaltning. I forhåndsvurderingen av forlengelsen av helsesektorprogrammet fra 2009 refereres det til at helsedepartementet i Malawi ikke har grepet fatt i svakhetene. Tildelingen av budsjettstøtte og sektorbudsjettstøtte er begrunnet med at potensielle gevinster mer enn oppveier risikoen ved å gi slik støtte.

I Innst. S. nr. 172 (2007–2008) og Innst. S. nr. 269 (2008–2009) forutsettes det at budsjettstøtte bare skal gis når et lands offentlige finansforvaltning holder et visst kvalitetsnivå, og når landet har gode nok revisjons- og kontrollordninger for slik støtte. Det kan stilles spørsmål ved om Utenriksdepartementets tildelinger av sektorbudsjettstøtte til Malawi i 2008 og senere er i samsvar med forutsetningene slik de er uttrykt i

Innst. S. nr. 172 (2007–2008) og Innst. S. nr. 269 (2008–2009).

Kontrollkomiteen viser i Innst. S. nr. 172 (2007–2008) til at departementet må bidra til at lokale kontroll- og revisjonssystemer fungerer tilfredsstillende når budsjettstøtte blir gitt. Norge har bidratt med støtte for å styrke lokale kontroll- og revisjonssystemer. Støtten har inkludert områder som revisjon, korrupsjonsbekjempelse, statistikk og økonomisk planlegging. Det er også positivt at Norge gjennom helsesektorstøtten har sikret ekstern revisjon av helsedepartementets budsjett og sammen med andre givere fått utført en spesialrevisjon av medisinaldepotets innkjøp av medisiner, samt fulgt opp spesialrevisjonen overfor landets myndigheter.

Utenrikskomiteen har understreket behovet for en målrettet og effektiv kontroll med bistandsmidlene, uavhengig av hvilke instanser bistanden kanaliseres gjennom. I St.meld. nr. 35 (2003–2004) framheves betydningen av tett og synlig oppfølging fra givere for å hindre misligheter av bistandsmidler. Systematisk bruk av feltbesøk, gjennomganger og revisjoner blir trukket fram som et signal om at giver følger aktivt med i hvordan mottaker bruker bistandsmidlene, og at eventuelt misbruk vil bli avslørt.

Undersøkelsen indikerer, som omtalt i 9.3 foran, at det er betydelige tap i anskaffelsen, distribusjonen og forvaltningen av medisiner på sykehus og helsesentre. Undersøkelsen indikerer også at tilgjengeligheten av knappe helsepersonellressurser er enda mer begrenset ved mange sykehus og helsesentre på grunn av fravær. Undersøkelsen viser at ambassaden og Utenriksdepartementet har tatt initiativ i 2010 overfor myndighetene når det gjelder mistanken om misligheter ved anskaffelsene i CMS. Dette initiativet og den påfølgende frysingen av norsk støtte til helsesektorprogrammet vurderes som positivt. Svakheter i CMS og ved distribusjonen og lagring av medisiner på sykehusene har imidlertid vært godt dokumentert siden 2006, jf. studien av medisinallekkasjer som ble utført for helsedepartementet i Malawi og revisjonsrapportene for helsesektorprogrammet.

Undersøkelsen viser svak oppfølging fra ambassaden og Utenriksdepartementets side av den ordinære, årlige revisjonen av helsesektorprogrammet og de mange forholdene som påpekes i den. For årene 2006–2007, 2007–2008, 2009–2010 og 2010–2011 unnlater malawiske

myndigheter å besvare givernes, herunder Norges, skriftlige spørsmål og kommentarer uten at det får følger. I 2008–2009 unnlater også Norge og givene å foreta en skriftlig oppfølging av revisjonsrapporten, til tross for at revisjonen peker på vesentlige feil og mangler. Ambassaden burde i større grad ha prioritert å følge opp den årlige revisjonen av helsesektorprogrammet i Malawi for å sikre en mer effektiv ressursbruk i sektoren, jf. bevilgningsreglementet paragraf 10 og tilsvarende bestemmelser i økonomireglementet for staten.

Undersøkelsen viser også til eksempler på forhold der Norge og andre givere ikke har fulgt opp egen dokumentasjon eller funn fra revisjonen av helsesektorprogrammet før denne undersøkelsen. Dette er forholdene:

- a) utbetaling av et beløp tilsvarende 1,3 mill. kroner til departementsråden i helsedepartementet hvor det ikke foreligger dokumentasjon som viser hva midlene ble brukt til
- b) manglende justering av helsesektorregnskapet for et betydelig beløp (9 mill. kroner) som først ble rapportert som forbrukt, men som det deretter ble opplyst om at *ikke* var forbrukt
- c) manglende bilag for utgifter tilsvarende 2,5 mill. kroner til drivstoff ved helsedepartementets hovedkvarter i regnskapsåret 2008–2009

I tillegg viser undersøkelsen at store verdier fra blant annet de globale helsefondene ikke framkommer i statsbudsjett og -regnskap i Malawi, og at det blant givene har vært liten oppmerksomhet om budsjett/regnskap og betydningen av at den faktiske ressurs situasjonen blir reflektert der. Det svekker mulighetene for effektiv ressursbruk og til å holde myndighetene ansvarlige. Ambassaden opplyser i intervju at den ikke har hatt kompetanse eller kapasitet til å følge opp spørsmål knyttet til finansforvaltningen på helsesektoren. Det er ikke tilfredsstillende når betydelige bistandsmidler gis som sektorbudsjettstøtte til et land hvor systemene for offentlig finansforvaltning er svake, og ambassaden samtidig verken har kapasitet eller kompetanse til å følge opp slike spørsmål. Når heller ikke andre givere besitter slik kompetanse, blir situasjonen enda mindre tilfredsstillende.

Undersøkelsen viser til en stor transaksjon for utgifter tilsvarende om lag 2,8 mrd. kroner fra regnskapsårene 2004–2005 til 2007–2008 som

ikke var regnskapsført, men som i ettertid føres som justering i Malawis statsregnskap for 2008–2009. Det var i statsregnskapet ikke kommentert hva midlene var brukt til, og Malawis riksrevisjon kommenterte heller ikke forholdet i sin revisjonsrapport. Da ambassaden ble gjort kjent med forholdet i 2011, ble ikke dette tatt opp med landets myndigheter. Ambassaden viser e-post av 17. september 2012 til at budsjettstøtten på det tidspunkt var frosset, og at andre saker fikk prioritet i en situasjon med begrenset saksbehandlingskapasitet. I brev av 30. november 2012 viser Utenriksdepartementet til at ambassaden hadde en forståelse av at saken dreide seg om en korreksjon av statsobligasjoner, og at man var kjent og tilfreds med rutineene for håndteringen av statsobligasjoner. Beløpets størrelse tatt i betraktning, og det faktum at rapporteringssystemet og føringen av statsobligasjoner i statsregnskapet nylig hadde vist klare svakheter, burde ha fått ambassaden til å etterspørre en formell redegjørelse for korreksjonen. Dette burde vært fulgt opp da man mottok revidert regnskap i 2010, og senest da man ble gjort eksplisitt oppmerksom på forholdet. En slik redegjørelse kom først i et brev fra det malawiske finansdepartementet til norske myndigheter 23. november 2012.

Ambassaden har i all hovedsak fått inn framdriftsrapporter for helsesektorprogrammet og vurdert disse. Tilsvarende er det, som forutsatt, blitt utført gjennomganger både midtveis og ved avslutning av programmet. Ambassaden mener feltbesøk ikke er en hensiktsmessig måte å følge opp budsjettstøtte på, siden norske midler ikke kan spores særskilt. For helsesektorprogrammet har Norge forpliktet seg til å minimere egne feltbesøk, og besøk skjer sammen med nasjonale myndigheter. Denne praksisen er ikke i tråd med signalet i St. meld. nr. 35 (2003–2004) om systematisk bruk av feltbesøk. Selv om norske midler ikke kan spores særskilt for budsjett- og sektorbudsjettstøttens del, vil feltbesøk likevel kunne vise norsk nærvær og interesse, i tillegg til å gi verdifull informasjon om situasjonen ute i distriktene. Slik informasjon er særlig viktig som supplement til egenrapporteringen fra helseenhetene, som kan være lite pålitelig.

Utenriksdepartementet opplyser at det følger opp tilskudd til Det globale fondet og GAVI gjennom deltakelse i organisasjonenes styre og gjennom direkte kontakt med organisasjonenes sekretariater. En oversikt over Norges samlede deltakelse i styre og fagkomiteer for GAVI og Det globale

fondet i tidsrommet 2004–2012 viser at Norge er bredt representert i begge fondene.

Det er positivt at fondene har etablert systemer for internkontroll og videreutvikler disse, samt at Utenriksdepartementet har foretatt en gjennomgang av tilsyns- og kontrollfunksjonen i begge fondene.

Den samlede norske støtten til Det globale fondet og GAVI var på godt og vel 1 mrd. kroner i 2011. Det planlegges å trappe opp støtten til GAVI ytterligere fram mot 2015. Utenriksdepartementet har én saksbehandler som har oppfølging av helsefondene som hovedoppgave. I tillegg bistår Norad med faglig rådgivning og kvalitetssikring og benytter mellom et halvt til vel to årsverk til oppfølging av fondene, avhengig av om Norge sitter i styret eller ikke. Selv om forvaltning og oppfølging av multilateral bistand har en annen karakter enn bilateral bistand, kan det stilles spørsmål om ressursene som er avsatt til oppfølging av tilskuddene til fondene, er tilstrekkelig for å sikre effektiv og målrettet kontroll.

Helsesystem

Det er en prioritert oppgave å styrke nasjonale helsesystem, jf. Innst. S. 269 (2008–2009). I Meld. St. 11 (2011–2012) *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken* vises det til at regjeringen ønsker å være en pådriver for at fondene investerer enda mer i generell styrking av helsesystemer. Undersøkelsen viser at Det globale fondet i 2011 besluttet inntil videre å ikke tildele støtte til helsesystemer gjennom samarbeidet med GAVI, og at GAVI gir om lag 15 prosent av sin støtte til helsesystemer. Dette er ikke i tråd med norske prioriteringer.

Vedlegg 1:

Utdyping av metoden i undersøkelsen av tilgjengelighet, lekkasjer og fordeling av medisiner samt av driftsmidler til reiser, utført av LATH Umoyo

1 Tilgjengelighet av medisiner

Tilgjengelighet er blitt målt på to ulike måter. For det første har alle lagerkort for ett år blitt sjekket for å se hvor mange dager som helseenheten var tom for de utvalgte medisinene, såkalte "stock outs". For aidsmedisinen T30 var registreringene på lagerkortene for ufullstendige til at det lot seg gjøre å beregne tilgjengeligheten. For det andre har de registrert lagerbeholdningen på én utvalgt dag fra lagerkortene, og ut fra det og tidligere forbruk, beregnet hvor mange måneders beholdning helseenhetene hadde.

2 Lekkasje

Lekkasje har blitt målt på ulike steder i distribusjonsskjeden blant annet fra medisinaldepotet til helseenhetene og internt på sykehuset fra medisinallageret til dagpasienter. For å beregne den interne lekkasjen ved en helseenhet er opplysninger fra pasientregistre sjekket opp mot hva som er blitt ført på lagerkortene. Antall pasienter som har fått foreskrevet en av de aktuelle medisinene i fire utvalgte måneder (august og november 2010, februar og mai 2011), er blitt multiplisert med standard dosering som framgår av *Malawi Standard Treatment Guidelines*. Hvis det ikke forekommer svinn, skal antall doser fra apotek til poliklinikk og antall doser foreskrevet og utdelt fra poliklinikken for en gitt måned ideelt sett være like. Variansen mellom det som er beregnet ut fra pasientregistrene, og det som er ført på lagerkortene, er dividert på mengden ført på lagerkortene. Dette er blitt multiplisert med 100 for å få et prosentmål på lekkasjen. En mulig feilkilde ved denne metoden er hvis pasienten mottar en større dose enn det som er standard. Det kan gi en urettmessig stor lekkasje. Det er likevel lite trolig at dette forekommer. Det er imidlertid indikasjoner på det motsatte, det vil si at pasienten mottar mindre enn foreskrevet dose.

De enhetene der det i henhold til lagerkort ikke er levert ut medisin, men hvor det ifølge pasientregisteret er blitt utdelt medisin, er fjernet fra beregningen. Det er også bare enheter med data for alle de fire månedene som er tatt med. Dette gir mellom 6 og 13 enheter avhengig av medisintype.

For å regne ut lekkasjen fra medisinaldepotet til helseenhetene har konsulentene i LATH Umoyo regnet ut differansen mellom det som medisinaldepotet skulle levert ifølge fakturaen, og det som helseenheten har ført at den mottok, for et år (FY 2010–2011). Denne forskjellen har blitt delt på den mengden som skulle blitt levert fra medisinaldepotet, og multiplisert med 100 for å få et prosentmål. Det lot seg gjøre å frambringe fakturaer for mellom 2 og 7 enheter avhengig av medisintype/produkt. Det er bare de enhetene som har fått fakturert for større kvanta enn det som er registrert mottatt på lagerkortet, som er tatt med. Det er også noen enheter som har registrert større kvanta medisiner inn på lagerkort enn det de er blitt fakturert for, og som dermed har en "positiv lekkasje". Disse er ikke tatt med.

3 Fordeling av medisiner mellom distrikts-sykehus og helsestasjoner i utvalgte distrikter

Fordelingen har blitt undersøkt ved å se på distribusjonen av medisiner mellom sykehus og alle helsesentra innenfor sju distrikter for regnskapsåret 2010–2011. Kildene som er blitt brukt, er distriktenes månedlige rapporter over løpende utgifter og budsjett for kommende måneder, hvor forbruk til medisiner er skilt ut. I tillegg har det blitt sett på fakturaer som har blitt sendt fra distriktet med bestillinger fra alle underliggende helseenheter til medisinaldepotene. Ut fra dette er det funnet ut hvor stor andel av medisinene som går til distriktssykehus, og hvor stor andel som går til helsesentrene innenfor hvert distrikt. Denne gjennomgangen kan si noe om fordelingen av medisiner er jevn mellom sykehus og helsesentre.

4 Fordeling av utgifter til opplæring og reiser mellom personell ved ulike helseenheter i utvalgte distrikter

Konsulentene har beregnet fordelingen av reise- og kursing mellom medisinske ansatte og administrativt ansatte for regnskapsårene 2009–2010 og 2010–2011. I tillegg har det for samme tidsperiode blitt vist hvor stor prosentandel av reise- og kursing

som har gått til kostgodtgjørelser. På den måten er det vist hvordan kostgodtgjørelser benyttes som et supplement til vanlig lønn.

Vedlegg 2:

Tilgjengelighet av medisiner ved 54 utvalgte sykehus og helsesentre i 2007/2008

Mueller mfl. (2011) undersøkte i 2007/2008 tilgjengeligheten av medisiner på dagen for undersøkelsen ved 54 utvalgte sykehus og helsesentre. Undersøkelsen gjaldt medisiner som benyttes for fire utvalgte sykdommer. Resultatene er vist i tabellen under. Halvparten av både sykehusene og helsesentrene hadde utilstrekkelige lagre (mindre enn tre måneders normalforbruk) av cotrimoxazole, som er et antibiotikum mot akutte luftveisinfectionsjoner og andre infeksjoner.

13 prosent av helsesentrene hadde helt tomme lagre for denne medisinen. For andre orale antibiotika som erythromycine og benzathinepenicillin var situasjonen omtrent lik eller dårligere. For rehydreringstabletter (ORT) var det tomme lagre ved 54 prosent av helsesentrene og 22 prosent av sykehusene. 38 prosent av helsesentrene og 11 prosent av sykehusene hadde ikke klorheksidin, som brukes for desinfisering.

Andel sykehus og helsesentre som har tilstrekkelig, utilstrekkelig eller ingen lagerbeholdning av ulike medisiner, 2007/2008, prosent (N = 54)

Medikament (engelske navn)	Tilstrekkelig lagerbeholdning for kommende tre måneder		Utilstrekkelig lagerbeholdning for kommende tre måneder		Ingen lagerbeholdning	
	Helsesenter	Sykehus	Helsesenter	Sykehus	Helsesenter	Sykehus
Paracetamol	11	22	76	78	13	0
Aspirin	18	33	69	67	13	0
Diazepam	16	33	56	67	29	0
ORT	18	22	29	56	53	22
Nystatin oral drops	24	33	58	56	18	11
Chlorhexidine	36	44	27	44	38	11
Calamine lotion	44	33	38	56	18	11
Gentiana violet (GV)	51	22	31	67	18	11
Hydralazine	9	0	18	56	73	44
Cotrimoxazole	27	44	60	56	13	0
Metronidazole	18	56	62	44	20	0
Benz. penicillin	24	33	62	67	13	0
Erythromycine caps.	22	67	58	33	20	0
SP 500	42	33	56	67	2	0
Quinine tablets	20	11	62	89	18	0
Quinine injectable	47	67	42	33	11	0
Lidocain	24	11	22	33	53	56
Syntometrine	42	44	38	56	20	0
Vitamin A	29	11	22	22	49	67
Magnesium sulphate	18	56	16	11	67	33

Kilde: Mueller mfl. 2011, tabell 2

Vedlegg 3:

Oppsummering av funn og oppfølgingsdialog mellom giverne og helsedepartementet for revisjon av regnskapsårene 2008–2009 og 2010–2011 (beretning og "management report")

Regnskapsåret 2008–2009

Revisjonsrapport fra Graham Carr Ltd.	Givernes oppfølgingsbrev til helsedepartementet	Helsedepartementets svarbrev til giverne
<ul style="list-style-type: none">• Revisjonsrapport har kritiske merknader til regnskapet på alle nivåer, både ved helsedepartementets hovedkontor, sentralsykehus og distriktssykehus.• <i>Manglende dokumentasjon</i>: Revisor stiller spørsmål ved utbetalinger på ca. 274 mill. MK fra hovedkontoret og tre regioner, manglende oppfølging av rutiner og dokumentasjon av anskaffelser, manglende dokumentasjon ved utbetaling/overføring av midler fra finansdepartementet til helsedepartementet, manglende bankavstemminger, samtidig som balansen i bankavstemmingene ikke stemte med balansen i kasserapporten i noen distrikter, m.m.• <i>Personalmapper</i>: Revisor finner blant annet at personalmapper mangler for flere ansatte, at utbetaling av lønn ikke stemte med lønn registrert i personalmappen, og utbetaling av lønn til personer som har sluttet.• Revisor påpeker at det er <i>manglende system for registrering/protokollføring av varer og medisiner</i> på sykehusene ved uttak og mottak.• Revisor påpeker at det generelt er svak kompetanse om regnskap og finansforvaltning i de aller fleste distriktene inkludert ved helsedepartementets hovedkontor.• Revisor påpeker at <i>sykehusenes eiendeler</i> ikke er forsikret.• Revisor påpeker avvik i lønnsføringen mellom CHAM-sekretariatet og CHAMs enheter.• Revisor påpeker at det er flere tjenestereiser som mangler godkjenning fra ledere med godkjenningsfullmakt.• Revisor påpeker at det er avvik mellom budsjetterte og faktiske utgifter.	<p>Brev av 6. august 2010:</p> <ul style="list-style-type: none">• Giverne påpeker at management report (vedlegg til revisjonsberetningen) ikke er oversendt.• Giverne påpeker at regnskapsrevisjonen var seks måneder forsinket, jf. det som står i MoU-en, og at overholdelse av tidsfrister er nødvendig for å frigi midler videre.• Giverne ønsker en forklaring på det store underforbruket til infrastrukturprosjekter.• Giverne etterlyser at tall for deres bidrag for 2008 fylles inn i tabell for å kunne sammenligne med tall fra 2009.	<p>Brev av 19. august 2010:</p> <ul style="list-style-type: none">• Management report blir kvittert ut.• MoH forklarer forsinkelsen med at det har fått unødvendige forespørsler fra revisorene som har forlenget innhentingsprosessen. MoH mener dette skyldes revisorskifte fra KPMG til Graham Carr og ny metodikk.• MoH forklarer overforbruk innen personell med lønnsøkning og nyansettelser som ikke var budsjettert.• MoH forklarer underforbruk av infrastrukturprosjekter med ulike årsaker som manglende bankgarantier fra utbygger, regn, forsinkelser i utbetaling fra MoF (treasury) og problemer i IFMIS.

Revisjonsrapport fra KMPG	Givernes oppfølgingsbrev til helsedepartementet	Helsedepartementets svarbrev til givene
<ul style="list-style-type: none"> • Revisor påpeker at framleggelse av regnskap er forsinket, noe som er et brudd på kravene til SWAp MoU. • Manglende dokumentasjon: Revisor påpeker blant annet manglende bekreftelse på overføring av midler på 271 mill. MK fra Unicef og 68 mill. MK fra KfW, manglende bilag for utbetalinger av autorisert personell, manglende bankavstemminger, samtidig som balansen i bankavstemmingene ikke stemte med balansen i kasserapporten i noen distrikter, og manglende dokumentasjon av anskaffelser og innkjøp. • Revisor finner blant annet manglende personalmapper for flere ansatte, at utbetaling av lønn ikke stemte med lønn registrert i personalmappen, og utbetaling av lønn til personer som har sluttet. • Revisor påpeker at det er svak intern kontroll av varer og medisiner, og manglende avklaring av roller og ansvar hos personell. • Revisor påpeker at det er manglende system for registrering/protokollføring av varer og på sykehusene ved uttak og mottak. • Revisor påpeker at det er manglende registrering og forsikring av eiendeler ved noen sykehus. • Revisor påpeker at det er et stort antall annullerte sjekker. • Revisor påpeker at det er avvik mellom budsjetterte og faktiske utgifter. 	<p>Brev av 11. mai 2012 som kommenterer både regnskapsrevisjonen og anskaffelsesrevisjonen av 2010–2011</p> <ul style="list-style-type: none"> • Givene har ikke tiltro til AMPROC, som har utført de siste tre anskaffelsesrevisjonene, siden det virker som selskapet ikke er det det gir seg ut for. F.eks. har det ikke vært mulig å få kontakt med noen fra selskapet på telefon. • Givene er misfornøyde med kvaliteten på revisjonen, blant annet mener givene at det ikke fins noen oppdragsbeskrivelse, og at revisjonene ikke sier noe om at det meste av MoHs og CMS' innkjøp de siste årene har skjedd på irregulært vis. • Givene påpeker kontrasten mellom det AMPROC oppfatter som en positiv trend fra ett år til et annet, og sterke kritiske funn fra undersøkelser av EPOS POA og RSM Tenon. • Givene tar selvkritikk på at disse kritiske merknadene ikke har blitt brakt til torgs tidligere. De understreker at de heretter vil engasjere seg i rekrutteringer av framtidige revisorer. <p>Regnskapsrevisjonen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Givene viser til revisors positive merknad om forbedringer i etterlevelse av Public Finance Management Act og MoHs lovnad om å styrke internkontrollsystemene. • Givene ønsker en forklaring på en inkonsistens i regnskapet som på den ene siden viser til at alle penger er blitt brukt, samtidig som mottatte midler gir en lavere sum (44,7 mrd. MK) enn forbruket (som er på 53,5 mrd. MK). • Givene er bekymret over at regnskapsrapporten kommer for sent og ikke er i overensstemmelse med MoU SWAp. • Givene påpeker at flere kostsentra ikke kan oppvise dokumentasjon for betalinger. • Givene påpeker inkonsistens angående lønnslistene og personalmapper. • Givene påpeker det mangelfulle systemet for registrering/protokollføring av varer/medisiner ved sykehusene. • Givene ber om at MoHs oppfølging av revisors anbefalinger gjøres eksplisitt i Financial Management and Procurement Improvement Plan slik at givene kan følge utviklingen. Det nåværende systemet har vist seg utilstrekkelig. 	<p>Brev av 5. juni 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MoH viser til at alle givene var oppdatert på den internasjonale anbudsprosessen som ga AMPROC oppdraget, og at ingen av givene hadde substansielle innvendinger mot de to første (2008–2009) (2009–2010) innkjøpsrevisjonene. • MoH tilbakeviser givernes anklage om smøretur til Uganda. Reisen var en del av den kapasitetsbyggingen som var etterspurt av MoH i konkurransegrunnlaget, og var en del av AMPROCs tilbud. • MoH viser til at AMPROC utfører ordentlig arbeid, og at deres arbeid var basert på anbefalinger fra TWG-møter, hvor givene også deltar. • MoH viser til at det er laget et mandat som det også refereres til i The Overall Audit opinion. <p>MoH svarer kun på spørsmålene relatert til innkjøpsrevisjonen og kommenterer ikke spørsmålene til regnskapsrevisjonen.</p>

Vedlegg 4:

Framdriftsrapportering, norske oppsummeringer av framdriftsrapporter og gjennomganger for helsesektorprogrammet

	2004–2005	2005–2006	2006–2007	2007–2008	2008–2009	2009–2010	2010–2011
Halvårlig							
Halvårsrapport		X	X	X	X	X	
Norsk mandat for halvårlig møte			X		X	X	X
Felles referat fra halvårlig møte (Aide memoire)	X	X	X	X	X	X	
Norsk oppsummering av halvårlig møte			X	X	X	X	X
Årlig							
Årsrapport	X	X	X	X	X	X	
Norsk mandat for årlig møte		X		X	X	X	
Referat fra årlig møte (Aide memoire)	X	X	X	X	X	X	
Norsk oppsummering av årlig møte		X		X	X	X	
Periode							
Midtveisgjennomgang				X			
Sluttgjennomgang							X

Referanseliste

Stortingsdokumenter

Stortingsmeldinger og stortingsproposisjoner

- Meld. St. 11 (2011–2012) *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*
- St.meld. nr. 13 (2008–2009) *Klima, konflikt og kapital*
- St.meld. nr. 35 (2003–2004) *Felles kamp mot fattigdom*
- Prop. 1 S (2011–2012) *Utenriksdepartementet*

Innstillinger til Stortinget

- Innst. S. nr. 269 (2008–2009) *Innstilling fra utenrikskomiteen om klima, konflikt og kapital. Norsk utviklingspolitikk i et endret handlingsrom*
- Innst. S. nr. 172 (2007–2008) *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjettåret 2006*
- Innst. S. nr. 93 (2004–2005) *Innstilling fra utenrikskomiteen om felles kamp mot fattigdom. En helhetlig utviklingspolitikk*
- Budsjettinnst. S. nr. 3 (2007–2008) *Innstilling fra utenrikskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2008 vedkommende Utenriksdepartementet mv. (rammeområde 4)*

Internasjonale erklæringer

- The Paris Declaration on Aid Effectiveness (2005)
- The Accra Agenda for Action (2008)

Programdokumentasjon

- MWI 2609 – SWAp – Appraisal report – 2004/07057-29.
- Malawi Health SWAp Appropriation Document (MWI-2609. MWI-02/320), 15. november 2004
- Malawi Health SWAp Avtale – MWI-2609, MWI-02/320, 7. desember 2004
- Malawi Appropriation document, 2008/00924-2, 3. juli 2008 (MWI 07/041 Malawi Health SWAp POW, addendum phase 1)
- Appropriation document Malawi Health SWAp POW addendum phase 1, 3. juli 2008
- Addendum no. 1 to agreement between the Norwegian Ministry of Foreign Affairs and the Republic of Malawi, 22. september 2008
- Addendum No. 2 to agreement between the Norwegian Ministry of Foreign Affairs and the Republic of Malawi, 27. oktober 2009
- Norad: MWI 2609 MWI-07/033 Desk appraisal Malawi health SWAp, 6. oktober 2009
- Memorandum of understanding concerning the health sector wide approach in Malawi between the government of Malawi and the health sector collaborating partner, 29. oktober 2004
- Forhåndsvurdering av en ev. ny treårig budsjettstøtteavtale mellom Norge og Malawi MWI-7 Budsjettstøtte 2005 2005/00254-3
- Bevilgningsdokument (Appropriation document), programnr. MWI-0007, avtalnr. MWI 04/323
- Referater fra CABS annual reviews (Aide memoire)
- Agreement between the Government of the Kingdom of Norway and the Government of the Republic of Malawi regarding Budget Support, 27. september 2005
- Joint Framework CABS
- Ministry of Health (2011) SWAp Financial Monitoring Report for the Year Ended 30th June 2011.
- GAVI (2011): Annual Progress report 2010. Submitted by the government of Malawi.
- Ministry of Health (2011a): Draft SWAp Financial Monitoring Report for the Year Ended 30th June 2011.
- Ministry of Health (2011b): Health Sector Strategic Plan 2011–2016. Moving towards equity and quality, 19. april 2011.
- Ministry of Health (2004): A Joint Programme of Work for a Health Sector Wide Approach (SWAp) (2004–2010), Department of Planning, Ministry of Health, Lilongwe, mars 2004.

- Malawi Health SWAp Mid-Term Review – Summary Report (2008): Norad Collected Reviews 22/2008, januar 2008.
- Malawi Health SWAp Mid-Term Review – Annexes (2008): Norad Collected Reviews 22/2008, januar 2008.
- National AIDS Commission (2011): Grants Facility Annual Progress Report, July 2010 to June 2011.
- The National Malaria Control Programme (NMCP)(2005): Malaria strategic plan 2005–2010, Scaling up malaria control interventions. Lilongwe, Malawi: NMCP.
- The Global Fund (2012): Annual Report 2011.
- The Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria (2010): Third replenishment 8 (2011–2013) Resource Scenarios 2011–2013. Funding the Global Fight against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria.

Revisjoner

- The Office of the Inspector General (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) (2012): *Audit of Global Fund Grants to the Republic of Malawi*. GF-OIG-10-009, 3. august 2012.
- The Office of the Inspector General (United States Agency for International Development) (2012): *General Audit of USAID/Malawi's Implementation of the President's Malaria Initiative*. Report No. 4-612-12-005-P.
- National Audit Office Malawi (2011): *Performance Audit Report on Drug Distribution at Central Medical Stores in the Ministry of Health*, desember 2011.
- RSM Tenon Limited (2011), *Investigations into concerns raised by the procurement oversight agent*, februar 2011.
- OPC (2008): *Malawi Civil Service. Personnel Audit Report*. Secretary for Human Resource Management and Development, Department of Public Service Management, september 2008.
- Årlige reviderte regnskap for helsesektorprogrammet (*Audited Financial Statements*) med vedlegg, inkludert "Management Report".

Brev og referater

- Brev til Riksrevisjonen fra Utenriksdepartementet fra 30. november 2012.
- Brev til Riksrevisjonen fra Utenriksdepartementet fra 13. september 2012.
- Brev til Riksrevisjonen fra Utenriksdepartementet fra 28. august 2012.
- Brev til Riksrevisjonen fra Den norske ambassaden i Malawi fra 3. august 2012.
- Brev til Malawis helsedepartement fra 11. mai 2012, signert av blant andre representanter for Den norske ambassaden, DFID og SWAp-sekretariatet.
- Møtereferat fra "Financial Management and Procurement Technical Working Group" under helsesektorprogrammet, 9. november 2009.

Internettkilder

- <http://www.measuredhs.com/Who-We-Are/News-Room/USAID-Celebrates-25-Years-of-Demographic-and-Health.cfm>. Hentedato 31.10.12.
- http://mwnation.com/archive/index.php?option=com_content&view=article&id=28746:central-hospitals-heading-for-disaster-with-drug-shortage&catid=28:health&Itemid=22. Hentedato 31.10.12.
- <http://www.guardian.co.uk/society/sarah-boseley-global-health/2011/nov/23/aids-tuberculosis>. Hentedato 31.10.12.
- <http://www.theglobalfund.org/en/>. (Disbursements in detail). Hentedato 20.10.12.
- <http://allafrica.com/stories/201108180060.html>. Hentedato 30.10.12.
- <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/malawi/>. Hentedato 20.10.12.
- <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/MLW>. Hentedato 18.10.12.
- <http://www.gavialliance.org/country/malawi/>. Hentedato 18.10.12.
- http://en.wikipedia.org/wiki/Clinical_officer. Hentedato 15.10.12.
- <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>. Hentedato 21.09.12.
- <http://www.undp.org.mw/>. Hentedato 21.09.12.
- <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/MLW>. Hentedato 15.05.12.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs294/en/>. Hentedato 09.05.12.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>. Hentedato 09.05.12.
- http://snl.no/.sml_artikkel/sykdomsbyrde. Hentedato 23.04.12.
- <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/MLW>. Hentedato 20.01.12.

- <http://www.gavialliance.org/country/malawi/>. Hentedato 16.12.11.
- <http://www.gavialliance.org/funding/donor-profiles/norway/>. Hentedato 15.12.11.
- <http://www.theglobalfund.org/en/donors/list/>. Hentedato 15.12.11.

Fagrappporter, utredninger og evalueringer

- Applied Strategies in association with CEPA LLP (2010): *Second Gavi Evaluation*. 13. september 2010.
- Bowie, Cameron og Takondwa Mwase (2011): *Assessing the use of an essential health package in a sector wide approach in Malawi*. Health Research and Systems 2011, 9:4.
- Bowie, Cameron, Takondwa Mwase og Jobiba Chinkhumba (2009): *Health workers income and expenditure in Malawi: an assessment of the relative contribution of incentive schemes to take home pay and the extra living costs of rural posts*. GIZ, april 2009.
- Butao, Doris, Francis Chafulumira, Barbara Felling, Patrick Msipa, and Reuben Mwenda (2009): *Malawi: Laboratory Services and Supply Chain Assessment*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.
- Cammack, Tim/Oxford Policy Management (2011): *Malawi: Assessment of Financial Management in Ministry of Health HQ*, mars 2011.
- Cant, Jeremy (2011): *Health Sector Wide Approach (SWAp)II and National Response to HIV and AIDS. Fiduciary Risk Assessment*. DFID 287400 / 1A, juni 2011.
- DFID (2010a): Evaluation of Malawi's Emergency Human Resources Programme, 2. juli 2010.
- DFID (2010b): *Impact Evaluation of the Sector Wide Approach (SWAp), Malawi*. Final Report. Mark Pearson. 22. juni 2010.
- DFID (2011b): *Malaria: Country Profiles*, Version 1.1.
- DHS (2004): *Malawi Demographic and Health Survey 2004*, National Statistical Office (NSO) [Malawi], and ORC Macro. 2005. Calverton, Maryland: NSO and ORC Macro.
- DHS (2010): *Malawi Demographic and Health Survey 2010*, National Statistical Office (NSO) and ICF Macro. 2011. Zomba, Malawi, and Calverton, Maryland, USA: NSO and ICF Macro.
- EHG (2010a): *Final Evaluation of the Health Sector Programme of Work (2004–2010)*, Euro Health Group, september 2010.
- EHG (2010b): *Final Evaluation of the Health Sector Programme of Work (2004–2010), Technical Report: Drugs and Medical Supplies*, Euro Health Group, september 2010.
- EHG (2010c): *Final Evaluation of the Health Sector Programme of Work (2004–2010), Technical Report 2: Achievements of the POW as measured against selected indicators in the Indicator Matrix (Draft)*. Euro Health Group, september 2010.
- EHG (2010d): *Final evaluation of the Health Sector Program (2004–2010), Annexes*.
- ITAD (2011): *The independent review of Malawi National response to HIV and Aids for financial year 2010–2011*, november 2011.
- ITAD in association with Kadale Consultants for National Audit Office (2009): *Qualitative Research for a Value for Money Study on DFID's Work in Malawi*, 24. april 2009.
- Lewis, David (2011): *Malawi Health & HIV Procurement & Supply Management Assessment*. DFID 285798 / 2A, august 2011.
- Lewis, Maureen (2006): *Governance and Corruption in Public Health Care Systems*, Center for Global Development, januar 2006.
- Ministry of Health/O&M IT/S and Management Services Limited (2006): *Assessment of Drug and Medical Supplies Leakages from Medical Stores and Public Health Facilities*. Final Report, november 2006.
- Mueller, Dirk H. mfl. (2011): *Constraints to Implementing the Essential Health Package in Malawi*. PLoS ONE 6(6): e20741. doi:10.1371/journal.pone.0020741.
- Murphy, Peter mfl. /International Monetary Fund, Fiscal Affairs Department (2012): *Malawi. Public Financial Management Reforms*, januar 2012.
- Pohl Consulting & Associates (2011): *Public finance assessment for Malawi based on the public expenditure financial accountability framework (PEFA)*. Final Report, 25. mars 2011.
- Roll-Hansen mfl. (2009): *Towards universal childhood immunisation. An evaluation of measurement methods*. Statistisk sentralbyrå, desember 2009.
- Samfunnsspeilet / Statistisk sentralbyrå (2011) *Helsetjenester for et bedre liv, 2/2011 – 25. årgang*.

- Simwaka, Bertha mfl. (2009): *Impact evaluation study: health impact of the scale-up to fight AIDS, TB and Malaria, with special reference to the Global Fund: country report Malawi*. Calverton, Md.: Macro International Inc., august 2009.
- Søreide, Tina, Arne Tostensen og Ingvild Aagedal Skage (2012): *Hunting for Per Diem. The Uses and Abuses of Travel Compensation in Three Developing Countries*, Norad report 2/2012, mars 2012.
- WHO mfl. (2010): *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. World Health Organization 2010.
- Ximungo Consultores (2011): *Perspectives for Institutional Support to the Malawi National Audit Office (NAO)*. Maputo 30. oktober 2011.

Rundskriv

- Chief Secretary to the Government, Office of the President and Cabinet (2011): *Supplementary Expenditure Control Measures*, 5. mai 2011.
- Chief Secretary to the Government, Office of the President and Cabinet (2011): *Expenditure Control Measures*, 25. mars 2011.

Andre kilder

- Nyirenda, Mundango mfl. (2007): *Medicine gone awry. Stolen government drugs sold in illegal underground market* i Malawi Observer, 29.11.07.
- Clinton Health Access Initiative (2012): En ressurskartlegging over helsesektoren i Malawi.




4 577 5 285 18 4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492



241 344

Trykk: 07 Media AS 2013



Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Sentralbord 22 24 10 00
Telefaks 22 24 10 01
postmottak@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no

23 257

-3 918

240

1 255 712

474 320

120

3 924

22 781 329

781 52

