

En rapport om, hvad den internationale valutafond og de vestlige donorer kan gøre for at mindske manglen på sygeplejersker og andet sundhedspersonale i u-landene



humor <sup>mod</sup> aids

Kampen mod **aids**  
er kampen for et  
bedre **sundhedsvæsen**

# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	1
Forfattere og redaktion	2
Sammenfatning	3
1. Indledning	5
2. Problemerne	6
2.1 Der mangler uddannet sundhedspersonale	6
2.2 Pårørende	7
2.3 Afstand til klinikken	7
2.4 By og land	8
2.5 Brugerbetaling	8
3. Direkte årsager	9
3.1 Sundhedsarbejdere emigrerer	9
3.2 Hiv og aids giver højt fravær og frafald	9
3.3 Byerne trækker	9
3.4 Mangel på ressourcer	10
4. Bagvedliggende årsager	12
4.1 Mangel på penge	12
4.2 Muligheder for at øge statsbudgettet	12
4.3 Muligheder for at øge sundhedsbudgettet	13
4.4 Manglende kapacitet	14
4.5 IMF's betydning	14
4.6 Magten over budgettet	15
4.7 Inflationen og mulighed for øgede sundhedsbudgetter	15
4.8 IMF prioriterer ikke social udvikling og 2015 målene	17
5. Løsninger	18
5.1 U-landenes regeringer skal	18
5.2 Donorlandenes regeringer skal	18
5.3 Den internationale valutafond skal	19
6. Hvad den danske regering bør gøre	20
Forkortelser og ordforklaringer	21
Forslag til videre læsning	22
Slutnoter	23

## Forfattere og redaktion

Denne rapport er skrevet for Humor mod Aids af Ann-Sofi Olsen og Mattias Söderberg, med bidrag og kommentarer fra Vagn Berthelsen (IBIS), Bjørg Elvekjær (Humor mod Aids), Kirsten Jensen (AIDS-Fondet), Jørgen Kvist Jensen (Folkekirkens Nødhjælp), Kirsten Marie Kristensen (Folkekirkens Nødhjælp), Stine Leth-Nissen (Folkekirkens Nødhjælp), Ida Brix Olesen (AIDS-Fondet) og Søren Sass Pedersen (DSR).

En speciel tak skal gives til Folkekirkens Nødhjælps landekontor i Malawi for assistance ved et feltstudie i landet.

Humor mod Aids er et ekstraordinært svar på den ekstraordinære katastrofe, som udbredelsen af aids har skabt. Initiativet er et samarbejde mellem organisationerne Folkekirkens Nødhjælp, IBIS og AIDS-Fondet. Gennem oplysning, indsamling og fortalervirksomhed sætter organisationerne hvert år fokus på den globale aids-katastrofe. I 2007 samarbejder Humor mod Aids med Dansk Sygeplejeråd og De Sygeplejestuderendes Lands sammenslutning.

Der er ingen copyright på denne rapport, og vi opfordrer til videre spredning af rapporten og dens anbefalinger.

Kopier af rapporten kan bestilles hos:

Folkekirkens Nødhjælp  
Nørregade 15  
1165 København  
33152800  
[www.noedhjælp.dk](http://www.noedhjælp.dk)

# Sammenfatning

WHO vurderer, at der mangler 4 millioner sundhedsmedarbejdere i verden. Problemet er størst i Afrika syd for Sahara, hvor hiv også har den største udbredelse. Sundhedsarbejdere og fungerende sundhedsinstitutioner er afgørende i kampen mod hiv og aids. Denne rapport beskriver både problemet, og årsagerne til den alvorlige situation.

Manglende økonomiske ressourcer er hovedårsagen til dårligt fungerende sundhedssystemer. Dette skyldes landenes generelle dårlige økonomi og mangel på ressourcer, men som det bliver påvist i rapporten, har den Internationale Valutafond (IMF), gennem sin rådgivning og budgetrelaterede betingelser, også en betydende rolle. International donorstøtte følger generelt, IMF's vurderinger af u-landenes økonomiske politik. Fonden har derfor en afgørende magt. IMF's vurderinger og rådgivning har fokus på at skabe makroøkonomisk stabilitet, og prioriterer ikke sociale områder og mulighederne for at opnå 2015 målene. Meget lave inflationsniveauer ses derfor som vigtigere end en ekspansion af sundhedsbudgetterne, selv om øgede budgetter er nødvendigt for at komme videre i kampen mod aids.

Øgede budgetter forudsætter i de fleste tilfælde en øget kapacitet til at bruge de nye midler. Rapporten peger på flere faktorer, som har konsekvens for landenes kapacitet til at absorbere bistand og andre eksterne midler. Administrativ kompetence er en vigtig faktor. Derudover har donorerne en afgørende rolle at spille, da mangel på koordinering, harmonisering og langsigtet samarbejde gør administration og budgetstyring sværere. Dette er områder, som dækkes af den såkaldte Parisdeklaration, hvor det internationale donorsamfund har forpligtet sig til at forbedre bistandssamarbejdet, hvilket også vil bidrage positivt til u-landenes kapacitet til at absorbere en øget bistand.

Udbredelsen af aids kan kun standses gennem initiativer og fokus indenfor flere supplerende områder: forebyggelse, adgang til medicin, for dem der allerede er blevet smittet, og bekæmpelse af diskriminering og fordomme, som forhindrer både forebyggelse og smittedes muligheder for at leve et almindeligt liv. Adgangen til sundhedsinstitutioner, som er afgørende for at skabe muligheder for forebyggelse, tage en hiv-test, og få pleje og behandling, er et vigtigt område, der indtil nu har fået begrænset opmærksomhed i debatten om hiv og aids.

Den danske regering har de seneste år øget sit fokus på hiv og aids, og der er blevet taget flere prisværdige initiativer. Det ansvar og forståelse for den alvorlige situation, som regeringen har vist, kræver opfølgning. De ambitiøse mål, som er sat for hiv og aids arbejdet kan kun opfyldes, hvis der også handles i forhold til IMF's politik og den internationale donorbistand. Rapporten afsluttes derfor med konkrete anbefalinger for, hvordan Danmark kan tage næste skridt i kampen mod hiv og aids. 2015 målenes målsætning om at standse epidemien i år 2015 er ikke umulig, men det forudsætter en koordineret indsats indenfor en lang række områder. Denne rapport anbefaler derfor, at regeringen tager følgende initiativer, for at fortsætte det gode arbejde, som er begyndt i kampen mod hiv og aids.

- **Være aktiv og gå foran i debatten om IMF's mandat og rolle:** Denne debat er aktuel netop nu, da blandt andet de norske og britiske regeringer forholder sig kritisk til IMF og Verdensbankens krav og betingelser. Det kan gøres ved at tage initiativ til videre studier af effekterne af IMF's betingelser og stramme inflationspolitik på sundhedsområdet, og gennem en opfølgingskonference af den konference, som den norske regering afholdt i efteråret 2006. Derudover drejer det sig om donorerens ansvar i forhold til at øge adgangen til sundhedsalternativer i u-landene (se rubrik 5.2 i denne rapport). Endelig er det vigtigt, at Danmark, ved forårs-, og efterårsmøderne i 2007, aktivt bruger sit mandat i IMF's bestyrelse, til netop at sætte spørgsmål ved IMF's nuværende politik og arbejde for et større fokus på en politik som støtter op om 2015 målene. Der er derfor brug for en aktivistisk udenrigspolitik i forhold til IMF.
- **Fortsætte den høje prioritering af hiv og aids indenfor den danske udviklingsbistand:** Der findes flere gode initiativer, som dog kan forstærkes og videreudvikles. Støtten til lønninger i sundhedssektoren, som er initieret i Kenya, bør implementeres i flere lande. Andelen af bistanden, der går til budgetstøtte, bør generelt prioriteres i de lande, hvor Danida har sundhedssektorprogrammer, i tråd med sektorprogramstøtten til Ghana, hvor to tredjedele af sektorstøtten er gået til budgetstøtte. Den universelle behandlingsgaranti, som blev vedtaget ved FN's topmøde i 2005, bør prioriteres, og en plan for hvordan Danmark kan bidrage bør udarbejdes. Endvidere bør den danske regering arbejde for en større anerkendelse af det civile samfunds rolle i forhold til sundhedssektoren i samarbejdslandene. F.eks. ved at kræve inddragelse af civile samfundsorganisationer i overvågning af budgetstøtte og sundhedssektorprogrammer.
- **Gå aktivt ind i den internationale donordebat i forhold til Parisdeklarationen:** Der er brug for opfølgning og implementering i forhold til de vedtagne hensigter, og for at arbejde for øget koordinering og harmonisering. Det handler ikke kun om at deltage i det eksisterende initiativ, men også om at være

proaktiv og presse på, så andre regeringer følger det gode eksempel, der allerede er sat af dansk udviklingsbistand. Den danske regering bør derfor tage konkrete skridt for at gennemføre Parisdeklarationen, inklusive en målsætning om en øget andel af donorbistanden som går til budgetstøtte.

# 1. Indledning

Kampen mod hiv og aids skal kæmpes på mange planer. Velfungerende sundhedssystemer er afgørende for at standse epidemien. Forskellige typer sundhedsinstitutioner er ansvarlige for forebyggelse, for at udføre hiv-test, for at give medicin og behandle hiv og aids samt følgesygdomme. Test, behandling og udlevering af medicin forudsætter en ekspertise, som kun uddannet sundhedspersonale har. Læger, sygeplejersker og andre sundhedsarbejdere har derfor en nøglerolle i arbejdet med at vende udviklingen i de fattigste lande.

FN topmødet i 2005 vedtog en behandlingsgaranti for hiv-smittede som skal være universel fra 2010. Mødet pointerede også, at ansvaret for implementering af garantien er delt mellem de enkelte regeringer og det internationale samfund, inklusiv donorlandenes regeringer<sup>1</sup>. For at en behandlingsgaranti skal blive til virkelighed, er der brug for en drastisk udbygning af sundhedssystemerne.

WHO vurderer, at der på verdensplan mangler mere end fire millioner sundhedsarbejdere. I det sydlige Afrika er situationen ekstra kritisk. 11 procent af verdens befolkning bor i dette område, og heraf udgør de hiv-smittede 63 procent af verdens samlede antal hiv-smittede. Samtidigt råder regionen over kun 3 procent af alle verdens sundhedsarbejdere, og kun 1 procent af verdens samlede sundhedsbevillinger. Manglen på sundhedsarbejdere er en stor hindring for at styrke arbejdet med bekæmpelsen af hiv og aids, fordi der ikke findes uddannet personale til at varetage de nødvendige opgaver<sup>2</sup>.

En stor del af arbejdet med hiv og aids, ikke mindst indenfor prævention og forebyggelse, udføres af NGOer og private aktører. I mange lande udøver NGOer også en vigtig funktion indenfor behandling og pleje. I Malawi står den kirkelige organisation *Christian Health Association of Malawi* (CHAM) eksempelvis for 37 procent af alle landets sundhedsinstitutioner<sup>3</sup>. Det er dog få NGOer, der er landsdækkende, eller som har som intention eller mulighed for at udbyde sundhedstilbud i et helt land. Staten og det offentlige sundhedssystem bør dog være en nødvendig base for et bæredygtigt, langsigtet og professionelt sundhedssystem.

Denne rapport peger på et vigtigt område indenfor kampen mod hiv og aids, som hidtil kun har fået begrænset opmærksomhed i den generelle udviklingsdebat. Der er behov for en generel satsning på sundhedsområdet i u-landene, hvilket kræver en forøgelse af budgetterne kombineret med at kapaciteten til at anvende bistandsmidlerne forøges og den makroøkonomiske stabilitet bevares.

Rapporten beskriver sundhedssektorens rolle i kampen mod aids og de problemer, som hindrer en nødvendig udvidelse af sektorerne. Der er mange vigtige faktorer. Denne rapport koncentrerer sig om Den Internationale Valutafond (IMF), som har en nøglerolle i forhold til både donorstøtte og budgetstyring i u-lande.

Rapporten afdækker et område, der er et generelt problem i de fleste u-lande. Men for at illustrere de problemer, som beskrives, vil der løbende blive brugt eksempler fra primært Danmark og Malawi.

Det følgende kapitel beskriver problemer i forhold til adgangen til sundhedstilbud i u-landene. Dette følges op af forklaringer på årsagerne til problemerne. Herefter følger en præsentation af, hvad u-landenes regeringer, hvad donorlandenes regeringer og hvad Den Internationale Valutafond kan gøre for at løse de beskrevne problemer.

Den danske regering har i udviklingsbistanden de seneste år prioriteret kampen mod aids. Dette skal regeringen have ros for, ikke mindst for den markante forøgelse af den økonomiske støtte, og for at Danida nu er begyndt at give støtte til lønninger i sundhedssektoren. Som der vil blive påvist i denne rapport er øget bistand vigtigt, men hvis vi skal standse udbredelsen af hiv og aids, som vi har forpligtiget os på i 2015 målene, er det ikke tilstrækkeligt. **Rapporten konkluderer, at der er brug for ændringer i IMF's politik og det internationale donorsamarbejde. På dette felt mangler den danske regering at være op forkant. Rapporten afsluttes derfor med konkrete anbefalinger til den danske regering om aktiv handling i den internationale debat om IMF's politik og donorernes rolle i forhold til u-landene.**

## 2. Problemerne

I langt de fleste fattige lande er der stor mangel på uddannet sundhedspersonale og etablerede sundhedsinstitutioner. Manglen er forskellig fra land til land, mellem by og landsby, og i forskellige områder af de enkelte lande. I de fleste tilfælde er det dog kun den rige del af befolkningen, der har tilstrækkelig adgang til sundhedspleje, mens de fattige har meget dårlig adgang. Dette skyldes dels, at manglen på personale og velfungerende sundhedsinstitutioner er større på landet og i de områder, hvor mange fattige i øvrigt lever og dels, at der i mange lande er brugerbetaling på klinik- og hospitalsbesøg.

Når der ikke findes uddannet sundhedspersonale og fungerende institutioner, opstår en lang række problemer, der er relateret til hiv og aids. Sundhedspersonale spiller en meget stor rolle i forebyggelse af hiv og aids, ligesom NGO'er, lærere, kirker og andre aktører gør. Kun hvert femte med behov for det, har i følge UNAIDS adgang til den forebyggelse, som man kender i dag. Det ville være en stor hjælp til alle, hvis både sundhedspersonale og alle andre faktisk havde adgang til de forebyggelsesmuligheder, vi allerede kender. Derudover vil reel nedgang i smittetallene kun ske, hvis vi kan udvide paletten af forebyggelsesmetoder til også at omfatte microbicer og vacciner. Med rigtig behandling og pleje kan hiv-smittede leve længere, hvilket betyder, at de kan bidrage til deres familiers økonomi, deltage i opdragelsen af børnene og støtte de ældre i familien. Samtidigt vil flere sundhedsinstitutioner øge muligheden for at få foretaget en hiv-test, som er en vigtig del af forebyggelsen.

Koblingen mellem antallet af sundhedsarbejdere og adgangen til behandling er tydelig. Data viser, at der er en direkte proportional sammenhæng mellem antallet af sundhedsarbejdere<sup>4</sup> og andelen af hiv-smittede, der behandles med antiretroviral (ARV) terapi, livsforlængende medicin for hiv-patienter<sup>5</sup>. I Lesotho i Afrika er der for eksempel 2,09 sundhedsarbejdere pr. 100 personer med behov for medicin, og ARV medicin gives til 14 procent af disse. I forhold til dette har Uganda 14,55 sundhedsarbejdere pr. 100 indbyggere med behov for medicin, og behandlingen gives til 51 procent af disse personer<sup>6</sup>.

Mangel på adgang til sundhedspleje skyldes flere forskellige faktorer. Det største problem er, at der ikke findes nok personale med de relevante kompetencer, og at det derfor ikke er muligt at give den behandling og pleje, som der er brug for. Det leder direkte videre til det andet problem som handler om dårlig kvalitet på pleje på grund af et stort antal pårørende på klinikker og hospitaler. Et tredje problem er den fysiske afstand til sundhedstilbudene. For selv om der findes personale kan adgangen være dårlig, da sundhedsklinikkerne ofte er langt væk, eller fordi der ikke findes mulighed for transport. Et fjerde problem, som er relateret til de to første, er forskellen på by og land, som i mange u-lande er meget stor. Det femte og sidste problem er brugerbetaling, der desværre er en realitet i mange fattige lande.

### 2.1 Der mangler uddannet sundhedspersonale

I de fleste u-lande mangler der personale overalt i sundhedssektorerne. Som tabel 1 viser, er manglen stor, uanset hvordan man måler og sammenligner forskellige u-lande med lande som for eksempel Danmark. Mangelen på personale gør, at det ikke er muligt at tilbyde selv de basale ydelser i sundhedssektoren. Ifølge WHO er der på globalt niveau brug for 4 millioner til at udfylde hullerne i sundhedssektorerne, herunder 2,4 millioner læger, sygeplejersker og jordmødre.

WHO har identificeret en minimumsbemanding i forhold til at nå de sundhedsrelaterede målsætninger i 2015 målene. Der er brug for minimum 2,5 sundhedsmedarbejdere per 1000 indbyggere. Gennemsnittet for hele Afrika er 0,8 sundhedsmedarbejdere per 1000 indbyggere<sup>7</sup>. Det peger på en kritisk mangel på personale, hvilket betyder at landene ikke har mulighed at leve op til målsætningerne.

**Tabel 1: Antal sygeplejersker per 1000 indbyggere<sup>8</sup>**

	Antal sygeplejersker per 1000 indbyggere	Antal læger per 1000 indbyggere
Danmark	10,36 (2002)	2,93 (2002)
Malawi	0,59 (2004)	0,02 (2004)
Mozambique	0,21 (2004)	0,03 (2004)
Sierra Leone	0,36 (2004)	0,03 (2004)
Liberia	0,18 (2004)	0,03 (2004)

Derfor er det af stor betydning at anvende alle professioners kompetencer til det yderste, og også at udvikle samarbejdet mellem de forskellige medlemmer af et sundhedsteam, bestående af personale med forskellige uddannelser og på forskellige kompetenceniveauer. Mangel på relevant kompetence blandt sundhedspersonale betyder forringelse af sundhedsplejen.

### Personale i Danmark og Malawi

I Malawi findes der 0,59 sygeplejersker per 1000 indbyggere og det er kun 45 % af stillingerne i den offentlige sektor som er besatte<sup>9</sup>. Ifølge den kirkelige organisationen *Christian Health Association of Malawi* (CHAMs) statistik mangler der kun 13 % sundhedsassistenter, medens der mangler tæt på 80 % laboranter<sup>10</sup>.

## 2.2 Pårørende

Når man træder ind på et hospital, hvor der ifølge al statistik er mangel på personale, kan det ved første øjekast se ud som om, at der findes rigeligt med personale. Mange sygehuse og klinikker er fyldt af mennesker. Det skyldes, at familie og venner træder til og giver en stor del af den pleje, som sygeplejersker ellers traditionelt er ansvarlige for. Manglen på sygeplejersker betyder nemlig, at der ikke findes kapacitet til den personlige kontakt mellem patienten og sygeplejerskerne, hvorfor sygeplejerskens fokus flyttes til at ordinere medicin og foretage medicinske vurderinger frem for pleje og omsorg. Der er derfor behov for familie og venner, som kan hjælpe patienter med den daglige hygiejne og pleje.

Desværre skaber det store problemer når familie og venner træder til. For det første mangler disse personer almindeligvis den nødvendige ekspertise og viden, og det leder til en forværring af hygiejnen, hvilket kan

### Familiens velvilje gør plejen dårligere

Ved Malawis sundhedsministerium fortæller man, at der findes eksempler på sygehuse, der er beregnet til 800 patienter plus personale, som derudover har 1000 pårørende indkvarterede. Det skaber store problemer i forhold til både sanitet og logistik. Et eksempel fra et privat sygehus, hvor der er det nødvendige antal personale, viser et meget begrænset antal pårørende, bortset fra besøgende. Mangelen på personale har en direkte effekt på antallet af pårørende, der bruger deres tid ved hospitalerne.<sup>11</sup>

medføre infektioner og smittespredning. Det store antal mennesker på sygehusene skaber i sig selv også et hygiejneproblem, eftersom institutionerne ikke er bygget til at rumme andre end patienter og personale.

For det andet har den tid, familie og venner bruger på pleje af pårørende, der er indlagt på klinikker og hospitaler, også i sig selv en negativ konsekvens. Tiden der bruges på hospitaler og klinikker går fra det arbejde, der skal give penge og mad til familien. Dårlig ernæring svækker immunforsvaret, og det gør mennesker mere modtagelige overfor smitte, også for hiv. For fattige familier med lave og usikre indkomster kan omfattende tid brugt på pleje af pårørende, derfor være et reelt problem både hvad angår den generelle levestandard og i forhold til sygdomme som aids.

## 2.3 Afstand til klinikken

For den enkelte person er den første begrænsning af adgangen til professionel pleje og behandling, ofte afstanden til den nærmeste sundhedsinstitution. For rigtigt mange er der desværre langt til både klinikker og hospitaler. Situationen er værst på landet, hvor afstandene kan være uoverskuelige.

Det er ikke kun afstanden i kilometer, der er afgørende. Hvis der er gode veje og velfungerende transportmuligheder, kan klinikker der ligger geografisk langt væk stadigvæk være tilstrækkeligt tilgængelige. Problemet opstår, når der ikke er farbare veje eller andre transportmuligheder, eller for den sags skyld penge til at benytte sig af transport, hvilket desværre er situationen på landet i de fleste u-lande. Ofte bliver det eneste alternativ at vandre til fods og ofte i vanskelig terræn.

### 8,4 minutter eller 10 km

I Danmark ankommer ambulancen i gennemsnit 8,4 minutter efter, at alarmcentralen har modtaget opkaldet. Hvor lang tid det tager med ambulance til nærmeste sygehus varierer fra landsdel til landsdel og i forhold til årstid og vejrforhold, men Falck-personalet er uddannet til at give akut behandling på stedet.

I Malawi har 80 procent af befolkningen i gennemsnit 10 km til den nærmeste klinik eller hospital. Tallet siger ikke noget om muligheden for at benytte transport eller hvilket terræn, man skal færdes i. Dertil kommer, at klinikkerne i landområderne i mange tilfælde er lukket. Det kan skyldes en permanent mangel på personale eller situationer, hvor de allerede få ansatte ikke er til stede, enten fordi de er blevet syge, for eksempel med aids, plejer en syg i deres familie eller deltager i en begravelse. Efter at have gået 10 km til en lukket klinik føles næste klinik meget langt væk.



## 2.4 By og land

I de fleste u-lande er der stor forskel på by og land. Stort set alle samfundsmæssige forhold er dårligere på landet. Det gælder for eksempel uddannelsesmuligheder, antal arbejdspladser, infrastruktur, tilgængelig information og ikke mindst adgangen til sundhedstilbud. Der findes fattige i både byer og på landet, men hvis

### Hvor de statslige institutioner ikke når ud

Der er to områder i Malawi, Palombe og Alikoma øen, hvor der slet ikke findes nogen statsligt sundhedsalternativ. Heldigvis har CHAM klinikker i de to områder, men adgangen til sundhedsalternativ er meget begrænset.

man kigger på den gruppe, som lever under FNs officielle grænse for ekstrem fattigdom (én dollar om dagen), så ses en tydelig koncentration i landdistrikterne.

Derudover er fordelingen mellem, hvor mange mennesker, der bor på landet, og hvor mange uddannede sundhedsarbejdere der findes, skæv.

Mangelen på sundhedspersonale er markant større i landdistrikterne. Klinikker der ifølge estimeringen skal have en læge og to sygeplejersker har ofte kun en sygeplejerske eller sundhedsmedarbejdere.<sup>12</sup>

## 2.5 Brugerbetaling

Der er stor forskel på, hvor omfattende brugerbetalingssystemer de enkelte lande har. I nogle lande er alle sundhedstilbud gratis, i andre lande koster alt penge, og i andre igen er der forskellige kombinationer, hvor nogle ydelser koster penge og andre er gratis. I u-landene medfører brugerbetaling generelt et stort adgangsproblem for de fattige. Selv med meget små gebyrer må fattige familier nøje overveje hvert eneste klinikbesøg. Et studie fra Kenya viste, at 40 % af de fattige ikke benytter sig af sundhedsalternativ, da de ikke kan betale gebyret<sup>14</sup>. Spørgsmålet om brugerbetaling er derfor meget vigtigt, hvis man skal øge adgangen til sundhedstilbud. Et alternativ for dem, der ikke har råd til at gå til en klinik, er at vende sig til traditionelle alternativer, hvilket desværre betyder at man ikke får adgang til professionel oplysning, pleje og behandling i forhold til hiv og aids og relaterede sygdomme.

### 1300 kr for et lægebesøg

Det er gratis at benytte Malawis offentlige sundhedssystem, mens CHAM har brugerbetaling på dele af den service, de udbyder. Selvom betaling for sundhedsydelser er sat lavt, er det for den fattige del af befolkningen uendeligt dyrt. Betaling for et besøg ligger på mellem 8 og 20 kr<sup>13</sup>, og skal sammenlignes med en dagløn på 12 kr for at sælge brænde på markedet. Oversat til en dansk kontekst vil det betyde, at en person som har en timeløn på 100 kr skulle betale mellem 500 og 1300 kr for et lægebesøg.

Brugerbetaling risikerer især at få negative konsekvenser for kvinders muligheder for at få behandling på en klinik eller et hospital. I mange kulturer er det mændene, der styrer familiens økonomi. Kvinder bliver derfor nødt til at spørge manden, hvis de har brug for penge til at opsøge en klinik.

### Færre kvinder på hospitaler med brugerbetaling i Malawi

På grund af brugerbetaling er der flere mænd end kvinder i Malawi, der kommer på CHAMs klinikker, da det ofte er mændene som styrer økonomien<sup>15</sup>. Dette på trods af, at der er flere kvinder, der er smittet med hiv end mænd.

I Danmark findes der ikke brugerbetaling hos læger og på hospitaler, og her er der betydeligt flere kvinder end mænd, som opsøger læger. Eksempelvis kontakter kvinder i alderen 30-54 år næsten den praktiserende læge dobbelt så mange gange som mænd i samme alder<sup>16</sup>.

### 3. Direkte årsager

Der er mange årsager til de problemer, der er beskrevet i det ovenstående kapitel. De direkte årsager til den dårlige adgang til sundhedspleje er, at der ikke findes tilstrækkeligt uddannet personale, at personalet forlader arbejdet for at arbejde i private organisationer eller i andre lande, hvor lønforholdene er bedre, at personalet dør af aids, eller at personalet flytter til byerne. Derudover mangler der ofte ressourcer til at opretholde den nødvendige service, både hvad angår medicin, udstyr, faciliteter og personale.

#### 3.1 Sundhedsarbejdere emigrerer

Det såkaldte *brain-drain*, hvor uddannet personale flytter fra landet, er et stort problem i mange u-lande. Lønninger og arbejdsforhold er betydeligt bedre i de vestlige lande, hvor der også er mangel på uddannet sundhedspersonale. Som eksempel kan nævnes at 16 procent af de ugandisk uddannede læger i 2006 arbejdede udenfor Uganda og at 34 procent af sygeplejerskerne i Zimbabwe havde søgt ud af landet<sup>17</sup>. Hvis der ikke tages drastiske initiativer i forhold til *brain-drain*, vil problemet og dermed de negative konsekvenser øges i takt med at de rige landes befolkninger bliver ældre, og behovet for pleje bliver større.

Uddannede arbejdsdygtige personer som emigrerer, bidrager i mange tilfælde til hjemlandets økonomi gennem de penge, som de sender hjem til familien. Dette er selvfølgelig godt, men giver kun en total positiv effekt i forhold til kampen mod hiv og aids, hvis der samtidigt findes en overkapacitet på uddannet sundhedspersonale. Dette er for eksempel tilfældet i Filippinerne, hvor regeringen opfordrer sygeplejersker til at søge til udlandet, da de ved, at en stor del af indtægterne kommer retur til landet via overførsler til familien i hjemlandet<sup>18</sup>. Overkapacitet er dog undtagelsen i de fleste fattige lande.

#### 3.2 Hiv og aids giver højt fravær og frafald

Som alle andre mennesker bliver sundhedspersonale smittet af hiv, og da udbredelsen af hiv i nogle lande i det sydlige Afrika er helt oppe over 33 procent, får det stor betydning for klinikker og sygehuse. Den store del af sundhedspersonalet, der selv er syge af hiv og aids betyder, at der er meget stort fravær og mange dødsfald. Fra 1999 til 2005 mistede Botswana eksempelvis 17 procent af arbejdsstyrken i sundhedsvæsenet til aids. Og uden yderligere tiltag forventes det, at 40 procent af arbejdsstyrken vil dø frem til 2010<sup>19</sup>. Det koster dyrt både hvad angår manglende personale og ressourcer til oplæring og uddannelse af nyt personale.

##### Penge til begravelser

I Malawi har mange arbejdsgivere en politik om at de betaler udvalgte udgifter (for eksempel en kiste og noget at spise ved begravelsen) når en ansat, eller nogen i den ansattes nære familie, dør. I takt med at flere og flere får aids, er disse udgifter vokset kraftigt i den kirkelige sundhedsorganisation CHAMs budget. Udgifterne til begravelser trækkes fra det samme budget, som også skal finansiere behandling og pleje og dække alle andre udgifter i organisationen.<sup>20</sup>

Selv om sundhedspersonale har viden om hiv, og om behandlingsmuligheder, så er sundhedsmedarbejder ramt i lige så høj grad som andre grupper i samfundet. Dette skyldes blandt andet den stærke diskriminering af hiv-smittede, som er udbredt i mange lande. Personale i sundhedssektoren vil derfor ikke lade sig teste og hermed risikere at skulle offentliggøre eventuel hiv-smitte<sup>21</sup>. Mange mennesker har ikke reel mulighed for at beskytte sig, fordi forebyggelsen er mangelfuld og adgang til prævention begrænset.

#### 3.3 Byerne trækker

Som beskrevet i kapitel to er fattigdommen i landområderne i de fleste u-lande større end i byerne. Selv om sygeplejersker og andet sundhedspersonale får samme løn på landet som i byerne, så er arbejds- og levevilkårene generelt bedre i byerne. Mange sundhedsarbejdere vælger efter afsluttet uddannelse derfor at bo og arbejde i byerne for at sikre tryghed for familien, adgang til videre uddannelse for børnene samt adgang til moderne teknologi og en velfungerende infrastruktur.

### Initiativ for at få mere personale til landdistrikterne

Det malawiske sundhedsministerium har i gang sat flere initiativer for at fastholde sygeplejersker og andet sundhedspersonale i landområderne. Som det første arbejde efter endt uddannelse bliver f.eks. sygeplejersker placeret i disse områder. Efter at have arbejdet på landet i to år, kan de søge til andre områder. Et andet initiativ fokuserer på at give sundhedspersonale på landet ekstra opmærksomhed, for eksempel med tilbud om videreuddannelse og bedre karrieremuligheder.<sup>22</sup>

### 3.4 Mangel på ressourcer

I mange lande er der et loft for lønninger og budgetter i sundhedssektoren. Det betyder konkret, at man ikke kan ansætte nye medarbejdere eller forhøje eksisterende lønninger. Manglende økonomiske ressourcer betyder også, at det er svært, at etablere nye klinikker eller udføre den nødvendige vedligeholdelse af eksisterende faciliteter. Den langsigtede udvikling af sundhedsservicen bliver også forhindret, da der ikke er penge til at uddanne personale, og til at varetage eventuelle kommende stillinger.

Nogle lande er i den paradoksale situation, at der reelt findes uddannet personale, men lønloft og manglende budget gør, at de ikke kan ansætte yderligere personale. Som eksempel kan nævnes Kenya, hvor sygeplejersker går arbejdsløse, selvom der er brug for dem<sup>23</sup>. Donorer er generelt meget forsigtige med at give støtte til langsigtede udgifter så som lønninger. Det skyldes, at landene vil have brug for støtten i en meget lang eller permanent periode, som rækker ud over bistandsmidlernes planlægningsmæssige horisont. Det skal dog noteres, at Danida for nyligt har skiftet politik på dette område, og at støtte til lønninger i netop Kenya, er ved at blive introduceret.

De lave lønniveauer i den offentlige sundhedssektor er en kraftig medvirkende årsag til at sundhedsarbejdere siger op og søger til andre arbejdsgivere indenfor landets grænser eller i rige lande, blandt andet Europa.

### Sundhedsbudgettet i Danmark og Malawi

I Malawi er lønningerne i sundhedssektoren meget lave. Selvom der i løbet af de seneste tre år er gennemført lønreformer, så hindrer lønloftet videre lønudvikling. Årslønnen for en sygeplejerske ligger mellem 13.895 og 14.184 kr og niveauet for en læge ligger mellem 45.461 og 50.054 kr.

Malawi har skrevet under på den såkaldte Abuja deklARATION, som indebærer en hensigtserklæring om at landets sundhedsbudget skal være 15 procent af det totale statsbudget. Selvom målet ikke er nået, er det udtryk for en tydelig politisk prioritering af området.

Som det ses i tabel 2 udgør sundhedsbudgettet 9,1 procent af statsbudgettet i Malawi. Til sammenligning udgør det danske sundhedsbudget 13,5 procent af det totale offentlige budget. Dette siger i midlertidigt ikke meget, hvis man ikke også kigger på, hvor stort et beløb andelen udgør. Hvor der i Danmark i gennemsnit er allokateret 2292 USD per person til sundhedsbudgettet, er der tilsvarende kun 16 USD i Malawi. Disse 16 dollars er ikke nok til at uddanne eller ansætte det nødvendige personale, eller bygge og vedligeholde fungerende klinikker og hospital.

**Tabel 2: Ressourcer til sundhed**

	Andelen af statsbudgettet som går til sundhed i procent (2003) <sup>24</sup>	Statslig allokering af ressourcer til sundhedssektoren per person, i USD (2003) <sup>25</sup>
Danmark	13,5	2292
Malawi	9,1	16
Chad	10,2	20
Etiopien	9,6	12
Den Demokratiske Republik Congo	5,4	3

I de afrikanske lande er der politisk vilje til at gøre mere for sundhedsvæsenet. Afrikanske ledere fra 44 afrikanske lande mødtes på et ekstraordinært topmøde i 2001 netop for at diskutere de ekstraordinære udfordringer, som hiv og aids og andre infektionssygdomme skaber i de afrikanske lande og især i sundhedssektorerne. På dette topmøde blev Abujadeklarationen vedtaget, hvori de afrikanske ledere forpligter sig til at tage de nødvendige skridt i forhold til at sikre de nødvendige ressourcer til sundhedsområdet. Dette indebærer blandt andet et mål om at allokere mindst 15 procent af det årlige budget til forbedringer i sundhedssektoren<sup>26</sup>.

## 4. Bagvedliggende årsager

De ovenfor beskrevne direkte årsager til problemer er forårsaget af dybere bagvedliggende årsager, der hænger sammen med spørgsmålet om ressourcer og landenes økonomi. Lave lønninger og dårlige arbejdsforhold får folk til at skifte arbejde og søge til byerne, og det er sundhedsbudgetternes størrelse der gør, at der ikke er penge til at uddanne og ansætte flere medarbejdere i sundhedssektoren. Manglen på penge og ressourcer er et økonomisk spørgsmål, der skal ses i sammenhæng med landenes samlede offentlige budgetter, og med hvordan disse er sammensat og styret. De fleste u-lande er stærkt afhængige af udenlandske donorer og ikke mindst af Den Internationale Valutafond (IMF). De internationale aktørers budgetanvisninger har direkte konsekvenser for landenes sundhedsbudgetter.

### 4.1 Mangel på penge

Den vigtigste bagvedliggende årsag til den store mangel på sundhedspersonale er, at der mangler penge. Mangel på penge betyder lave lønninger, hvilket får personalet til at skifte arbejde til virksomheder og organisationer, der kan give en bedre løn. Det betyder også, at det er svært at ansætte mere personale, og endelig bidrager manglen på penge til dårlige arbejdsforhold. Sundhedsbudgetternes begrænsede størrelse skyldes i mange afrikanske lande ikke manglende prioritering fra politikernes side, men det faktum at statsbudgetterne helt enkelt er meget små. Som nævnt har en lang række afrikanske regeringer underskrevet en erklæring om, at sundhed skal fylde 15 procent af statsbudgettet. Det er et højt mål, som få har mulighed for at nå, men sundhedsbudgetternes størrelse i mange lande er dog relativt høje, målt som procent af det samlede statsbudget. I Malawi er det 9,1 procent. Det skal sammenlignes med Danmark, hvor sundhed fylder 13,5 procent af finansloven. Men sammenlignet i kroner og ører er forskellen enorm (se ovenstående eksempelboks "Sundhedsbudgettet i Danmark og Malawi"), og procenter alene er ikke nok. En forøgelse af de samlede statsbudgetter er afgørende for at skaffe flere penge til de svage sundhedssystemer.

### 4.2 Muligheder for at øge statsbudgettet

Der findes forskellige måder at øge budgetterne på. Alle alternativer kan få konsekvenser for den makroøkonomiske stabilitet og inflationsniveauet. Fra et vækst- og et økonomisk orienteret udviklingsperspektiv er det derfor vigtigt at overveje de forskellige muligheder. En forøgelse af budgettet kan ske gennem tiltag fra u-landets side og via initiativer fra eksterne parter, på følgende måder:

- **Øgede skatteindtægter:** Skat er altid en god mulighed at få flere penge i statskassen. Effektiviseret inddrivning af skat, og forøgede skatteprocenter kan derfor være en mulighed. I mange lande er det dog svært at finde flere penge i den lokale økonomi, og det er derfor meget vigtigt, også at forholde sig til internationale relationer gennem handel og investeringer. Hiv og aids er også en vigtig faktor, da sygdommen tit rammer folk i den arbejdsdygtige alder, og dermed også mindsker mulighederne for øget produktion og dermed skattegrundlaget.
- **Optagelse af lån:** Det er ofte muligt at låne penge, men lån skal betales tilbage og almindeligvis med rente. Netop gæld og de deraf afledte afdrag og renter er allerede en stor barriere for mange u-landes udviklingsmuligheder. Det er derfor ikke nogen bæredygtig idé at øge gældsbyrden. Dette gælder både for indlands- og internationalgæld.
- **Gældseftergivelse:** Da mange u-lande allerede har en meget stor gæld, er et vigtigt og bæredygtigt alternativ gældseftergivelse. For de fattigste lande som opfylder IMFs kriterier for en sund og stabil økonomi (for eksempel gennem at have lav inflation) kan gældseftergivelse være et muligt alternativ. Dette såkaldte HIPC (*Highly Indebted Poor Countries*) initiativ medfører dog også en række betingelser som har stor effekt på, hvordan det øgede råderum skal bruges (se boks "Gældseftergivelse i Malawi" nedenfor).

#### Gældseftergivelse i Malawi

Malawi er et såkaldt *Highly Indebted Poor Countries* (HIPC) og blev i 2000 godkendt til at få gældseftergivelser. Der findes dog en række betingelser, som landet skal leve op til, for at gældseftergivelsen bliver gennemført. I 2006 nåede Malawi det såkaldte *completion point*, hvilket betyder en større gældseftergivelse.<sup>27</sup> Det havde stor betydning for statsbudgettet, da landet tidligere betalte ca. 102 millioner USD i renter per år.

Der var store forventninger om, at dette "nye" råderum skulle give øget råderum i de sociale budgetter, blandt andet for sundhedssektoren. Dette blev dog kun en begrænset realitet, da midlerne i stedet, efter pres fra IMF, blev prioriteret til afbetalinger på den indenlandske gæld.

- **Tryk af ny valuta:** En regering har selvfølgelig altid muligheden for simpelthen at trykke mere valuta. Dette leder dog direkte til øget inflation, og dermed mindsket købekraft for befolkningen, hvilket gør det til en meget usikker strategi.
- **Bistand:** Bistand er en måde, hvorpå et u-land kan forøge sine statsbudgetter. Som det beskrives nedenfor, er der dog grænser for et lands kapacitet til at modtage og absorbere bistand, og endelig risikerer bistand at øge afhængigheden af internationale donorer.
- **Kompensation:** Selvom det ikke er nogen almindelig metode, så er kompensation også et muligt pengeflow til u-landene. Effekten vil være den samme som ved bistand, men relationen mellem givere og modtagere er en anden. En mulig kompensationsmulighed indenfor sundhedssektoren er, at donorlande som modtager sundhedspersonale fra u-lande kompenserer disse med penge svarende til udgifterne for uddannelsen af to nye personer.

Et øget økonomisk råderum, kan også opnås ved at mindske udgifterne. Det kan ske gennem:

- **Øget effektivitet:** Den mulighed, som er blevet favoriseret af både IMF og Verdensbanken, samt mange andre vestlige donorer, er effektiviseringer, rationaliseringer, og privatiseringer. Dette er vigtige aspekter, som kan give positive effekter og øget økonomisk råderum. Men samtidig risikerer man, at en øget effektivisering gennem privatiseringer og rationaliseringer får negative konsekvenser for kvalitet og service. Dette er ikke mindst tilfældet, hvis man kigger på sundhedssektoren. Privatiseringer har tidligere været en del af IMF's og Verdensbankens ønskelister, men selv disse organisationer har efter evalueringer og kritik begyndt at skifte holdning i forhold til privatiseringer indenfor den sociale sektor.<sup>28</sup>
- **Kamp mod korruption:** Korruption er desværre et reelt problem i mange u-lande. Korruption bidrager til at udhule budgetterne, da penge som kunne være brugt på eksempelvis behandling af syge, forsvinder i private lommer.

Øget effektivitet og kampen mod korruption er vigtige områder, men et fokus udelukkende på disse områder løser ikke problemerne, da der er brug for mere drastiske forøgelser af statsbudgetterne, end hvad disse initiativer kan bidrage med.

#### Muligheder for at øge statsbudgettet i Malawi

Malawi har en, for regionen, høj skatteprocent, og på grund af den store fattigdom er der ikke mange penge at hente i den indenlandske økonomi. En forøgelse af skatteindtægterne kan derfor kun blive marginal. Der er heller ikke store muligheder for at øge gælden, da renter og afskrivninger vil lægge øget pres på et allerede presset budget. Den udenlandske gæld er netop blevet mindsket gennem internationale gældafskrivninger, og den indenlandske gæld er allerede stor.<sup>29</sup> Den bedste mulighed for at få flere penge ind i statsbudgettet er derfor øget bistand, og bedre handelsbetingelser, så produktionen i landet får bedre vilkår og skattegrundlaget derved udvides.

I 2004 gennemførte WHO et studie af Malawis makroøkonomiske situation og sundhedssektoren. Studiet anbefalede også mere bistand og bedre handelsbetingelser<sup>30</sup>.

### 4.3 Muligheder for at øge sundhedsbudgettet

Mulighederne for at øge sundhedsbudgetternes andel i forhold til andre dele af statsbudgettet afhænger af politiske prioriteringer, men også i høj grad af politisk taktik. Sundhedsudgifterne kan deles i lønninger og udgifter til drift, medicin og aktiviteter, som ikke i særlig høj grad er forbundet direkte med andre dele af statsbudgetterne. Men med lønninger forholder det sig anderledes. Hvis lønninger for ansatte i sundhedssektoren stiger kraftigt, vil det skabe frustration hos andre grupper af statsligt ansatte, for eksempel lærere, som ofte også er underbetalte. Man kan således ikke uden videre hæve lønningerne til offentlig ansatte i sundhedssektoren, uden også at gøre det samme i de andre store offentlige sektorer.

Sundhedsrelaterede udgifter, såvel løn som behandling og hospitaler skal også vurderes i det lange udgiftsperspektiv. Hvis man bygger et hospital, vil der på sigt også komme udgifter til drift og vedligeholdelse, og det rækker derfor ikke blot at have penge til at bygge hospitalet. Hvis man ligeledes begynder at give livsforlængende ARV medicin til hiv-smittede, skal behandlingen fortsættes i meget lang tid. For mange u-lande udgør bistand en meget stor del af sundhedsbudgettet. Men donorer giver almindeligvis kun bistand til specifikke projekter i begrænsede perioder. I mange tilfælde er perspektivet kun få år, med åbenlyse stabilitetsproblemer til følge.

Den Internationale Valutafond har også en vigtig rolle i forhold til sundhedsbudgetterne. For at følge IMF's anbefalinger, er regeringerne nødt til at føre en meget stram budgetpolitik med løn- og budgetloft. Dette kan gøre det så godt som umuligt at øge sundhedsbudgettet, selv om der findes politisk vilje eller muligheder for ekstra økonomisk støtte.

#### 4.4 Manglende kapacitet

Der mangler penge i sundhedsbudgetterne, men der er også mangel på kapacitet til at omsætte flere midler. Den manglende kapacitet er en vigtig faktor, eftersom mange lande reelt bliver nødt til at sende bistandsmidler retur, fordi de ikke magter at bruge dem. Som eksempel kan nævnes et studie fra det kenyanske sundhedsministerium, som i 2004 viste, at 60 % af donor-støtten i gennemsnit blev returneret<sup>31</sup>. Manglende kapacitet kan blandt andet skyldes:

- **Manglende administrative kompetencer:** Administration af store donorbevillinger er kompliceret, og i mange tilfælde har sagsbehandlerne ikke tilstrækkelige kompetencer eller uddannelse til at varetage opgaven på en effektiv måde.
- **Mangel på koordination og harmonisering blandt donorer:** Der er mange forskellige donorer, som giver støtte til u-landenes statsbudgetter, og der er lige så mange forskellige regler, betingelser og formater for, hvordan pengene skal administreres. Dette skaber øget arbejde, hvilket går ud over kapaciteten.<sup>32</sup> I den såkaldte Paris-deklaration vedtog en lang række regeringer et antal forpligtelser i forhold til harmonisering af donorindsatser. Parisdeklarationen indebærer blandt andet et løfte om at udarbejde en mere effektiv arbejdsdeling donorerne imellem, således at disse hver især har ét fokusområde. Derudover skal landene også samarbejde om at harmonisere procedurerne i forbindelse med modtagelse og brug af donormidler<sup>33</sup>. Deklarationen er et godt initiativ, men der mangler stadigvæk meget i forhold til reelle forandringer.
- **Usikre midler:** Mange donorer er dårlige til at opfylde løfter om bistand, og gør det heller ikke klart, hvornår pengene bliver udbetalt. Dette skaber øget administration, specielt hvis penge bliver udbetalt i slutningen af en budgetperiode, hvor mulighederne for at revidere budgettet og få pengene brugt er små. Sene udbetalinger af donormidler risikerer også at skabe likviditetsproblemer, hvilket i mange tilfælde tvinger u-landsregeringerne til at tage dyre kortsigtede indenlandske lån.<sup>34</sup>
- **Bredere og mere langsigtede midler:** En betydelig del af donorstøtten er fortsat bundet til specifikke og afgrænsede projekter og sektorer i begrænsede tidsperioder. Det gør budgetstyringen svær, hvilket også er med til at mindske kapaciteten. Fra et kapacitetsperspektiv er den såkaldte budgetstøtte, hvor u-landsregeringerne selv må prioritere ressourcerne, bedre. Et andet alternativ er det man kalder *Sector Wide Approach* (SWAP), eller sektorprogrambistand som Danida arbejder med, hvor donorer bidrager til en større pulje indenfor en sektor, som for eksempel sundhedssektoren. Støtte som gives i længere tidsperioder vil også øge kapaciteten, da det vil gøre planlægning nemmere.
- **Mangel på personale:** Da mange donorer af princip ikke giver midler til lønninger, er brugen af bistandsmidler afhængigt af, at der findes fungerende organisationer med personale, betalt af andre midler, der kan omsætte de eksterne midler til aktiviteter<sup>35</sup>.

#### 4.5 IMF's betydning

IMF er ikke nogen almindelig donor. IMF er oprettet med det formål at fremme internationalt valutasamarbejde og økonomisk stabilitet i medlemslandene, samt at tilvejebringe midlertidig finansiel støtte til forbedring af landenes betalingsbalance. Dette har ikke nødvendigvis en kobling til social- og sundhedsrelateret udvikling. IMF giver reelt ikke mange bistandsmidler, men deres vurderinger fungerer som retningslinjer for flertallet af de internationale donorer og organisationer, og IMF har derfor meget stor betydning for udviklingen i de donorafhængige u-lande<sup>36</sup>. Organisationen spiller en afgørende rolle i forhold til både den generelle budgetpolitik og sundhedsbudgetternes størrelser, inklusiv lønniveauer og udgiftslofter.

### IMF støtte med betingelser

IMF-lån er generelt betinget af, at modtagerlandene indfører aftalte politiske tiltag IMF har forskellige lånemuligheder afhængigt af lånerlandets økonomiske status. Lavindkomstlande har mulighed for at søge om lån under *Poverty Reduction and Growth Facility* (PRGF). Lån under PRGF stiller et længerevarende lån til rådighed i forbindelse med betalingsbalanceproblemer og har vedvarende fattigdomsreducering som mål. En betingelse for at søge lån under PRGF er, at landene der ønsker lånet udarbejder et dokument, der kaldes en fattigdomsstrategi (såkaldt *Poverty Reduction Strategy Paper* (PRSP), eller som det hedder i Malawi, *Malawi Growth and Development Strategy* (MGDS)). Udarbejdelsen af dokumentet skal inkludere hele samfundet, inklusive NGO'er, men foregår også i samarbejde med IMF. Dokumentet integrerer makroøkonomiske, strukturelle og fattigdomsreducerende politiske tiltag<sup>37</sup>.

## 4.6 Magten over budgettet

Ifølge IMF selv, er de kun rådgivende i forhold til u-landsregeringernes budgetpolitik. Set fra et rent formelt perspektiv er det også sandt. I praksis ser situationen dog noget anderledes ud, og det er mere reelt at sige, at det er IMF, der dikterer budgetternes sammensætning.

IMF samarbejder og forhandler med regeringen i det pågældende land, og det er regeringen som modtager anbefalinger og skriver under på krav og betingelser. Selvom det i de fleste demokratier er parlamentet, der vedtager finanslove, har parlamentarikerne kun meget ringe mulighed for at følge med i forhandlingerne mellem regeringen og IMF, samt de betingelser som inkluderes i de indgåede aftaler og strategier.

Grundet IMF's formål er deres finansielle støtte og politik fokuseret på at skabe makroøkonomisk stabilitet, hvorfor IMF generelt ikke udlåner penge til specifikke projekter. Bistanden kommer derimod gennem Verdensbankens projekter, som er tæt koblet til IMF's makroøkonomiske baserede politik. IMF's betydning øges yderligere fordi deres vurdering af et lands økonomi og styringen heraf, fungerer som kvalitetskontrol overfor stort set alle vestlige donorer. Hvis IMF trækker sig fra et samarbejde med en regering, ses det som et signal om, at den pågældende regering ikke har styr på sit budget, hvilket kan få den konsekvens, at øvrige donorer også trækker sig ud. På samme måde fører anerkendelse fra IMF til nye og større aftaler med donorer. U-landenes regeringer er derfor nødt til at følge IMF's anbefalinger, også selvom det indebærer, at nationale prioriteringer vedtaget af demokratiske og parlamentariske organer, bliver underkendt. Disse anbefalinger opleves derfor som betingelser, der er akkurat så reelle som de formelle krav, der er en del af IMF's aftaler med de donormodtagende lande<sup>41</sup>.

### Parlamentarikere uden mulighed for indflydelse

I Malawi er det regeringen og IMF, der kontrollerer den makroøkonomiske udvikling og dermed også store dele af fordelingspolitikken. Regeringen konsulterer med IMF, hvilket eksempelvis betyder, at civilsamfundet har meget begrænsede muligheder for at give kommentarer til de beslutninger, der træffes.<sup>38</sup> For parlamentarikerne er det også problematisk. Organisationen CCJP, en katolsk organisation i Malawi, oversatte på et tidspunkt et lovforslag fra engelsk til det lokale sprog, Chichewa. Dette skete efter, at det blev kendt, at flere parlamentarikere reelt ikke havde forstået det oprindelige forslag.

### Donorer følger IMF

Malawis regering kom i november 2001 *off track* med IMF, hvilket konkret betød at de ikke længere opfyldte IMF's krav og betingelser. Konsekvensen blev, at IMF trak sin støtte, hvorefter en stor gruppe af øvrige donorer hurtigt fulgte trop – blandt andet Danmark<sup>39</sup>. Uden IMF's godkendelse af økonomien, er der få vestlige regeringer, der tør eller vil give støtte<sup>40</sup>.

## 4.7 Inflationen og mulighed for øgede sundhedsbudgetter

Der er blandt økonomer overordnet enighed om, at makroøkonomisk stabilitet er vigtigt i forhold til økonomisk vækst, men der er ikke enighed om, hvor hård den makroøkonomiske linie skal være, og om hvorvidt en *for* hård linie, kan have en modsat effekt på væksten. Et større studie fra Verdensbanken med data fra 127 lande foretaget mellem 1960 og 1992 (et studie over en årrække på 32 år, med næsten 3000 årlige observationer), viste for eksempel, at inflationsniveauer under 20 procent ikke havde nogen tydelig negativ effekt på den økonomiske vækst<sup>42</sup>. Studiet er foretaget på baggrund af empiriske cases, og viser at forskellene i økonomisk vækst med inflationsniveauer mellem 0 og 20 procent er små. Verdensbanken skriver endvidere, at casestudie-litteratur om inflationserfaringer, har demonstreret, at lande kan leve med moderate inflationsniveauer mellem 15 og 30 procent i længere perioder, samt at inflationskriser (defineret som



inflation over 40 procent) ikke skader den økonomiske vækst permanent<sup>43</sup>. Flere andre økonomer og videnskabelige studier viser også, at inflationsniveauer op til 20 % ikke har markant effekt på den økonomiske vækst<sup>44</sup>.

IMF insisterer dog fortsat behårdt på lav inflation, og det giver store begrænsninger for regeringernes råderum i statsbudgetterne, for eksempel gennem skrappe løn- og budgetloft. Når budgetplanlægning tager afsæt i IMF's fokus på lav inflation, bliver andre aspekter i økonomien underordnet dette forhold. Det betyder, at det i sidste ende også har afgørende betydning for hvor mange ressourcer, det er muligt for regeringerne at afsætte til sundhedsområdet.

Et af de vigtigste policy-værktøjer til at dæmpe inflationen i et land, er at holde de offentlige udgifter nede. Et almindeligt budgetværktøj i den forbindelse er at indføre budget- og lønlofter, hvilket betyder, at udgifterne i en begrænset periode ikke må overstige fastlagte grænser. Regeringerne og parlamenterne vedtager formelt selv disse lofter, men de er en vigtig del af IMF's anbefalinger. Da regeringerne er nødt til at følge IMF's krav om at overholde de overgribende inflationsmål, er der ikke noget alternativ til IMF's forslag til finanspolitik.

#### **Eksempel på forholdet mellem inflation og vækst**

Malawi havde i 2006 en BNP-vækst (målt i faste priser) på 7 procent og et inflationsniveau på 13,9 procent, hvorimod Danmarks BNP vækst var 3 procent med et inflationsniveau på 1,8 procent<sup>45</sup>. Eksemplet demonstrerer, at der ikke behøver at være en direkte sammenhæng mellem inflation og vækst i et givet år.

Som det er blevet beskrevet ovenfor, er de fleste metoder til at øge statsbudgettet forbundet med en risiko for øget inflation. Den makroøkonomiske stabilitet er vigtig, og stor inflation risikerer at komme ud af kontrol, hvilket kan få store skader på økonomien og relationerne til internationale donorer. Hvis man ønsker at øge sundhedsbudgettet, inklusiv lønninger til sygeplejersker og andet sundhedspersonale, er spørgsmålet om, hvor stor inflation et land kan tåle, derfor meget vigtigt. Der findes nogle elementer, der bør overvejes i en analyse af inflationens rolle:

- En forøgelse af udgifterne og budgettet, leder ikke nødvendigvis til en øget inflation. Det afhænger af, hvad pengene bliver brugt til. Den primære årsag til inflation kommer fra en stigning i pengemængden, som oftest er styret af centralbanken. Inflation er mere konkret en periode kendetegnet ved prisstigninger, der er højere end normalt, og som blandt andet reflekteres i forbrugerprisindekset. Konsekvenserne heraf er, at det bliver dyrere at købe varer, herunder dagligvarer. Når inflation opgøres, ser man på den procentvise stigning i forbrugerpriser i forhold til indeværende års forbrugerpriser og sidste års forbrugerpriser<sup>46</sup>. En forøgelse af lønninger kan bidrage til inflation, mens import af medicin, som bliver givet væk til patienter ikke har nogen direkte effekt på inflationen. I de fleste økonomier er det heller ikke sandsynligt, at øgede udgifter i sundhedssektoren alene, vil få reelle effekter på inflationen.
- En lav inflation er vigtig for at tiltrække udenlandske investeringer, og for at støtte produktionen generelt. Netop et godt investeringsklima er ifølge IMF og mange andre vestlige donorer en nøglefaktor for økonomisk udvikling. I mange u-lande er fattigdommen dog så udbredt, at investeringer i erhvervssektoren vil have relativt små effekter for den fattige del af befolkningen. Investeringer er meget vigtige, men det skal sættes i relation til den gigantiske effekt, som manglende sundhed og udbredelsen af hiv, har for den fattige del af befolkningen, samt den negative effekt sygdommen har på mennesker i den arbejdsdygtige alder, og dermed mulighederne for øget produktion.
- Det stærke fokus på inflation leder i visse tilfælde også til situationer, hvor IMF opfordrer u-landsregeringer til at sige nej til mere bistand, da flere penge risikerer at forringe den økonomiske stabilitet og skabe inflation.
- Endelig er der, som allerede nævnt, delte meninger om, hvad der er et passende inflationsniveau. Mange udviklingsøkonomer mener, at inflationsniveauer på mellem 10 og 20 procent kan være bæredygtige, hvis de følges nøjagtigt og ikke slår over i hyperinflation, hvor regeringen mister kontrollen over inflationen.

### Malawis lave inflationsmål

Med IMF's fokus på makroøkonomisk stabilitet, er inflation et af de aspekter, der spiller en større rolle i de makroøkonomiske overvejelser i PRGF (se boks om "IMF støtte med betingelser" ovenfor). IMF giver selv udtryk for, at det ville være usædvanligt for dem at støtte et program, der sigter på et inflationsniveau over 10-12 procent<sup>47</sup>, og i den forbindelse har Malawis regering forpligtet sig til at følge en fornuftig finanspolitik, der blandt andet inkluderer et lavt inflationsniveau. Fra at have et inflationsniveau på 16,9 procent i 2005 skal inflationsniveauet i Malawi falde til mellem 5 og 8 procent indenfor en treårig periode, det vil sige inden 2009<sup>48</sup>.

## 4.8 IMF prioriterer ikke social udvikling og 2015 målene

IMF tolker sit mandat meget stringent, og giver sjældent plads til overvejelser i forhold til 2015 målene eller bløde områder som sundhed og uddannelse. Den økonomiske stabilitet, herunder en lav inflation, har meget tydeligt en højere prioritet end andre politiske områder for IMF<sup>49</sup>. Der findes meget kritik af IMF's prioriteringer, også fra FN som har kritiseret IMF for ikke at tage hensyn til 2015 målene, når de har udarbejdet landeplaner i forhold til de makroøkonomiske rammer, som landene skal arbejde indenfor<sup>50</sup>.

Også IMF har dog forpligtet sig på at støtte op om 2015 målene, og i forskellige dokumenter understreges det, at IMF gennem rådgivning, lån og mobilisering af donorer skal arbejde for opfyldelsen af målene<sup>51</sup>. IMF kan, gennem sin status og funktion have en vigtig og positiv rolle i forhold til at nå 2015 målene. IMF er en aktør som både donorlande og u-lande lytter til, og IMF bør derfor arbejde for at gøre det klart, hvad der skal til, for at 2015 målene kan nås.

De fleste u-lande er dybt afhængige af donorbistand, ikke mindst indenfor sundhedsområdet. Da bistand er tidsbegrænset, er det ifølge IMF, ikke en indtægt, der er god at bruge på langsigtede udgiftsstigninger, som for eksempel lønudgifter. Med fokus på den makroøkonomiske stabilitet, er det bedre at lave budgettet ud fra de sikre indtægter, for eksempel skatteindtægter. Realiteten er dog, at støtte fra donorer fortsætter med at komme, selv om der skal skrives nye aftaler og udarbejdes nye projektdokumenter. Samtidigt er de "sikre" midler så små, at stigninger af langsigtede udgifter, ikke er mulige uden ekstern finansiering, som for eksempel bistand<sup>52</sup>. IMF har dog ret i, at det er risikabelt at bruge penge, inden man ved, at de kommer. Der er derfor brug for at lægge pres på donorerne, for at de skal holde sine aftaler, implementere Parisdeklarationen og give en kvalitativt bedre udviklingsbistand.<sup>53</sup>

IMF mener dog ikke, at der indenfor organisationens mandat findes plads til den type af aktiviteter. IMF vil ikke agere som pisk i forhold til donorer, eller gå ud og argumentere for at de skal give mere. Selv om IMF deltager i donorkoordineringsmøder på landeniveau, så sker deltagelsen som observatør<sup>54</sup>. Politisk pres i forhold til øget donorkoordinering og harmonisering, i linie med Parisdeklarationen, er heller ikke en prioritet, da IMF fokuserer på modtagerlandets politik, og ikke donorerens.

Makroøkonomisk stabilitet leder ikke nødvendigvis direkte til økonomisk vækst. Tværtimod kan økonomisk vækst lede til makroøkonomisk ustabilitet. IMF er derfor forsigtig i forhold til store forandringer i de økonomiske flows. Det er en af anledningerne til, at IMF forholder sig så passiv i forhold til mobilisering af donorer.

## 5. Løsninger

Hvis udbredelsen af hiv skal standses, og de sundhedsrelaterede dele af 2015 målene skal nås, er der brug for en drastisk udvidelse af mange u-landes sundhedsbudgetter. Som det er blevet beskrevet i denne rapport, er dette kun muligt gennem en forandret politik i IMF, og et godt samarbejde mellem u-landenes regeringer og vestlige donorer. Dette nødvendige samarbejde er allerede beskrevet i det sidste af de otte 2015 mål, som netop handler om, internationalt partnerskab. I praksis er der indtil videre desværre ikke taget initiativer nok, til at det er muligt at nå de mål, alle har forpligtet sig på til år 2015.

Det er nødvendigt, at sundhedsområdet prioriteres højere af u-landsregeringerne, donorer og ikke mindst af IMF.

### 5.1 U-landenes regeringer skal

- **Prioritere sundhedssektoren:** Ved at leve op til AbujadeklARATIONEN, hvori u-landsregeringerne har deklareret, at de vil allokere 15 procent af statsbudgetterne til sundhedssektoren, samt følge vedtagelsen fra FN topmødet i 2005 om at skabe en behandlingsgaranti for hiv-smittede i 2010.
- **Øge kapaciteten til at bruge bistanden:** Gennem effektiviseringer, donor-dialog, aktiv budgetstyring og andre initiativer, som gør brugen af bistandsmidler mere effektivt.
- **Følge den økonomiske udvikling i landet og statsbudgettet meget tæt:** Således at en eventuel højere inflation ikke risikerer at ende med hyperinflation og økonomisk krise. Bistand fra donorer kræver tillid til, at økonomien er under kontrol, dette selv ved inflationsniveauer, der eventuelt ligger højere, end hvad IMF anbefaler på nuværende tidspunkt.
- **Bekæmpe korruption:** Tage seriøse skridt fremad i kampen mod korruption.
- **Sikre en aktiv inddragelse af civilsamfunds aktører:** Som det er blevet nævnt i rapporten, spiller NGO'er også en vigtig rolle i sundhedsarbejdet. Dette skal støttes og anerkendes, blandt andet ved at skabe muligheder for overvågning af sundhedsbudgetterne.

### 5.2 Donorlandenes regeringer skal

- **Stille krav til IMF:** Det er de vestlige regeringer, der har den afgørende stemme i IMF, og som dermed sammen kan forme IMF's mandat og politik. Donorlandenes regering skal derfor arbejde for, at anbefalingerne under rubrik 5.3 i denne rapport bliver til virkelighed.
- **Harmonisere og koordinere med andre donorer, samt øge budgetstøtten:** Som regeringerne har forpligtet sig på i ParisdeklARATIONEN, bør bistand fra donorer koordineres og harmoniseres med henblik på at øge u-landenes kapacitet til at bruge bistandspengene, og på at øge andelen af bistandspengene som går til budgetstøtte eller sektorprogrambistand.
- **Lave langsigtede samarbejdsaftaler:** Selv om der allerede gennemføres store satsninger indenfor hiv/aids og sundhed, så vil der i de kommende 15 til 20 år fortsat være brug for et højt bistandsniveau indenfor disse områder. Det er afgørende, at u-landene kan have tillid til, at der også vil være donor støtte i denne periode, og der er derfor brug for at etablere langsigtede samarbejder.
- **Øge bistanden:** Som vist i kapitel 4 er bistand en god og bæredygtig måde at øge kapaciteten indenfor sundhedssektoren. En øget bistand fra det internationale donorsamfund er nødvendigt for at leve op til aftaler fra blandt andet FN topmødet i 2005, og 2015 målene som indikerer at udbredelsen af hiv og aids skal standses.
- **Give bistand til lønninger:** Der skal findes bedre muligheder for at bruge donorpenge til at betale lønninger til sundhedsarbejdere.
- **Overføre bistand i god tid i forhold til u-landenes budgetstyring:** For at u-landene kan bruge bistanden på den bedste og mest effektive måde, bør bistand overføres således, at det passer ind i u-landenes budgetår, og ikke donorerens.
- **Prioritere sundhedssektoren:** Sundhedssektoren er afgørende for landenes generelle udvikling og vækst, da en satsning på sundhed er en investering, der også giver positive effekter på andre udviklingsmål, som for eksempel fattigdom og økonomisk udvikling.

- **Indføre kompensation for brain-drain:** For hver sundhedsmedarbejder der rekrutteres til donorlandene skal en kompensation svarende til værdien af uddannelse af to nye medarbejdere, betales til det land han/hun flytter fra. Dette vil skabe mulighed for, at u-landene kan forøge deres kapacitet til at uddanne mere sundhedspersonale og dermed mindske de negative effekter af, at mennesker emigrerer for at få bedre arbejde.
- **Arbejde for handels- og investeringsaftaler, der giver u-landene mulighed for lokal udvikling:** Aftaler der reelt støtter, og hvis der er brug for det, beskytter, den lokale produktion, vil give øgede skatteindtægter og dermed øget råderum i statsbudgettet.

### 5.3 Den internationale valutafond skal

- **IMFs udviklingstilgang skal bygge på 2015 målene:** IMF's rådgivning bør i højere grad tage udgangspunkt i, hvordan makroøkonomisk politik kan udarbejdes, så den bedst fremmer en bæredygtig og social udvikling, og så 2015 målene kan nås i den angivne tidsperiode.
- **Respekt for lokale demokratiske prioriteringer:** Der er behov for, at IMF både anerkender de folkevalgte parlamenters demokratiske beslutninger og samtidigt anerkender den store betydning og indflydelse, som deres rådgivning og politik har. Demokrati er et prioriteret område for mange internationale donorer, og for at det skal understøttes, skal de nationale parlamenter også have råderum til at forvalte demokratiet.
- **Lemp de skrappe inflationsmål og budgetlofter:** Der er brug for opprioritering og forøgelse af sundhedsbudgetterne. Som mange økonomer og studier viser, vil en forøgelse af disse ikke automatisk lede til øget inflation, og der opstår ikke økonomisk krise, blot fordi inflationen stiger få procentpoint. IMF skal derfor lempe de skrappe inflationsmål og budgetloft, som findes i de nuværende programmer.
- **Forholde sig mere aktivt til donorerne:** IMF skal følge donorerens handlinger og tilsagn, med henblik på at øge kvaliteten af donorstøtten. Den makroøkonomiske stabilitet er stadigvæk vigtig at forfølge, men IMF bør skifte fokus fra, hvad der er muligt inden for de givne grænser, til hvad der er brug for, for at skabe en social udvikling. IMF skal derfor følge op på donorerens løfter og sikre at støtte udbetales til tiden og udformes med henblik på at forøge kapaciteten til at absorbere bistand. Dette skal ske gennem øget koordinering, harmonisering, langsigtede perspektiver og bredere rettede bidrag i form af direkte budgetstøtte eller sektorprogrambistand.

## 6. Hvad den danske regering bør gøre

Den danske regering har et stort fokus på hiv og aids, og området er højt prioritet i den danske udviklingsbistand. Dansk bistand lever op til en del af de løsningsmuligheder, der opstilles i kapitel fem. Udviklingsbistanden er velkoordineret og langsigtet anlagt, og den bliver givet indenfor de aftalte tidsrammer. Men den danske regering har valgt at holde en relativt lav profil i de internationale donormiljøer. Ikke mindst i forhold til IMF's arbejde, hvor andre lande som Norge og Storbritannien meget tydeligere tager stilling og forholder sig kritisk.<sup>55</sup>

Som det er konstateret tidligere, kan 2015 målenes forventninger i forhold til hiv og aids, og den vedtagne behandlingsgaranti fra FN topmødet 2005, ikke nås, med mindre der sker en stor ekspansion af sundhedssektoren i de fleste u-lande. Det kræver handling fra alle involverede aktører - også fra mindre lande som Danmark. Det er ikke nok at have et godt bilateralt bistandsarbejde. Der er også brug for at tage et aktivt initiativ i forhold til andre donorer og IMF og i forhold til den internationale debat. Danmark bør gå forrest i kampen for velfungerende sundhedstilbud i u-landene. Konkret bør den danske regering:

- **Være aktiv og gå foran i debatten om IMF's mandat og rolle:** Denne debat er aktuell netop nu, da blandt andet de norske og britiske regeringer forholder sig kritisk til IMF og Verdensbankens krav og betingelser. Det kan gøres ved at tage initiativ til videre studier af effekterne af IMF's betingelser og stramme inflationspolitik på sundhedsområdet, og gennem en opfølgingskonference af den konference, som den norske regering afholdt i efteråret 2006. Derudover drejer det sig om donorenes ansvar i forhold til at øge adgangen til sundhedsalternativer i u-landene (se rubrik 5.2 i denne rapport). Endelig er det vigtigt, at Danmark, ved forårs-, og efterårsmøderne i 2007, aktivt bruger sit mandat i IMF's bestyrelse, til netop at sætte spørgsmål ved IMF's nuværende politik og arbejde for et større fokus på en politik som støtter op om 2015 målene. Der er brug for en mere aktivistisk udenrigspolitik i forhold til IMF.
- **Fortsætte den høje prioritering af hiv og aids indenfor den danske udviklingsbistand:** Der findes flere gode initiativer, som dog kan forstærkes og videreudvikles. Støtten til lønninger i sundhedssektoren, som er initieret i Kenya, bør implementeres i flere lande. Andelen af bistanden, der går til budgetstøtte, bør generelt prioriteres i de lande, hvor Danida har sundhedssektorprogrammer, i tråd med sektorprogramstøtten til Ghana, hvor to tredjedele af sektorstøtten er gået til budgetstøtte.<sup>56</sup> Den universelle behandlingsgaranti, som blev vedtaget ved FNs topmøde i 2005, bør prioriteres, og en plan for hvordan Danmark kan bidrage bør udarbejdes. Endvidere bør den danske regering arbejde for en større anerkendelse af det civile samfunds rolle i forhold til sundhedssektoren i samarbejdslandene. F.eks. ved at kræve inddragelse af civile samfundsorganisationer i overvågning af budgetstøtte og sundhedssektorprogrammer.
- **Gå aktivt ind i den internationale donordebat i forhold til Parisdeklarationen:** Der er brug for opfølgning og implementering i forhold til de vedtagne hensigter, og for at arbejde for øget koordinering og harmonisering. Det handler ikke kun om at deltage i det eksisterende initiativ, men også om at være proaktiv og presse på, så andre regeringer følger det gode eksempel, der allerede er sat af dansk udviklingsbistand. Den danske regering bør derfor tage konkrete skridt for at gennemføre Parisdeklarationen, inklusive en målsætning om en øget andel af donorbistanden som går til budgetstøtte.

## Forkortelser og ordforklaringer

ARV	Antiretroviral
BNP	Bruttonationalprodukt
CCJP	Catholic Commission for Justice and Peace
CHAM	Christian Health Association of Malawi
HIPC	Highly Indebted Poor Countries
IMF	International Monetary Fund
MDG	Millennium Development Goals
MGDS	Malawi Growth and Development Strategy
NGO	Non-Governmental Organisation
PRGF	Poverty Reduction and Growth Facility
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
SWAP	Sector Wide Approach
WHO	World Health Organisation

## Forslag til videre læsning

[www.humormodaid.dk](http://www.humormodaid.dk)

[www.noedhjaelp.dk](http://www.noedhjaelp.dk)

[www.ibis.dk](http://www.ibis.dk)

[www.aidsfondet.dk](http://www.aidsfondet.dk)

[www.imf.org](http://www.imf.org)

[www.who.org](http://www.who.org)

[www.eurodad.org](http://www.eurodad.org)

[www.actionaid.org](http://www.actionaid.org)

[www.2015.dk](http://www.2015.dk)

[www.wemos.org](http://www.wemos.org)

## Slutnoter

---

- <sup>1</sup> UN General Assembly (2005), Resolution adopted by the General Assembly 60/1, 2005 World Summit Outcome
- <sup>2</sup> WHO (2006), *Working together for health*, World Health Report 2006
- <sup>3</sup> Interview med Francis Chinjoka Gondwe, Patrick John Nayupe and David Nyirenda ved CHAM
- <sup>4</sup> Sundhedsmedarbejdere dækker en bred vifte af stillinger, fra assistenter og rådgivere til apotekere, sygeplejersker og læger
- <sup>5</sup> For mere information om ARV se: International HIV/AIDS alliance (2005), Antiretroviral (ARV) treatment Fact Sheet 02
- <sup>6</sup> WHO (2006), *Taking stock: Health worker shortages and the response to AIDS*
- <sup>7</sup> WHO (2004), *The MDGs and their relation to Health and Development Policy*
- <sup>8</sup> WHO (2006) *Working together for health*, World Health Report 2006
- <sup>9</sup> Interview med Harald Kuchande, Ministry of Health, Malawi
- <sup>10</sup> CHAM (2006), CHAM Units staffing levels as the 4 December 2006
- <sup>11</sup> Interview with Douglas K. Lungu, Ministry of Health, Malawi
- <sup>12</sup> WHO (2006) *Working together for health*, World Health Report 2006
- <sup>13</sup> Interview med Francis Chinjoka Gondwe, CHAM, Malawi
- <sup>14</sup> Wemos (2005), *Budget ceilings and health: The Kenya case study*
- <sup>15</sup> Interview med Francis Chinjoka Gondwe, Cham, Malawi
- <sup>16</sup> Sundhedsstyrelsen. Mere information på findes på:  
[http://www.sst.dk/Informatik\\_og\\_sundhedsdata/Download\\_sundhedsstatistik/Sygesikring.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Sygesikring.aspx?lang=da)
- <sup>17</sup> WHO (2006), *Taking stock: Health worker shortages and the response to AIDS*
- <sup>18</sup> Buchan, J, Parkin, T og Sochalski, J(2003), *International nurse mobility, trends and policy implications*. WHO, International council of nurses og Royal college of nursing.
- <sup>19</sup> WHO (2006), *Taking stock: Health worker shortages and the response to AIDS*.
- <sup>20</sup> Interview med Francis Chinjoka Gondwe, CHAM, Malawi
- <sup>21</sup> WHO (2006), *Taking stock: Health worker shortages and the response to AIDS*.
- <sup>22</sup> Interview med Harald Kuchande, ministry of health, Malawi
- <sup>23</sup> Wemos (2005), *Budget ceilings and health: The Kenya case study*
- <sup>24</sup> WHO, (2006), *Working together for health*, World Health Report 2006
- <sup>25</sup> WHO, (2006), *Working together for health*, World Health Report 2006
- <sup>26</sup> African summit on HIV/AIDS (2001), Abuja deklARATIONEN  
<http://www.uneca.org/ADF2000/Abuja%20Declaration.htm>
- <sup>27</sup> IMF (2006). Press Release: *World Bank and IMF Support Malawi's Completion Point under the Enhanced HIPC Initiative and Approve Debt Relief under the Multilateral Debt Relief Initiative*. Læs mere på:  
<http://www.imf.org/external/country/mwi/index.htm>.
- <sup>28</sup> World Bank (2005), Review of World Bank conditionality
- <sup>29</sup> Heller, Peter S (2005), *Understanding Fiscal Space*, IMF Policy Discussion Paper.
- <sup>30</sup> Conticini, Alessandro (2004), *Macroeconomics and Health in Malawi: What way forward*, WHO
- <sup>31</sup> Wemos (2005), *Budget ceilings and health: The Kenya case study*
- <sup>32</sup> Heller, Peter S (2005), *Understanding Fiscal Space, IMF Policy Discussion Paper*, og Action Aid (2005), *Contradicting commitments: How the achievement of education for all is being undermined by the international monetary fund*



- 
- <sup>33</sup> High Level Forum (2005), *Paris-Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, Harmonisation, Alignment, Results and Mutual Accountability*
- <sup>34</sup> Afrodad (2005), *The impact of the poverty reduction and growth facility on social services in Malawi*
- <sup>35</sup> Rowden, Rick (2004), *Blocking Progress: How the fight against HIV/AIDS is being undermined by the World Bank and International Monetary Fund*, Action Aid, Global AIDS alliance, Student Global AIDS campaign og Results Educational Fund
- <sup>36</sup> Rowden, Rick (2004), *Blocking Progress: How the fight against HIV/AIDS is being undermined by the World Bank and International Monetary Fund*, Action Aid, Global AIDS alliance, Student Global AIDS campaign og Results Educational Fund
- <sup>37</sup> IMF (2006), *IMF in Focus*, Volume 35, September 2006
- <sup>38</sup> Afrodad (2005), *The impact of the poverty reduction and growth facility on social services in Malawi*
- <sup>39</sup> Fagnäs Sonja, og Schurich Cedrik (2004), *The Fiscal Effects of Aid in Malawi*, Overseas Development Institute, ESAU Working paper 7, og Afrodad (2005), *The impact of the poverty reduction and growth facility on social services in Malawi*
- <sup>40</sup> AFRODAD (2006), *Assessing the Impact of the PRGF on social Services*, og Rowden, Rick (2004) *Blocking Progress: How the fight against HIV/AIDS is being undermined by the World Bank and International Monetary Fund*, Action Aid, Global AIDS alliance, Student Global AIDS campaign og Results Educational Fund
- <sup>41</sup> Mr Fred Opio, tidligere finansminister i Uganda, ved Conference on conditionality, Oslo 28-29 November 2006
- <sup>42</sup> Action Aid (2005), *Contradicting commitments, How the achievement of education for all is being undermined by the International Monetary Fund*
- <sup>43</sup> Bruno, Michael og Easterly William (1995), *Inflation Crises and Long-Run Growth*
- <sup>44</sup> Action Aid (2005), *Contradicting commitments, How the achievement of education for all is being undermined by the International Monetary Fund*
- <sup>45</sup> CIA (2007), *The World Factbook*
- <sup>46</sup> Todaro, Michael P. og Smith, Steven C. (2006), *Economic Development*, Pearson Education Limited, Edinburgh Gate.
- <sup>47</sup> Heller, Peter S (2006), *The prospects of creating fiscal space for the health sector*
- <sup>48</sup> IMF (2005), *Request for a Three-Year Arrangement under the Poverty Reduction and Growth Facility (PRGF) and Additional Interim Assistance Under the Enhanced Highly Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative*
- <sup>49</sup> Wemos (2006), *IMF Macroeconomic Policies and Health Sector Budgets*
- <sup>50</sup> UN Millennium Project (2005), *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, New York
- <sup>51</sup> IMF (2006). *IMF in Focus*, Volume 35, September 2006
- <sup>52</sup> Wemos (2006), *IMF Macroeconomic Policies and Health Sector Budgets*
- <sup>53</sup> Wemos (2006), *IMF Macroeconomic Policies and Health Sector Budgets*
- <sup>54</sup> Interview med Levie Jeremiah Sato, IMF, Malawi
- <sup>55</sup> Den britiske regering har for eksempel stillet krav til Verdensbanken i forhold til udbetalinger, og den norske regering initierede i 2006 et studie af institutionernes konditionaliteter
- <sup>56</sup> Statsrevisoratet (2001), *Beretning om Danmarks støtte til sundhedssektorprogrammet i Ghana*