

**Beretning til statsrevisorerne
om**

**Danmarks støtte til sundheds-
sektorprogrammet i Ghana**

**Februar 2001
RB B701/01**



Rigsrevisionen

Indholdsfortegnelse

| | Side |
|--|------|
| I. Resumé | 5 |
| II. Indledning, formål, afgrænsning og metode..... | 17 |
| A. Indledning | 17 |
| B. Formål | 21 |
| C. Afgrænsning..... | 21 |
| D. Metode | 22 |
| III. Baggrunden for Udenrigsministeriets beslutning om at deltage i sundhedssektorprogrammet samt udformningen af de grundlæggende projektdokumenter og overenskomster | 24 |
| IV. Vurdering af om Ghana var kvalificeret til at modtage dansk sektorprogrambistand | 27 |
| V. Sundhedssektoren omkring 1997, dvs. ved starten af det udbygningsprogram, som støttes af Danmark fra december 1998 | 29 |
| A. Sundhedstilstanden | 29 |
| B. Oversigt over Ghanas offentlige og private sundhedsfaciliteter... | 30 |
| C. Ghanas offentlige sundhedssektor ved 1997-2001 programmets start..... | 31 |
| D. Den private sundhedssektor i Ghana..... | 35 |
| VI. Problemerne i den offentlige sundhedssektor omkring 1997 | 37 |
| A. Situationsanalyse i strategidokumentet MTHS samt Rigsrevisionens sammenfatning af problemer på det administrative område beskrevet i projektdokumenter..... | 37 |
| B. Manglende omtale i de centrale programdokumenter af konkurrencen fra den private sundhedssektor..... | 40 |
| C. Ingen omtale i de centrale programdokumenter af alvorlig mangel på læger i den offentlige sundhedssektor på grund af lægeudvandring fra Ghana..... | 42 |
| D. Ingen omtale i de centrale programdokumenter af mange uregelmæssigheder, afdækket ved revisionen af sundhedssektorens regnskaber for 1995 og 1996 | 44 |
| VII. De overordnede mål og strategien, herunder indikatorer til vurdering af sektorprogrammet og en økonomisk ramme for dette..... | 46 |
| A. Indikatorer til vurdering af udviklingen i sektorprogrammet | 46 |
| B. De overordnede mål | 48 |
| C. Strategien | 50 |

| | |
|--|----|
| D. Økonomisk ramme som grundlag for gennemførelse af strategien | 51 |
| VIII. Danida Health Office (DHO), udviklingen af nye administrative enheder og procedurer samt samarbejdet med de øvrige donorer til sektorprogrammet..... | 53 |
| A. DHO | 53 |
| B. Budget Management Centres (BMC'er) og ny kontoplan | 54 |
| C. Den fælles donorkonto (Health Account) | 56 |
| D. Indkøb af udstyr og varer (procurement) | 57 |
| E. Samarbejdet med de andre donorer til sektorprogrammet | 58 |
| IX. Øremærkede danske bidrag | 62 |
| X. Regnskab, intern kontrol og intern revision | 67 |
| XI. Ekstern revision | 69 |
| XII. Udviklingen og de foreløbige resultater i sundhedssektoren som helhed..... | 75 |
| Bilag: | |
| 1. Retningslinjer for sektorprogramstøtte (Guidelines for Sector Programme Support, SPS) | 80 |
| 2. Ghana – infrastruktur | 84 |
| 3. Organisationsplan for Ghanas sundhedsministerium i 1996 | 85 |

Beretning om Danmarks støtte til sundhedssektorprogrammet i Ghana

I. Resumé

Indledning

1. Denne beretning afgives til statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven (lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997). Beretningen omhandler Danmarks støtte til sundhedssektoren i Ghana – såkaldt sektorprogrambistand. Denne støtte udgør 225 mio. kr. og knytter sig til finanslovens § 6. Udenrigsministeriet, konto 6.32. Bilateral sektorprogram- og projektbistand.

Anvendelsen af sektorprogrambistand er baseret på Udenrigsministeriets redegørelse ”En verden i udvikling – strategi for dansk udviklingspolitik frem mod år 2000”, der blev vedtaget af Folketinget i marts 1994.

I sektorprogrammerne yder Danmark – oftest sammen med andre donorer – en større eller mindre andel af bistanden i form af et generelt bidrag, som et ministerium i modtagerlandet administrerer.

Danmarks sektorprogrambistand har været fortsat voksende og androg i 1999 ca. 4 mia. kr. i bevillinger med 3-5 års afløbstid.

Regnskabet for anvendelsen af bidragene indgår som en del af modtagerlandets statsregnskab og revideres herved normalt af landets rigsrevision, i praksis dog i udstrakt grad ved hjælp af private revisorer.

Fordelen ved at yde bistand i form af sektorprogramstøtte er ifølge flere donorlandes og Verdensbankens vurdering navnlig, at modtagerlandet fra starten får et ejerskab til programmet, hvorved udsigten til at dette opnår en vedvarende positiv effekt – bæredygtighed – er større end ved enkeltprojekter.

Sektorprogrambistand indebærer imidlertid særlige problemer med hensyn til styring, kontrol, revision og resultatmåling. Rigsrevisionen har ikke tidligere foretaget en nærmere undersøgelse af sektorprogrambistand.

Rigsrevisionen har valgt at afgrænse undersøgelsen til et sundhedssektorprogram i Ghana, idet dette frembød et meget klart eksempel på en udviklet form for sektorprogramstøtte.

2. De nævnte i alt 225 mio. kr. blev bevilget over 5-års perioden 1998-2002 med Finansudvalgets tiltrædelse ved Akt 80 9/12 1998. Bevillingen var forinden, i november 1998, tiltrådt af Styrelsen for Internationalt Udviklingsarbejde (U-landsstyrelsen).

Det drejede sig om støtte til et 5-årigt program med et budget for sundhedssektoren i perioden 1997-2001 på i alt 773,4 mio. USD inkl. donorbidrag på i alt 200 mio. USD. Ghana startede programmet i 1997, efter at Danmark og en række andre donorer (Storbritannien, Holland, Verdensbanken, EU samt Nordic Development Fund) havde givet tilsagn om at støtte det.

Den danske støtte andrager ca. 5 % af det nævnte 5-års budget for Ghanas offentlige sundhedssektor.

Af bevillingen på 225 mio. kr. forudsættes 148,6 mio. kr. at indgå i en fælles pulje (Health Account) som generel støtte til Ghanas regerings egne midler i statsbudgettet for sundhedssektoren.

Resten af bevillingen, 76,4 mio. kr., ydes i form af såkaldt øremærkede bidrag, eksempelvis til udbygning af landets Upper West-region og til fattiges adgang til sundhedssystemet.

Ifølge aktstykket består der en risiko for, at Ghanas regering ikke overholder de aftalte ressourceallokeringer, at regeringen ikke følger de vedtagne procedurer for byggeprojekter, samt at der ikke opretholdes acceptable regnskabs- og revisionsprocedurer.

3. Undersøgelsen har som hovedformål at vurdere, om der var et tilstrækkeligt grundlag for at yde sektorprogrambi-stand til sundhedssektoren i Ghana, og om forudsætningerne herfor fortsat kan anses for opfyldt. Til grund for vurderingen har Rigsrevisionen undersøgt,

- om støtten var i overensstemmelse med målene og strategierne for dansk bistandspolitik på sundhedsområdet,
- om Udenrigsministeriet havde foretaget fyldestgørende undersøgelser inden ydelsen af støtten, herunder om der var det nødvendige minimum af administrativ og sundhedsfaglig kapacitet i sektoren, da ministeriet besluttede at yde landet den omhandlede støtte,

- om U-landsstyrelsen og Finansudvalget fik fyldestgørende oplysninger som grundlag for tiltrædelsen af bevillingen til programmet,
- om der blev skabt et grundlag, der ville gøre det muligt senere at måle og vurdere den kapacitets- og sundhedsmæssige udvikling i sundhedssektoren,
- om der har været et samarbejde mellem donorerne, der har bidraget til at fremme sektorprogrammets tilrettelæggelse og gennemførelse,
- om der har været en tilfredsstillende udvikling siden programmets start i sundhedssektorens administrative og sundhedsfaglige kapacitet, herunder den interne kontrol samt revision, og
- om det gennem sektorprogramstøtten til Ghana er muligt effektivt at øge standarden i sundhedssektoren og fremme den generelle sundhedstilstand.

4. Hvad angår metoden for undersøgelsen var udgangspunktet det, at Rigsrevisionen i henhold til en aftale fra december 1998 mellem Danmark og Ghana om program-samarbejdet på basis af al relevant dokumentation kan gennemføre enhver revisionshandling eller besigtigelse, der skønnes nødvendig til at kontrollere anvendelsen af den danske støtte.

Rigsrevisionens undersøgelse hviler på en gennemgang af en del af Udenrigsministeriets omfattende materiale om sundhedssektorprogrammet, brevveksling med ministeriet samt interview under besøg i Ghana af repræsentanter for relevante myndigheder og institutioner, den danske ambassade samt konsulenter, herunder en styringsenhed som Danmark har indsat i programmet, mfl. Endvidere er donorer til programmet blevet interviewet, ligesom Rigsrevisionen har besigtiget 5 hospitaler, 2 sundhedscentre, 1 klinik samt sektorens centrallager. Rigsrevisionen modtog under interviewene og besøgene de ønskede oplysninger.

Et udkast til beretningen har været forelagt Udenrigsministeriet, hvis oplysninger og bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet i beretningen.

Grundlaget for at yde den danske sektorprogrambistand

5. Programmet hviler på en sundhedsstrategi, Medium Term Health Strategy (MTHS), der blev afgivet af Ghanas sundhedsministerium i september 1995. Dette dokument indeholdt en strategi for perioden frem til 2000 og var en del af en samlet strategi for Ghanas 20 års udvikling. Hertil er knyttet et 5-års arbejdsprogram fra august 1996, Health Sector 5 year Programme of Work 1997-2001 (POW 1997). En række rapporter supplerer eller danner baggrund for planen.

Udenrigsministeriets engagement i sektorprogrammet skal ses på baggrund af gode erfaringer med Ghanas sundhedsmyndigheder fra et forudgående samarbejde om mange projekter.

Danmarks endelige beslutning om at deltage i programmet hvilede herudover på resultatet af en række forundersøgelser.

Ghana og donorerne undertegnede i april 1998 en overenskomst, der danner grundlag for det videre samarbejde om sundhedssektorprogrammet.

De nærmere vilkår for samarbejdet mellem Ghana og Danmark om sektorprogrammet blev aftalt i et projektdokument fra november 1998 og en bilateral overenskomst fra december 1998.

Rigsrevisionen vurderer, at Udenrigsministeriets beslutning om at yde sektorprogramstøtten hvilede på et tilstrækkeligt kendskab til Ghanas sundhedssektor.

6. Ifølge strategien for dansk udviklingspolitik fra marts 1994 ville der i bred forstand blive ydet bistand i form af sektorprogrammer. Undersøgelsen viste, at problemerne med hensyn til Ghanas økonomi, demokrati- og menneskerettighedsforhold samt korruption ikke er større end i flertallet af Danmarks programsamarbejdslande. Derfor var landet efter Rigsrevisionens vurdering principielt berettiget til at modtage dansk støtte i form af sektorprogrambistand.

7. Sundhedstilstanden i Ghana var bedre end i de fleste af Danmarks afrikanske programsamarbejdslande, men alligevel så dårlig, at der efter Rigsrevisionens vurdering var grundlag for at prioritere støtte til sundhedssektoren højt. Støtten er efter Rigsrevisionens vurdering i overensstem-

melse med målene og strategierne for dansk bistandspolitik på sundhedsområdet.

8. Med hensyn til den offentlige sundhedssektors kapacitet viste Rigsrevisionens undersøgelse, at de samlede driftsudgifter androg et beløb svarende til ca. 102 mio. USD om året i perioden 1994-1996.

Den offentlige sundhedssektor under sundhedsministeriet (Ministry of Health) omfatter et centralt hovedkvarter i hovedstaden Accra og 10 regionale administrationer, der tilsammen er ansvarlige for sundhedsvæsenet i 110 distrikter med derunder hørende godt 800 hospitaler og klinikker mv.

Rigsrevisionens besøg i sektoren viste, at der var væsentlige forskelle i hospitalernes bygnings- og udstyrmæssige standard, og at en del af det avancerede udstyr ikke blev benyttet, fordi den nødvendige ekspertise til betjeningen manglede. Opbevaringen af medicin var ikke på alle punkter optimal.

Der var pr. april 1996 i alt knap 28.000 ansatte i den offentlige sundhedssektor, hvoraf ca. 1.100 læger og knap 11.000 sygeplejersker samt sundhedsassistenter. En gruppe på ca. 11.500 ansatte bestod af ikke-formelt uddannet hjælpepersonale.

Lægekorpsset og de specialiserede sygeplejersker havde efter det oplyste en international standard.

Sundhedssektoren rådede kun over ganske få transportmidler.

Der var en betydelig geografisk skævhed i den sundhedsservice, der kunne ydes med de fjernt liggende indre regioner som de mindst favoriserede.

Patienterne har siden 1985 som hovedregel skullet betale gebyr for konsultationer, hospitalsindlæggelser og medicin.

På baggrund af at Rigsrevisionen måtte basere fremstillingen af sundhedssektorens organisation på særskilt indhentede oplysninger – hvilket var tidskrævende for de involverede instanser – finder Rigsrevisionen det tilfredsstillende, at Udenrigsministeriet har tilsluttet sig Rigsrevisionens synspunkt om, at organisationsbeskrivelsen i sektorprogrammer bør være udførlig og operationel i de centrale projektdokumenter og vil tage synspunktet i betragtning ved en revision af ministeriets retningslinjer på området, Guidelines for Sector Programme Support.

9. Problemerne i den offentlige sundhedssektor omkring 1997 blev belyst i en situationsanalyse i strategidokumentet MTHS. Det fremgik heraf, at kvaliteten i sundhedsydelserne var generelt ringe, hvilket førte til en manglende tillid til sundhedssystemet.

Analysen angav en række hovedårsager hertil, herunder uhensigtsmæssige prioriteringer, en i for høj grad centraliseret organisation, mangelfuld forsyning af medicin og udstyr, begrænset infrastruktur, der stadig forringes samt uhensigtsmæssig anvendelse af begrænsede midler. Rigsrevisionen har yderligere uddybet og suppleret årsagerne til problemerne på grundlag af projektdokumenterne.

Rigsrevisionen finder, at det på baggrund af undersøgelsen kan konstateres, at kortlægningen af sundhedssektoren, som var grundlaget for donorernes støtte, afdækkede væsentlige problemer på stort set alle organisatoriske og administrative områder.

10. Undersøgelsen har vist, at nedennævnte 3 problemer ikke var blevet behandlet i strategidokumentet MTHS eller POW 1997.

11. For det første var forholdet det, at befolkningen klart foretrak at lade sig behandle i den private, forretningsbaserede sundhedssektor, der med bedre lønninger og udstyr tiltrak læger og specialister fra den offentlige sektor. Det var en udbredt opfattelse, at det ikke var væsentligt billigere at benytte det offentlige system, navnlig når udgifter til bestikkelse tillægges de gebyrer, som opkræves i det offentlige sundhedsvæsen.

Rigsrevisionen finder, at disse problemer burde have været nævnt i MTHS, POW 1997, i det dansk/ghanesiske projektdokument fra november 1998 samt i forelæggelserne af sektorprogramstøtten for U-landsstyrelsen og Finansudvalget.

12. Det andet problem var, at omkring 80 % af de læger, der uddannes i Ghana gennem en årrække, har forladt landet for at bosætte sig i velhavende vestlige lande, overvejende USA. Dette er en væsentlig årsag til en alvorlig lægemangel i den offentlige sundhedssektor.

Rigsrevisionen finder, at lægeudvandringen fra Ghana – der har været alment kendt i landet i en årrække – er en

væsentlig hindring for opbyggelsen af en effektiv offentlig sundhedssektor i landet. Rigsrevisionen finder, at dette problem burde have været behandlet ved udformningen af sektorprogrammet. Udenrigsministeriet burde efter Rigsrevisionens opfattelse – om ikke andet – have gjort opmærksom på problemet i det dokument, hvormed programmet blev forelagt U-landsstyrelsen samt i bevillingsansøgningen til Finansudvalget. Rigsrevisionen finder, at Udenrigsministeriet over for Ghanas sundhedsministerium bør rejse spørgsmålet om at søge løsninger til at øge tilgangen af læger til den offentlige sundhedssektor.

13. Endelig viste Rigsrevisionens gennemgang af Ghanas rigsrevisors (Auditor General's) rapport vedrørende revisionen af statsregnskabet for 1995 og 1996, at regnskabsaflæggelsen i sundhedssektoren var præget af betydelige mangler, og navnlig af uregelmæssigheder.

Dette forhold burde efter Rigsrevisionens opfattelse have været fremdraget i POW 1997 og i Udenrigsministeriets forelæggelse af bevillingsansøgningen vedrørende sektorprogramstøtten for U-landsstyrelsen og Finansudvalget. Udenrigsministeriet har taget dette til efterretning.

14. Rigsrevisionen finder overordnet, at Udenrigsministeriet havde undersøgt og konstateret, at der var det nødvendige minimum af administrativ og sundhedsfaglig kapacitet i sundhedssektoren, da ministeriet besluttede at yde Ghana den omhandlede bistand, men at andelen af den danske ubundne støtte – 148,6 mio. kr. ud af i alt 225 mio. kr. – var stor og risikabel set i lyset af sektorens betydelige svagheder. Andelens størrelse skal dog ses på baggrund af, at Danmarks og andre donorerers støtte – navnlig i form af øremærkede bidrag – i høj grad har til formål at afhjælpe manglerne i sektoren, dvs. udbygge kapaciteten.

Strategien for og gennemførelsen af sektorprogrammet

15. Der var i MTHS og POW 1997 udarbejdet en strategi, som udførligt angav, hvor der ville blive sat ind for at forbedre kapaciteten i sundhedssektoren. Dette skulle ske på et meget bredt felt. Strategien, der var baseret på den førnævnte 5-års økonomiske ramme for sektoren med angivelse af regeringens og donorerens forventede bidrag her-

til, sigtede mere generelt på at decentralisere ressourcerne og opgaverne i sundhedssektoren.

Der blev for sektorprogrammet fastsat en række overordnede mål, der omfatter 5-års perioden 1997-2001. Det vil, bl.a. på grundlag af et såkaldt indikatorsystem, kunne konstateres, om en række forhold i administrationen er blevet forbedret, og at flere patienter er blevet behandlet mv. Hvis dette er tilfældet, vil det være en indikation for, at sektorprogrammet kan have haft en positiv indflydelse på sundhedstilstanden i landet.

Rigsrevisionen vurderer, at andre faktorer – adgangen til rent vand, ernæring og indsatsen i den private sundhedssektor mv. – spiller en afgørende rolle for sundhedstilstanden. Oplysningerne i indikatorsystemet vil derfor kun med usikkerhed kunne indikere, hvilken indflydelse selve det omhandlede sektorprogram – dvs. et input bestående af en række organisatoriske forbedringer og en relativt beskedne forøgelse af de samlede midler til sektoren – har haft og vil få på sundhedstilstanden i landet.

16. Udenrigsministeriet indsatte i sektorprogrammet en styringsenhed, Danida Health Office (DHO).

Rigsrevisionen finder, at DHO's funktion er nødvendig, idet den danske ambassade langt fra selv ville have kapacitet til at rådgive og føre tilsyn mv. med sundhedssektoren.

17. Som et led i decentraliseringsplanen uddelegeres inden for centralt udstukne rammer det økonomisk/administrative ansvar på distriktsniveau – og også på regionalt plan – til såkaldte Budget Management Centres (BMC'er). De enkelte institutioners opgradering sker efter godkendelse af finansministeriets Financial Controller. Denne proces, der gør gode fremskridt, er efter Rigsrevisionens vurdering hensigtsmæssig.

18. Der blev under programmet igangsat projekter med det formål at forbedre administrationen på indkøbsområdet og i sundhedsvæsenets farmaceutiske sektor. Nogle bemærkninger i den eksterne revisions rapport om sundhedssektorens regnskab for 1998 og fra Rigsrevisionens side vedrørende disse områder illustrerer projekternes nødvendighed.

19. Undersøgelsen viste, at der var etableret et struktureret samarbejde mellem donorerne, som efter Rigsrevisionens vurdering har bidraget til at fremme sektorprogrammets tilrettelæggelse og gennemførelse.

Værdien af samarbejdet kom bl.a. til udtryk ved, at donorerne samlet greb ind over for den ghanesiske regerings dispositioner og planer på bygge- og anlægsområdet i sundhedssektoren på baggrund af, at udgifterne langt ville overstige nogle aftalte investeringsrammer. Der var tale om tvivlsomme kontrakter, udformet ved direkte aftaler og finansieret med kommercielle lån.

Danmark, Holland og Storbritannien tilbageholdt som et led i donoraktionen – der bl.a. førte til den ønskede indskrænkning af investeringsprogrammet – helt eller delvis deres bidrag til Health Account for 1998.

Rigsrevisionen finder, at Udenrigsministeriet gjorde ret i at tilbageholde det aftalte danske bidrag til Health Account for sammen med andre donorer at udvirke en løsning på de nævnte problemer og sikre overholdelsen af indgåede overenskomster. Den risiko, der er nævnt i Akt 80 9/12 1998, at sundhedsministeriet ikke overholder vedtagne procedurer for byggeprojekter, viste sig at være reel, men de uheldige følger heraf blev dog væsentligt begrænset.

20. Øremærkningen af de dansk finansierede komponenter indebærer, at den udførende enhed under sundhedsministeriet rapporterer om aktiviteterne gennemførelse til DHO. Rapporteringen for 1999 viste, at aktiviteterne under nogle af komponenterne af forskellige grunde ikke havde fået det forudsatte omfang. En af disse havde til formål at råde bod på, at patientgebyrerne i sundhedssektoren i høj grad forringede de fattiges adgang til sundhedsydelser. Aktiviteterne under komponenten var ifølge rapporten ikke kommet rigtigt i gang.

Ifølge en rapport, udarbejdet af Udenrigsministeriet, om et halvårligt møde mellem donorerne og Ghanas regering, der fandt sted i oktober 2000, havde sundhedsministeriet nu sat fokus på at få indført betalingsfritagelse og sygesikring for de fattige.

Regnskabs- og revisionsmæssigt behandles de fra dansk side øremærkede komponenter som almindelige aktiviteter i sundhedssektoren. Udenrigsministeriet varetager således

ikke projektstyringen, og der udarbejdes ikke et egentligt revideret projektregnskab.

Rigsrevisionen har ikke bemærkninger til denne ordning, men da den i høj grad er baseret på sundhedssektorens eget regnskabssystem, bør Udenrigsministeriet i særlig grad være opmærksom på, om dette fungerer tilfredsstillende.

Undersøgelsen viste, at Udenrigsministeriet er opmærksom på, at problemerne omkring brugerbetaling løses, så de fattiges muligheder for at benytte den offentlige sundhedssektor forbedres.

21. Den interne regnskabskontrol i sundhedssektoren har gennem årene været varetaget af en Financial Controller fra finansministeriet.

Som led i sundhedssektorprogrammet er der blevet oprettet en egentlig intern revision (Internal Audit Division). Etableringen af denne enhed påbegyndtes i juli 1999.

Det er uafklaret, om Ghanas sundhedsministerium vil give Udenrigsministeriet og Rigsrevisionen adgang til de interne revisionsrapporter. Rigsrevisionen mener, at Udenrigsministeriet bør lægge vægt på at få adgang til rapporterne. Udenrigsministeriet er enig heri, og vil rejse spørgsmålet over for de ghanesiske sundhedsmyndigheder.

22. Den eksterne revision af sundhedssektorens regnskab varetages med virkning fra og med regnskabsåret 1997 af den ghanesiske rigsrevision sammen med et autoriseret ghanesisk revisionsfirma, valgt efter indhentelse af tilbud.

Revisionsrapporten vedrørende regnskabet for 1998 frembød, ligesom rapporten for 1997, et meget stort antal eksempler på mangelfuld regnskabsaflæggelse, bl.a. i medicinadministrationen. Ifølge revisionsrapporten for 1999 er regnskabsaflæggelsen og den interne kontrol forbedret en del.

Rigsrevisionen vurderer, at der er skabt en revisionsordning i sundhedssektoren, som ser ud til at fungere tilfredsstillende. Rigsrevisionen støtter navnlig sin vurdering på revisionsrapporternes mange bemærkninger og anbefalinger, der imidlertid også viser, at regnskabsaflæggelsen – trods fremskridt – bør forbedres betydeligt. Regnskabsaflæggelsens kvalitet, der også har betydning for de øremærkede danske bidrag, er i den forbindelse en faktor, som Udenrigsministeriet bør anse for væsentlig i overvejelser-

ne om ydelse af støtte til sundhedssektoren ud over den nuværende aftaleperiode, der slutter 2002.

Rigsrevisionen finder, at Udenrigsministeriet bør overveje at yde støtte til Ghanas rigsrevision, så der eventuelt åbnes mulighed for, at den på længere sigt får kapacitet til selv – uden medvirken af et privat revisionsfirma – at varetage revisionen af sundhedssektoren, og dermed anvendelsen af de danske midler, på betryggende måde. Udenrigsministeriet vil undersøge mulighederne for at yde en sådan støtte.

23. Det seneste årlige review af sundhedssektoren som helhed blev foretaget i marts-april måned 2000. Ifølge review-rapporten var der gjort visse fremskridt på det administrative felt, hvilket også gjaldt med hensyn til sygdomsbekæmpelsen. Malaria vandt dog fortsat frem, og der var med hensyn til HIV/AIDS kun sporet meget lidt forandring i de seksuelle vaner.

Rapporten viste, at Ghana – stik imod forudsætningerne i 5-års planen POW 1997 – havde måttet finansiere en stor del af de hidtil afholdte udgifter i sundhedssektoren ved optagelse af kommercielle kreditter og til dels gennem øgede patientbetalinger.

Rigsrevisionen må, trods fremskridt i programmet, konstatere, at problemer, der navnlig kan henføres til meget vanskelige økonomiske forhold i sundhedssektoren, har forhindret, at det gennem sektorprogramstøtten har været muligt effektivt at øge standarden i sundhedssektoren og fremme den generelle sundhedstilstand.

Sammenfattende vurderer Rigsrevisionen dog, at forudsætningerne for at yde sektorprogrambistand til sundhedssektoren fortsat er opfyldt. Rigsrevisionen lægger herved vægt på, at sektorprogrammet efter blot 2-3 års forløb ikke kan forventes at fremvise mere definitive positive eller negative resultater samt, at procedurerne og rapporteringen i programmet, herunder de årlige reviews, sikrer en afdækning af forholdene i sundhedssektoren, der giver Ghanas myndigheder og donorerne et fyldestgørende grundlag for at prioritere den videre indsats.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist:

- at Ghanas offentlige sundhedssektor opfyldte betingelserne i dansk bistandspolitik for at modtage sektorprogramstøtte,
- at kortlægningen af Ghanas sundhedssektor i 1997, der var grundlaget for Danmarks og de øvrige donorerers støtte, afdækkede væsentlige problemer på stort set alle organisatoriske og administrative områder,
- at Udenrigsministeriet efter Rigsrevisionens overordnede vurdering havde undersøgt og konstateret, at der var det nødvendige minimum af administrativ og sundhedsfaglig kapacitet i sundhedssektoren som grundlag for den danske sektorprogrambistand,
- at Finansudvalget og U-landsstyrelsen ikke i bevillingsansøgningerne til sektorprogramstøtten fik oplyst, at konkurrencen fra den private sundhedssektor og navnlig en omfattende udvandring af læger fra Ghana er en væsentlig hindring for opbyggelsen af en effektiv offentlig sundhedssektor,
- at disse instanser heller ikke fik oplyst, at sundhedssektorens regnskaber for 1995 og 1996 var præget af betydelige mangler og navnlig af uregelmæssigheder,
- at der blev skabt et grundlag – det såkaldte indikatorsystem – hvis anvendelse ville gøre det muligt at måle og vurdere udviklingen i sundhedssektorens kapacitet samt behandlingsmæssige indsats, og dermed, dog kun med usikkerhed, kunne indikere, hvilken indflydelse sektorprogrammet har på den generelle sundhedstilstand i landet,
- at der var etableret et struktureret samarbejde mellem donorerne, som efter Rigsrevisionens vurdering har bidraget til at fremme sektorprogrammets tilrettelæggelse og gennemførelse,
- at der blev skabt – eller er ved at blive etableret – nye enheder og procedurer på det administrative område, i den interne kontrol og den eksterne revision,
- at den eksterne revision afdækkede omfattende mangler i sundhedssektorens regnskabsaflæggelse for 1997 og 1998, men at denne, herunder den interne kontrol, ifølge revisionsrapporten for 1999 er en del forbedret,
- at det trods fremskridt i programmet må konstateres, at problemer, der navnlig kan henføres til meget vanskelige økonomiske forhold i sundhedssektoren, har forhindret, at det gennem sektorprogramstøtten har været muligt effektivt at øge standarden i sundhedssektoren og fremme den generelle sundhedstilstand, samt

- at Rigsrevisionen dog sammenfattende vurderer, at forudsætningerne for at yde sektorprogrambistand fortsat er opfyldt.

II. Indledning, formål, afgrænsning og metode

A. Indledning

24. Efterfølgende beretning afgives til statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven (lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997). Beretningen omhandler Danmarks støtte til sundhedssektoren i Ghana – såkaldt sektorprogrambistand. Denne støtte udgør 225 mio. kr. og knytter sig til finanslovens § 6. Udenrigsministeriet, konto 6.32. Bilateral sektorprogram- og projektbistand.

Der blev på finansloven for 1999 afsat i alt 11,4 mia. kr. i bistand til udviklingslandene, fordelt med 5,7 mia. kr. til bilateral bistand og 5,1 mia. kr. i multilateral bistand. Hertil kommer 0,6 mia. kr. i administration. Af den bilaterale bistand andrager program- og projektbistanden 3,3 mia. kr., mens resten var fordelt på andre former for gavebistand, navnlig bistand gennem frivillige organisationer, de såkaldte NGO'er, samt personlbistand mv.

25. Finansloven til og med 1994 var opdelt på samme måde, men omfattede alene projektbistand – og altså ikke begrebet sektorprogrambistand. Projektbistanden blev ydet i form af enkeltprojekter, administreret af forskellige typer af støttemodtagere – ofte under et ministerium eller en statslig eller halvstatslig institution. Udenrigsministeriet havde – og har fortsat – ved disse projekter en afgørende indflydelse på deres udformning og gennemførelse. Regnskaberne bliver under forskellige former aflagt af projektet, og ved næsten alle større projekter revideret af en privat, autoriseret revisor, indsat af Udenrigsministeriet. Rigsrevisionen havde i alle projekter fuld revisionsmæssig indseende.

26. Anvendelsen af sektorprogrambistand hviler grundlæggende på redegørelsen ”En verden i udvikling – strategi for dansk udviklingspolitik frem mod år 2000”, der blev vedtaget af Folketinget ved motiveret dagsorden nr. D 43 af 22. marts 1994. Ifølge denne strategi har Udenrigsministeriet fra og med 1995 forskudt vægten i den bilaterale udviklingshjælp fra enkeltprojekter til at yde sektorpro-

grambistand til fx landbrugs- eller sundhedssektoren i et programsamarbejdsland. Samtidig er anvendelsen af og kontrollen med de danske bistandsmidler i varierende grad overdraget til modtagerlandets myndigheder.

I sektorprogrammerne yder Danmark – oftest sammen med andre donorer – en andel af bistanden i form af et generelt bidrag, som et ministerium i modtagerlandet administrerer.

Bevillingerne til sektorprogrambistand har været fortsat stigende. I 1996, 1997, 1998 og 1999 bevilgede Udenrigsministeriet således i alt henholdsvis ca. 0,8, 1,1, 1,8 og 4,0 mia. kr. til denne programform. Bevillingerne har en afløbstid på 3-5 år. Sektorprogrambistand er ydet til 16 af Danmarks i alt 20 programsamarbejdslande, dvs. lande hvormed der er indgået overenskomst om et mere omfattende bistandssamarbejde, baseret på en landestrategi.

Regnskabet for anvendelsen indgår som en del af modtagerlandets statsregnskab. Landets rigsrevision har ansvaret for revisionen, i praksis dog i udstrakt grad ved hjælp af private revisorer. I henhold til overenskomster med modtagerlandene har Rigsrevisionen ret til indsigt i regnskabsaflæggelsen og projekter mv.

Udenrigsministeriet har udstedt særlige retningslinjer for anvendelsen af denne bistandsform, Guidelines for Sector Programme Support, der senest er revideret i maj 1998. Retningslinjerne er i store træk gengivet i bilag 1.

27. Fordelen ved at yde bistand i form af sektorprogramstøtte er ifølge flere donorlandes og Verdensbankens vurdering navnlig, at modtagerlandet fra starten får et ejerskab til programmet, hvorved udsigten til, at dette opnår en vedvarende positiv effekt – bæredygtighed, er større end ved traditionelle projekter.

Det indebærer imidlertid særlige styrings-, kontrol- samt revisionsmæssige problemer at overlade administrationen af bistandsmidler til et modtagerlands myndigheder. Samtidig er det særlig vanskeligt at måle den specifikke effekt af et enkelt donorlands bistand, da denne normalt kun udgør en beskeden del af den samlede indsats i sektoren. Rigsrevisionen har ikke tidligere foretaget en nærmere undersøgelse af sektorprogrambistand.

28. Selv om sektorprogrammerne har de ovenfor skitserede fællestræk udviser de dog betydelige forskelle. Udformningen af programmerne er således afhængig af forholdene i det enkelte modtagerland, og det spiller også en væsentlig rolle, hvorvidt det drejer sig om støtte til sundhedssektoren, landbrugssektoren eller transportsektoren mv. Mange sektorprogrammer indeholder som den væsentligste bestanddel nogle større investeringer eller flere projekter (komponenter), der finansieringsmæssigt er øremærket fra dansk eller anden donorside, hvorimod der i mindre grad sættes ind med midler, der uden bindinger overlades til modtagerlandets egen administration. Dette vil fx være tilfældet, hvis kapaciteten i en sektor vurderes som lav.

Rigsrevisionen har valgt at afgrænse undersøgelsen til at tage udgangspunkt i dansk støttede programmer i Ghana, idet dette land var det af modtagerlandene, der frembød de fleste – og de mest udviklede former for sektorprogrammer.

Danmark havde i december 1998 bevilget i alt 225 mio. kr. over en 5-årig periode i sektorprogramstøtte til den offentlige sundhedssektor i Ghana. Efter Rigsrevisionens vurdering frembød sundhedsområdet i Ghana det klareste eksempel på en udviklet form for sektorprogramstøtte i landet, idet en væsentlig del af Danmarks bidrag hertil samt andre donorerers støtte blev ydet i form af ikke-øremærkede tilskud til en fælles pulje. Desuden blev programmet som en del af statsbudgettet administreret af modtagerlandet selv med en ret beskeden donorkonsulentbistand.

Det drejede sig nærmere bestemt om et 5-årigt program med et 5-års budget for sundhedssektoren på i alt 773,4 mio. USD, inkl. donorbidrag på i alt 200 mio. USD. Ghana startede programmet i 1997, efter at Danmark og en række andre donorer (Storbritannien, Holland, Verdensbanken, EU samt Nordic Development Fund) havde givet tilsagn om at støtte det.

Den danske støtte andrager ca. 5 % af det nævnte 5-års budget for Ghanas offentlige sundhedssektor.

29. Danmark havde allerede siden 1994 bevilget en betydelig støtte – i alt ca. 230 mio. kr. – til sundhedsprojekter i Ghana. En række aktiviteter under disse bevillinger var ikke afsluttede ved udgangen af 1998 og videreføres med en samlet restbevilling på 43,9 mio. kr. – ud over de nævnte

225 mio. kr. – under de bestemmelser og betingelser, der gælder for det her omhandlede sektorprogram.

Med Finansudvalgets tiltrædelse ved Akt 80 9/12 1998 bevilgede Danmark den her omhandlede støtte til selve sundhedssektoren. Støtten på i alt 225 mio. kr. blev ydet over 5-års perioden 1998-2002.

Bevillingen på 225 mio. kr. fordeler sig med 148,6 mio. kr. til en fælles pulje, og 76,4 mio. kr. i form af såkaldt øremærkede bidrag til følgende komponenter eller formål: 14,8 mio. kr. til landets Upper West-region, 6,4 mio. kr. til administration af byggeri, 10,0 mio. kr. til fattiges adgang til sundhedssystemet, 16,2 mio. kr. til udvidelse af distriktskapacitet, 10,0 mio. kr. til den private sundhedssektor, 12,1 mio. kr. til etablering og drift af et chefrådgiverkontor (DHO) samt 6,9 mio. kr. i budgetmargin.

Ghanas sundhedsministerium har på basis af en langsigtet strategi for landets udvikling, Ghana Vision 2020, formuleret en sundhedsstrategi og et sektorprogram for perioden 1997-2001. Det fremgår videre af aktstykket, at det grundlæggende heri er decentralisering og en såkaldt målrammestyring af udgifterne til sundhedsvæsenet. Herudover er hovedelementerne at skabe øget adgang samt øget kvalitet og effektivitet i de primære sundhedsydelser; forbedret uddannelse og efteruddannelse; udvikling og opdatering af den analytiske og administrative kapacitet; tildeling af en stigende andel af ressourcerne til distriktsniveauet samt øget samarbejde med den private sektor og andre sektorer.

Som nævnt forudsættes et beløb på 148,6 mio. kr. – svarende til 66 % af bevillingen – ydet i form af bidrag til en fælles donorpulje. Heri ligger, at beløbet som generel støtte til sundhedssektoren indgår i regeringens egne midler i statsbudgettet for denne sektor.

Aktstykket indeholder følgende risikovurdering:

”De 3 væsentligste risikoelementer er: At regeringen ikke overholder de aftalte ressourceallokeringer, at regeringen ikke følger de vedtagne procedurer for byggeprojekter, samt at der ikke opretholdes acceptable regnskabs- og revisionsprocedurer.”

30. Inden Finansudvalgets tiltrædelse havde Styrelsen for Internationalt Udviklingsarbejde (U-landsstyrelsen), der rådgiver og høres om ministeriets udviklingsprogrammer og projekter, jf. lovbekendtgørelse nr. 541 af 10. juli 1998 om

internationalt udviklingssamarbejde, givet tilslutning til bevillingen til sundhedssektorprogrammet i november 1998.

B. Formål

31. Undersøgelsen har som hovedformål at vurdere, om der var et tilstrækkeligt grundlag for at yde sektorprogrambistand til sundhedssektoren i Ghana, og om forudsætningerne herfor fortsat kan anses for opfyldt. Til grund for vurderingen har Rigsrevisionen undersøgt,

- om støtten var i overensstemmelse med målene og strategierne for dansk bistandspolitik på sundhedsområdet,
- om Udenrigsministeriet havde foretaget fyldestgørende undersøgelser inden ydelsen af støtten, herunder om der var det nødvendige minimum af administrativ og sundhedsfaglig kapacitet i sektoren, da ministeriet besluttede at yde landet den omhandlede støtte,
- om U-landsstyrelsen og Finansudvalget fik fyldestgørende oplysninger som grundlag for tiltrædelsen af bevillingen til programmet,
- om der blev skabt et grundlag, der ville gøre det muligt senere at måle og vurdere den kapacitets- og sundhedsmæssige udvikling i sundhedssektoren,
- om der har været et samarbejde mellem donorerne, der har bidraget til at fremme sektorprogrammets tilrettelæggelse og gennemførelse,
- om der har været en tilfredsstillende udvikling siden programmets start i sundhedssektorens administrative og sundhedsfaglige kapacitet, herunder den interne kontrol samt revision, og
- om det gennem sektorprogramstøtten til Ghana er muligt effektivt at øge standarden i sundhedssektoren og fremme den generelle sundhedstilstand.

C. Afgrænsning

32. En sundhedssektor er i sin helhed en meget kompleks størrelse, hvori indgår en lang række lægefaglige og administrative aspekter. Udenrigsministeriets retningslinjer for sektorprogramstøtte afspejler denne virkelighed, idet de er

detaljerede og grundige i anvisningerne på, hvor der skal sættes ind, og hvad der særlig skal tages hensyn til ved udformningen af sektorprogramstøtte. Der ligger en afgrænsning i, at Rigsrevisionen ikke har søgt i detaljer at efterprøve om udformningen af sundhedssektorprogrammet er i overensstemmelse med retningslinjerne. Tidligere dansk finansierede projekter i sundhedssektoren behandles ikke i beretningen, da denne er fokuseret på principperne i sektorprogramstøtten. Danmark har i 5-års perioden 1995-1999 ydet bevillinger på i alt ca. 2 mia. kr. til sundhedssektorprogrammer i 8 programsamarbejdslande. Beretningen behandler alene nærværende sundhedssektorprogram. Tidsmæssigt er undersøgelsen begrænset til forhold i sektoren fra 1993, hvor de første skridt til sektorprogrammet blev taget, til og med 1999. Nogle forhold, der vedrører 2000, behandles dog også i beretningen.

D. Metode

33. I henhold til en aftale af 9. december 1998 mellem Danmark og Ghana om programsamarbejdet kan Rigsrevisionen på basis af al relevant dokumentation gennemføre enhver revisionshandling eller besigtigelse, der skønnes nødvendig til at kontrollere anvendelsen af den danske støtte.

Rigsrevisionen har som grundlag for undersøgelsen gennemgået en del af Udenrigsministeriets omfattende materiale om sundhedssektorprogrammet, dvs. Ghanas strategi for sundhedssektoren, MTHS, fra september 1995 og et 5-års arbejdsprogram, POW 1997, samt regeringsoverenskomster, review- og revisionsrapporter og manualer mv.

34. I december 1999 besøgte Rigsrevisionen Ghana for mere generelt at skaffe sig et indblik i de dansk støttede sektorprogrammer i landet – herunder særlig på sundheds- samt vand- og sanitetsområdet. Under opholdet foretoges bl.a. interview af repræsentanter for den særlige styringsenhed i sundhedssektorprogrammet, DHO, som Danmark har indsat i programmet. Rigsrevisionen foretog også interview hos Ghanas sundhedsmyndigheder, den ghanesiske rigsrevisor (Auditor General of Ghana) og de donorer, der sammen med Danmark støtter sundhedssektorprogrammet.

Rigsrevisionen udformede i marts 2000 en spørgeramme om programmet, som blev besvaret af Udenrigsministeriet i april måned.

Rigsrevisionen har i Ghana i maj måned 2000 igen mødt repræsentanter for de centrale sundhedsmyndigheder, bl.a. sundhedsministeren, samt Auditor General og en privat ekstern revisor, der bistår Auditor General med revisionen af regnskaberne for sundhedssektoren. Under dette ophold foretog Rigsrevisionen interview af konsulenter ved programmet samt af repræsentanter for regionale sundhedsadministrationer i byerne Cape Coast og Ho. De dertil knyttede regionalhospitalet med tilhørende lagre blev besøgt. Endvidere besøgte Rigsrevisionen distriktshospitalerne i Achimota (i Greater Accra), Swedru og Keta samt 2 sundhedscentre og en klinik. Endelig besøgte sundhedssektorens centrallager i Tema. Under besøgene og besigtigelserne var Rigsrevisionen ledsaget af repræsentanter for den danske ambassade og eller DHO. Rigsrevisionen modtog under besøgene de ønskede oplysninger. Yderligere oplysninger om sektorprogrammet er senere indhentet i eller gennem Udenrigsministeriet.

Hvad angik selve regnskabsaflæggelsen i sundhedssektoren anførte Rigsrevisionen over for de ghanesiske myndigheder dels, at den eksterne revision af sundhedssektorprogrammet som bekendt påhvilede Auditor General i samarbejde med et privat revisionsfirma, dels at Rigsrevisionens undersøgelse havde til formål at undersøge, om det danske udenrigsministerium havde sørget for, at støtten blev ydet til et system, der sikrede, at de danske midler ville blive administreret på betryggende måde. Besøgene hos institutioner, herunder regnskabskontorer, skulle bidrage til at give Rigsrevisionen indsigt i, hvorledes procedurer og regnskabsaflæggelse fungerede i praksis. Rigsrevisionen ville derfor alene forhøre sig om regnskabs- og kontrolprocedurerne hos de regnskabsansvarlige og i den forbindelse eventuelt få forevist regnskabsbøger og andet relevant materiale. Under Rigsrevisionens besigtigelser og besøg blev denne linje fulgt.

35. Et udkast til beretningen har været forelagt Udenrigsministeriet. Ministeriets oplysninger og bemærkninger er i videst muligt omfang indarbejdet i beretningen.

III. Baggrunden for Udenrigsministeriets beslutning om at deltage i sundhedssektorprogrammet samt udformningen af de grundlæggende projektdokumenter og overenskomster

36. I 1993 afholdtes et konsultativt møde med deltagelse af 200 repræsentanter for ghanesiske ministerier, donorer og hjælpeorganisationer (NGO'er) for at drøfte udviklingen i landets sundhedsvæsen. Det væsentligste resultat af mødet var fastlæggelsen af en sundhedsstrategi, MTHS, der blev afgivet af Ghanas sundhedsministerium i september 1995. Dette dokument indeholdt en strategi for perioden frem til 2000 og var en del af en samlet strategi for Ghanas 20 års udvikling, Ghana Vision 2020. Herudover blev der vedtaget et 5-års arbejdsprogram, POW 1997.

Ved et møde i juni 1996 mellem sundhedsministeriet og donorerne blev POW 1997 drøftet med henblik på at få fastlagt de institutionelle ændringer, som planen ville indebære. I august 1996 fremkom den endelige POW 1997-plan. En række rapporter supplerer eller danner baggrund for planen.

Danmarks engagement i forberedelsen af sektorprogramstøtten skal ses på baggrund af, at Udenrigsministeriet med Finansudvalgets tiltrædelse ved Akt 373 11/8 1993 i årene 1993-98 havde bevilget i alt 171 mio. kr. til finansiering af projekter i Ghanas sundhedssektor, nærmere bestemt til udbygning af den primære sundhedstjeneste i Upper West-regionen, uddannelse af sygeplejersker og opbygning af et nationalt tuberkuloseprogram. Gennemførelsen af disse projekter samt nogle senere støttede projekter på i alt 61 mio. kr. i sundhedssektoren gav Udenrigsministeriet en betydelig indsigt i sektorens kapacitet og behov.

Udenrigsministeriet har over for Rigsrevision givet udtryk for, at der blev skabt et godt samarbejde om projekterne med Ghanas sundhedsmyndigheder, der var meget åbne med hensyn til afgivelse af oplysninger om sundhedssektoren og problemerne heri.

Danmarks engagement i forberedelsen af sektorprogramstøtten kom til udtryk i referaterne af årsforhandlingerne om bistandssamarbejdet med Ghana. Det fremgår af referatet fra forhandlingerne i marts 1996, at det ghanesiske sundhedsministerium fandt, at det ville være ønskeligt, at den danske støtte til sundhedssektoren fremover i endnu

højere grad end hidtil blev integreret i sundhedsministeriet – dvs. med vægt på sektorprogramstøtte. Fra dansk side erklærede man sig helt enig i dette synspunkt. På dette tidspunkt var strategien i MTHS vedtaget, og det fremgår videre, at sundhedsministeriet påtog sig ansvaret for gennemførelsen af de nærmere planer for udbygning af sundhedssektoren. Planerne blev bakket op af Verdensbanken og Storbritannien. Fra dansk side ville man bl.a. kunne tilbyde støtte til udviklingen af et fælles finansielt styrings-system, som alle donorer ville kunne anvende.

Det fremgår af referaterne fra årsforhandlingerne i april 1997, at Udenrigsministeriet ville prioritere de områder, der senere blev støttet som øremærkede komponenter, og at en voksende del af støtten til sundhedssektoren ville blive ydet i form af generelle bidrag, jf. Akt 80 9/12 1998 til Finansudvalget.

Donorerne gennemførte i fællesskab med sundhedsministeriet en række undersøgelser (appraisals) af POW med udefra kommende eksperter på følgende områder: Finansiell styring, anskaffelser, driftsbudgettet, et anlægs-, bygge- og anskaffelsesprogram samt sundheds- og socialøkonomiske forhold. Herudover foretog Verdensbanken en særlig undersøgelse, World Bank Staff Appraisal, der indeholder en lang række analyser som grundlag for bankens engagement i sundhedssektorprogrammet. Denne rapport blev afgivet i september 1997. Udenrigsministeriet gennemførte en særskilt pre-appraisal og appraisal navnlig af forhold, der set fra dansk side var væsentlige. Den endelige rapport herom forelå i november 1998.

37. Som et af de sidste led i forberedelsesprocessen til sektorprogrammet undertegnede Ghana og donorerne den 30. april 1998 et Memorandum of Understanding, der danner grundlag for det videre samarbejde i sundhedssektoren.

Denne overenskomst beskriver den finansielle og sundhedsmæssige baggrund for sektorprogrammet og angiver bl.a., at donorerne er villige til at bidrage til den fælles Health Account. Det fremgår også, at donorerne vil have adgang til sammen med Ghanas sundhedsministerium at deltage i udformningen og de efterfølgende undersøgelser (reviews) af sektorplanlægningen. Regeringen lovede at etablere en indkøbsafdeling under programmet samt at følge Verdensbankens procedurer for indkøb af udstyr og forsyninger.

Om donorbidrag hedder det, at disse vil blive udbetalt i overensstemmelse med donorerne egne procedurer, men på grundlag af samme regnskaber (statements) og dokumentation. Inden den 30. september i et givent år skal regeringen og donorerne enes om det beløb de hver især vil bidrage med til programmet i det følgende år, ligesom regeringen kvartalsvis skal rapportere om programmets finansielle situation.

Der stilles nogle ret præcise krav til den budgettering, rapportering og regnskabsaflæggelse, som foretages i nogle særlige budget- og regnskabsenheder, der etableres under sektorprogrammet, BMC'er.

Det fremgår også, at regeringen gennem Auditor General vil udpege en uafhængig revisor under betingelser, der er acceptable for donorerne – forstået sådan, at denne sammen med Auditor General udfører revisionen.

Endelig fremgik det af overenskomsten, at regeringen og donorerne vil holde hinanden underrettet om alle forhold af interesse i programmet. Der var herudover fastsat følgende frister for nøglebegivenheder i programcyklus: 1. januar: Fremlæggelse af sundhedssektorens årsbudget for parlamentet og donorerne, 15. april: Et årligt review (undersøgelse) af resultaterne i programmet, bl.a. på grundlag af nogle indikatorer for målopfyldelsen og 1. juli: Fremlæggelse af revisionsrapporten.

38. Udenrigsministeriet udarbejdede et projektdokument, Sector Programme Support Dokument, der blev undertegnet af Danmark og Ghana i november 1998. Dette omfattende dokument er møntet på samarbejdet mellem de 2 lande om anvendelsen af den danske støtte. Dokumentet gengiver i vidt omfang MTHS og POW 1997, og indeholder herudover – navnlig på grundlag af appraisal-rapporten fra november 1998 – en række yderligere oplysninger, bl.a. vedrørende baggrunden, planlægningen og gennemførelsen af de dansk finansierede øremærkede aktiviteter.

Samarbejdet mellem Ghana og Danmark om sektorprogrammet blev endegyldigt aftalt i en bilateral overenskomst af 9. december 1998 mellem Ghana og Danmark. Overenskomsten angiver de overordnede mål for programmet. Mere specifikt indeholder overenskomsten det forbehold fra dansk side, at hvis Ghana ikke overholder dets forpligtelser, vil Danmark kunne trække sine ubundne bi-

drag tilbage for i stedet at øremærke dem til bestemte aktiviteter. Hvis der er væsentlige uregelmæssigheder i programmet eller opstår mistanke herom, vil parterne helt eller delvis kunne sætte programmets udførelse i bero. Danmark forbeholder sig ret til at annullere overenskomsten, hvis der ikke reageres tilfredsstillende på tilfælde af korruption eller bedrageriske forhold i forbindelse med indkøb og udførelse af kontrakter.

Overenskomsten sikrer Rigsrevisionen en vid revisionsadgang til sektorprogrammet.

Projektdokumentet og overenskomsten var grundlaget for udformningen af den styrelsesnotits og det aktstykke, hvormed henholdsvis U-landsstyrelsen og Finansudvalget tiltrådte bevillingen til sektorprogrammet.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen vurderer, at Udenrigsministeriets beslutning om at yde sektorprogramstøtte hvilede på et tilstrækkeligt kendskab til sektoren, bl.a. fra samarbejde med Ghanas sundhedsmyndigheder om forudgående dansk finansierede sundhedsprojekter.

IV. Vurdering af om Ghana var kvalificeret til at modtage dansk sektorprogrambistand

39. Ghana ligger i Vestafrika. Landet, der i 1998 havde 18,5 mio. indbyggere, er på 238.000 kvadratkilometer, eller ca. 5 gange større end Danmark. Hovedstaden Accra har med indregning af nærmeste omegn (Greater Accra) ca. 6 mio. indbyggere og er dermed langt den største by. Landet er administrativt opdelt i 10 regioner og 110 distrikter. Der er ved en lov fra 1993 oprettet distriktsråd som grundlag for en påbegyndt proces til decentralisering af landets forvaltning.

Landets møntenhed er Cedis. 1 USD svarede ved sektorprogrammets start i 1998 til ca. 2.200 Cedis. Kursen er meget ustabil og har fortsat været faldende. Den var i forhold til 1 USD 6.800 pr. oktober 2000.

Udenrigsministeriet oplyste i forelæggelsen af sektorprogramstøtten for U-landsstyrelsen i november 1998 navnlig følgende:

Ghanas bruttonationalindkomst pr. indbygger for 1997 var beregnet til 370 USD. Den langfristede offentlige udlandsgæld blev ved udgangen af 1996 opgjort til 4,7 mia. USD, svarende til 56 % af bruttonationalindkomsten. Udlandsgælden var meget høj, men forventedes af Den Internationale Valutafond (IMF) at kunne blive afbetalt af Ghana.

I 1992 levede ca. 31 % af befolkningen under fattigdomsgrænsen, fastsat af OECD's udviklingskomité, DAC, på 165 USD i årlig indkomst. Fattigdommen var navnlig koncentreret i landdistrikterne i det fødevareproducerende familiebrug og blandt kvinder. Den var størst i landets 3 nordlige regioner, men også voksende i Accra og andre store byer, særligt blandt tilflyttere. Fattigdommen var siden 1992 øget på grund af en lav økonomisk vækst og høj inflation. Adgang til rent drikkevand, sundhed og uddannelse var generelt dårligst for de laveste indkomstgrupper.

Ghana havde i 1990'erne haft store statsunderskud. På basis af en nyformuleret stabiliseringspolitik genoptog IMF i marts 1998 en låneaftale om strukturtilpasning. Udenrigsministeriets foreslåede støtte til sundhedssektoren var bl.a. baseret på, at inflationen og renteniveauet havde været faldende til henholdsvis 23 % og ca. 35 % frem til midten af 1998. Yderligere markante fald forventedes først i 1999. Med en stram styring af statsfinanserne var der lagt op til, at statsunderskuddet for 1998 blev reduceret og den økonomiske stabilitet genetableret.

I 1990'erne blev der for første gang siden selvstændigheden i 1957 gennemført 2 demokratiske valg i træk. Parlamentet havde fået en aktiv opposition med 67 ud af 200 pladser ved valget i 1996. Der var i 1998 afholdt lokalvalg til distriktsråd.

Der var relativt få krænkelser af menneskerettighederne i landet.

Korruptionen havde ifølge Udenrigsministeriet været stigende i de senere år. Manglende indsigt i og styring af store statskontrakter var nogle af de mange årsager hertil. Fra dansk side var der ifølge Udenrigsministeriet peget på disse utilfredsstillende forhold, bl.a. i sundhedssektoren. Finansministeriet havde iværksat grundige gennemsyn af større kontrakter, og den ghanesiske rigsrevision var blevet styrket. Parlament og presse fokuserede også i stigende grad på nødvendigheden af at begrænse korruptionen.

Ovennævnte oplysninger er i det væsentlige gentaget i Akt 80 9/12 1998.

40. Rigsrevisionens sammenligning af oplysninger om Ghanas og andre af Danmarks programsamarbejdslandes økonomi og korruptionsproblemer viser, at Ghanas bruttonationalindkomst (BNI) pr. indbygger på 370 USD i 1997 lå over gennemsnittet for de afrikanske samarbejdslande syd for Sahara, der var på 318 USD. Gennemsnittet for samtlige Danmarks programsamarbejdslande var på 392 USD.

For så vidt angår korruption, er Ghana placeret nogenlunde i midten, når der sammenlignes med et større antal afrikanske lande syd for Sahara. Dette fremgår af en undersøgelse, foretaget i 1999 af Göttingen universitet og den internationalt støttede institution mod korruption, Transparency International, der har hovedkontor i Berlin.

Rigsrevisionens bemærkninger

Ifølge strategien for dansk udviklingspolitik, der blev vedtaget af Folketinget i marts 1994, ville der i bred forstand blive ydet bistand i form af sektorprogrammer. Problemerne med hensyn til Ghanas økonomi, demokrati- og menneskerettighedsforhold samt korruption er ikke større end i flertallet af Danmarks programsamarbejdslande. Derfor var landet efter Rigsrevisionens vurdering principielt berettiget til at modtage dansk støtte i form af sektorprogrambistand.

V. Sundhedssektoren omkring 1997, dvs. ved starten af det udbygningsprogram, som støttes af Danmark fra december 1998

A. Sundhedstilstanden

41. Ifølge Udenrigsministeriets forelæggelse af sundhedssektorprogrammet for U-landsstyrelsen i november 1998 var sundhedstilstanden i Ghana karakteriseret ved en stor børnedødelighed. Et mangelfuldt sundhedsvæsen, fattigdom, lavt uddannelsesniveau, særlig for kvinder, høj fertilitet og manglende adgang til rent drikkevand samt sanitet spillede en væsentlig rolle for den høje syge- og dødelighed. Den langt hyppigst indberettede sygdom var – og er – malaria, der rammer størstedelen af befolkningen. Luftvejssygdomme og maveinfektioner samt indvoldsorme var

hyppigt udbredte lidelser. Trafikulykker var den femte mest almindelige årsag til besøg på klinik eller sygehus. HIV/AIDS vurderedes i 1998 at være i markant stigning, fra anslået 2 % af den voksne befolkning i 1992 til 4 % i 1996 og forventet 7 % i 2000 – nu dog vurderet til 4,6 %. Gennemsnitslevealderen var knap 59 år for kvinder og knap 56 år for mænd. Der var store regionale forskelle med hensyn til befolkningens adgang til sundhedsydelser med de nordlige regioner som de mest udsatte.

42. Rigsrevisionens sammenligning af oplysninger i United Nations Development Programmes (UNDP's) rapport, Human Development Report 1998, om sundhedstilstanden i Ghana og andre udviklingslande, udtrykt ved den forventede levealder, viser, at Ghana stort set ligger på gennemsnittet for samtlige programsamarbejdslande, men hører til blandt de bedste af Danmarks afrikanske samarbejdslande.

Rigsrevisionens bemærkninger

Sundhedstilstanden i Ghana var bedre end i de fleste af Danmarks afrikanske programsamarbejdslande, men alligevel så dårlig, at der efter Rigsrevisionens vurdering var grundlag for at prioritere støtte til sundhedssektoren højt.

B. Oversigt over Ghanas offentlige og private sundhedsfaciliteter

43. Den danske støtte på i alt 225 mio. kr. medgik alene til Ghanas offentlige sundhedssektor, bortset fra 10 mio. kr. til øget samarbejde med og udvikling af den private sundhedssektor. Denne sektor, der spiller en betydelig rolle, omfatter et stort antal hospitaler – flere, men dog gennemgående mindre, end i den offentlige sektor – samt klinikker af forskellig art. **Tabel 1** nedenfor, der er uddraget af en rapport fra det ghanesiske sundhedsministerium, 1997 Annual Report: Maternal and Child Health and Family Planning, indeholder en oversigt over sundhedsfaciliteterne, fordelt på typer og ejerskab i december 1997.

Tabel 1. Sundhedsfaciliteter fordelt på art og ejerskab i december 1997

| | Uddannelses- hospitaller | Psykiatriske hospitaller | Alle andre hospitaller | Sundheds- centre | Klinikker | Klinikker på lokalt initiativ | Mødre/barn centre | Fødeklinikker | I alt | Procentandel |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------|------------|----------------------------------|----------------------|---------------|--------------|--------------|
| | ----- Antal ----- | | | | | | | | | % |
| Offentlige (staten)..... | 2 | 4 | 78 | 388 | 0 | 127 | 239 | 0 | 838 | 47,9 |
| Halvstatslige..... | - | - | 10 | - | 76 | - | - | - | 86 | 4,8 |
| Christian Health Association of Ghana..... | - | - | 44 | - | 73 | - | - | - | 117 | 6,7 |
| NGO'er og andre missions- selskaber..... | - | - | - | - | 37 | - | - | - | 37 | 2,0 |
| Private..... | - | - | 50 | - | 277 | - | - | 349 | 676 | 38,6 |
| Total..... | 2 | 4 | 182 | 388 | 463 | 127 | 239 | 349 | 1.754 | 100,0 |

44. Det fremgår af tabel 1, at den offentlige sundhedssektor omfattede 47,9 % af landets sundhedsfaciliteter, fordelt på hospitaler og forskellige former for klinikker og centre. Til den halvstatslige sektor hører sundhedsfaciliteterne under hæren, fængselsvæsenet og politiet samt visse større organisationer på arbejdsmarkedet. De repræsenterede i alt 4,8 % af faciliteterne. Christian Health Association of Ghana (CHAG), der er en sammenslutning af missions-selskaber, samt NGO'er og andre missions-selskaber repræsenterer i alt 8,7 % af det samlede antal faciliteter. Endelig fandtes 38,6 % af faciliteterne i den rent private sektor.

C. Ghanas offentlige sundhedssektor ved 1997-2001 programmets start

45. De samlede driftsudgifter til Ghanas offentlige sundhedssektor androg i perioden 1994-1996 et beløb svarende til ca. 102 mio. USD om året. Heraf indgik fra ca. 28 mio. USD i 1994 til 35 mio. USD i 1996 i form af bidrag fra donorer. Rigsrevisionen har på grundlag af et budget for 1996, der er angivet i den lokale valuta, Cedis, beregnet, at ca. 55 % af driftsudgifterne medgik til lønninger, ca. 20 % til dækning af almindelige administrationsomkostninger og ca. 18 % til indkøb af forsyninger af medicin og andre driftsmidler. De resterende ca. 7 % var ligeligt fordelt på udgifter til vedligeholdelse og reparationer samt til transport.

Driftsudgifterne størrelse svarede til 7 USD pr. indbygger i landet.

46. Den offentlige sundhedssektor i Ghana, dvs. sundhedsministeriet (Ministry of Health, MOH), var – og er – en hierarkisk opbygget organisation med et centralt hovedkvarter i Accra og 10 regionale administrationer, der til-

sammen er ansvarlige for sundhedsvæsenet i 110 distrikter, herunder særlig de i alt 838 faciliteter, jf. tabel 1 i det foregående.

Sundhedsministeriet udøvede i henhold til de generelle love og retningslinjer, der gjaldt for ministerierne i Ghana både de overordnede, politisk betonedede aktiviteter og en væsentlig del af den løbende administration samt tilsynet med regioner og distrikter.

Sundhedsdirektøren (Director General) var den øverste embedsmand, bistået af nogle sekretariatsfunktioner.

Under sundhedsdirektøren fandtes 8 afdelinger (divisions) henholdsvis for planlægning, opfølgning mv. (Policy, Planning, Monitoring & Evaluation Division), institutionel kvalitetssikring (Institutional Care Division), sundhedsforhold (Public Health Division), sundhedsadministrationen i regioner og distrikter (Regional Health Administrations) personaleforhold (Human Resources Development Division) samt en afdeling for bygnings-, udstyrs- og transportfaciliteter (Support Services Division).

Endelig var der en lager og forsyningsafdeling (Stores/Supplies Division), der navnlig havde ansvaret for køb, opbevaring og fordeling af medicin samt en finansafdeling (Finance Division), der havde ansvaret for budgetter og regnskaber.

De mere overordnede funktioner i Finance Division blev udøvet af personale fra Ghanas finansministerium under ledelse af Financial Controller. Det underordnede regnskabspersonale var ansat under sundhedsministeriet.

Organisationen omfattede herudover en lang række funktioner af mere almen og tværgående karakter, såsom forholdet til den private sundhedssektor, planlægning, kvalitetssikring, tilsyn, udvikling samt oplysningsvirksomhed mv. Der var til organisationen på forskellige niveauer knyttet en række råd, hvori også indgår repræsentanter uden for den offentlige sundhedssektor.

Bilag 3 indeholder en organisationsplan over sundhedsministeriets opbygning i 1996.

47. I 1996 blev der vedtaget en lov om etablering af en sundhedsstyrelse (Ghana Health Service), der ville få vide selvstændige beføjelser, og som skulle sikre en mere fleksibel og effektiv administration end den hidtidige. Sundheds-

styrelsen blev først etableret i begyndelsen af 2000. Organisationen fremstår fortsat i store træk som før 1999-2000.

Rigsrevisionen har hæftet sig ved, at der i 1999 som noget nyt er oprettet en intern revision (Internal Audit Division) samt gennemført en vis ændring af lager- og forsyningsafdelingen. Disse enheder vil senere blive behandlet.

48. Rigsrevisionens konstaterede ved de stedlige besøg i maj 2000, at der var væsentlige forskelle i hospitalernes bygnings- og udstyrmæssige standard. Regionalhospitalet i byerne Cape Coast og Ho samt et distriktshospital i byen Keta var opført inden for de senere år, men før sektorprogrammets start. Den bygningsmæssige standard var næsten europæisk, og de havde fået leveret en del avanceret udstyr. Problemet var, at forrentningen og afdragene på de optagne udenlandske byggelån samt store driftsudgifter, bl.a. til elektricitet, tyngede sundhedssektorens budgetter uforholdsmæssigt. Hertil kom, at en stor del af det mere avancerede udstyr ikke blev benyttet, fordi der manglede den nødvendige ekspertise til betjeningen. Der var ikke til hospitalet i Ho opført boliger til det overordnede personale, og hospitalet havde bl.a. derfor i snart et år fungeret for halv kraft. 2 distriktshospitaler, i henholdsvis Accra og Swedru, var i forhold dertil af en meget beskeden standard. De besøgte sundhedscentre og klinikker frembød en ret pæn standard set i forhold til befolkningens levevilkår.

49. Den offentlige sundhedssektors centrallager, Central Medical Stores (CMS), ligger i Tema. Lagret skal sørge for medicinforsyningen og leveringen af lægemiddeludstyr som fx injektionssprøjter og nåle til hele det offentlige sundhedssystem. Transporten fra CMS til hospitaler, regions- og distriktslagre sker enten ved afhentning eller levering med de 8 lastbiler som centrallageret råder over. Afgørelsen af, hvilke medicintyper og mængder der skal indkøbes, sker på grundlag af sundhedsministeriets oplysninger om sygdomsmønsteret i regionerne.

Medicinforsyningen er baseret på selvfinansiering, idet hospitaler mfl. køber medicinen fra CMS, og sælger den til klienter og patienter. Indtægterne indgår i en fond til finansiering af lagerets nye medicinindkøb.

Rigsrevisionens besøg på CMS viste, at det bestod af ældre kontorer samt lagerhaller til opbevaring af medici-

nen, uden mulighed for nedkøling af rummene. På et lager, hvor temperaturen var 35-40 grader, blev der opbevaret adskillige kasser med medicin, påtrykt oplysning om, at de skulle opbevares under kølige forhold. På andre kasser var den maksimale opbevaringstemperatur angivet til 20 grader. Forhold af denne art var stærkt medvirkende til, at medicinens reelle holdbarhed var kortere end ifølge udløbsdatoerne på emballagen. På regions- og distriktsniveau blev en del medicin ligeledes opbevaret i for høje temperaturer.

Ved samtlige lagre, som Rigsrevisionen besøgte, overholdt kølerummene for opbevaring af temperaturfølsomme vacciner imidlertid de foreskrevne normer herfor, og temperaturen i rummene var under regelmæssig overvågning.

50. Personalet i den offentlige sundhedssektor var pr. april 1996 sammensat i en lang række stillingskategorier, som Rigsrevisionen har sammenfattet nedenfor i **tabel 2**.

Tabel 2. Den offentlige sundhedssektors personale pr. april 1996, fordelt på stillingskategorier

| | I hele landet | Nationalt | Regionalt | Distrikt | Underdistrikt |
|---|-------------------|-----------|-----------|----------|---------------|
| | ----- Antal ----- | | | | |
| Læger og andet lægefagligt personale (speciallæger) | 1.100 | 574 | 172 | 253 | 101 |
| Sygeplejersker med speciale og jordemødre | 5.728 | 1.923 | 1.123 | 1.434 | 1.248 |
| Sygeplejersker og sundhedsassistenter | 4.934 | 986 | 1.067 | 1.483 | 1.398 |
| Laboranter, røntgenteknikere, ernæringseksperter mv. | 1.239 | 243 | 184 | 480 | 332 |
| Sundhedsadministratorer | 62 | 20 | 17 | 25 | 0 |
| Sundhedsplejersker/assistenter | 2.479 | 168 | 100 | 696 | 1.515 |
| Apotekere og apotekerassistenter | 383 | 88 | 87 | 121 | 87 |
| Forskere | 24 | 16 | 2 | 6 | 0 |
| Chauffører | 443 | 125 | 119 | 132 | 67 |
| Ikke-formelt uddannet hjælpepersonale | 11.508 | 2.959 | 1.861 | 3.776 | 2.912 |
| I alt | 27.900 | 7.102 | 4.732 | 8.406 | 7.660 |

51. Det fremgår af tabellen, at der var i alt 1.100 læger. I dette tal indgår 42 tandlæger. Ca. halvdelen var ansat på nationalt niveau, dvs. i centraladministrationen eller i de før nævnte 2 undervisningshospitaller og 4 andre specialhospitaller. Der var i alt 5.728 højere uddannede sygeple-

jersker, forholdsvis jævnt fordelt på de 4 niveauer, dog med overvægt på det nationale niveau. Ikke-formelt uddannet hjælpepersonale, såsom portører, underordnet regnskabspersonale og vagtmænd – i alt 11.508, udgør en væsentlig del af de ansatte.

Med Ghanas indbyggertal på ca. 18 mio. var der i den offentlige sundhedssektor således ca. én læge pr. 16.000 indbyggere. Til sammenligning var der i den offentlige danske sundhedssektor på samme tidspunkt ca. 9.300 læger, eller ca. én læge pr. 540 indbyggere.

Lægekorpset og sygeplejersker med speciale har efter det oplyste en international standard.

52. Sundhedssektoren rådede i september 1997 kun over i alt ca. 650 firehjulede motorkøretøjer, heraf 27 ambulancer. Hertil kom godt 900 motorcykler.

53. Der var en betydelig skævhed i den sundhedsservice, der kunne ydes, idet antallet af sundhedsfaciliteter og læger samt professionelle sygeplejersker var væsentlig højere pr. indbygger i hovedstadsområdet Greater Accra og langs kysten end i de fjernt liggende indre regioner. Samtidig er de geografiske afstande for befolkningen i disse tyndt befolkede områder til nærmeste sundhedsfacilitet meget betydelig.

54. Klienterne har siden 1985 som hovedregel skullet betale et gebyr for konsultationer, hospitalsindlæggelser og medicin.

D. Den private sundhedssektor i Ghana

55. Som det fremgår af tabel 1, drives en stor del af sundhedssektoren i Ghana på privat initiativ.

Christian Health Association of Ghana (CHAG) har navnlig i landområderne en omfattende hospitals- og generel sundhedsvirksomhed, illustreret af, at de i december 1997 drev 44 hospitaler og 73 klinikker samt leverede sundhedsydelser til ca. 40 % af befolkningen. CHAG, NGO'er og andre missionselskaber i sundhedssektoren er "nonprofitorganisationer". De modtager tilskud fra regeringen. Patienterne betaler et vist gebyr for behandlingen.

Den anden væsentlige "nonprofitaktør" på sundhedsområdet udgøres af internationale og lokale ikke-statslige

hjelpeorganisationer (NGO'er), der koncentrerer sig om forebyggende indsatser vedrørende bl.a. familieplanlægning, HIV/AIDS og ernæring.

56. Især i de store byområder leveres en del betalingsbaserede sundhedsydelser af læger i privatpraksis samt jordemødre og medicinske laboratorier. Der fandtes pr. december 1997 på dette område 50 hospitaler, 277 klinikker og 349 mødre/barn centre.

Distribution af medicin sker i privat regi under forskellige former. Apotekere med faguddannet personale findes især i de større byer. I det omfang, hvor det offentlige centrallager ikke kan skaffe et bestemt medicinpræparat, købes dette i de private apoteker. Over hele landet kan der købes medicin, herunder traditionel plantemedicin, fra uautoriserede gadesælgere.

Omfanget og kvaliteten af især den forretningsmæssigt drevne del af den private sundhedssektor er statistisk dårligt belyst, da det offentlige ikke hidtil har gjort nogen større indsats for at indsamle oplysninger herom.

En betydelig del af sundhedsområdet varetages fortsat af det "traditionelle" sundhedssystem, som især omfatter anvendelse af plantemedicin og spirituelt baseret sygdomsbekæmpelse.

De folk inden for det traditionelle behandlingssystem, som bistår ved fødsler, har en vis bevågenhed fra det offentlige sundhedssystem side og modtager herfra en vis uddannelse.

57. Rigsrevisionen har måttet basere ovenstående beskrivelse af sundhedssektorens organisation, administrative procedurer og opgaver på særskilt indhentede oplysninger, idet landets strategi for sundhedssektoren, MTHS, og 5-års arbejdsplanen, POW 1997, indeholder meget lidt herom. I udkastet til beretning anførte Rigsrevisionen, at Udenrigsministeriet ved udformningen af de centrale projektdokumenter i sektorprogrammer bør arbejde på at få udarbejdet en relativt grundig beskrivelse af sektorens administrative struktur og opgaver mv. med henblik på at lette arbejdet for fx review- og evalueringsmissioner og spare modtagerlandet for en lang række forespørgsler. Herved vil der også være skabt et grundlag for senere mere overordnet at bedømme, hvorledes en sektor har udviklet sig.

Udenrigsministeriet anførte, at ministeriet tog Rigsrevisionens kritikpunkt til efterretning, samt at man ved en revision af Guidelines for Sector Programme Support vil tage Rigsrevisionens anbefaling i betragtning.

Rigsrevisionens bemærkninger

På baggrund af, at Rigsrevisionen måtte basere fremstillingen af sundhedssektorens organisation på særskilt indhentede oplysninger – hvilket var tidskrævende for de involverede instanser – finder Rigsrevisionen det tilfredsstillende, at Udenrigsministeriet har tilsluttet sig Rigsrevisionens synspunkt om, at organisationsbeskrivelsen i sektorprogrammer bør være udførlig og operationel i de centrale projektdokumenter, og vil tage synspunktet i betragtning ved en revision af Guidelines for Sector Programme Support.

VI. Problemerne i den offentlige sundhedssektor omkring 1997

A. Situationsanalyse i strategidokumentet MTHS samt Rigsrevisionens sammenfatning af problemer på det administrative område beskrevet i projektdokumenter

Situationsanalysen

58. Strategien for sundhedssektoren, MTHS, indeholdt den overordnede konklusion, at 35-40 % af befolkningen, de fleste i landområderne, ikke havde tilstrækkelig nem adgang til det offentlige sundhedssystem. Kvaliteten i sundhedsydelse var generelt ringe, hvilket førte til en manglende tillid til sundhedssystemet.

Strategien indeholder en situationsanalyse, der sammenfatter 9 hovedårsager til forholdene således:

- U hensigtsmæssige prioriteter af den ydede service.
- En i for høj grad centraliseret og hierarkisk organisation.
- Manglende sammenhænge i sundhedstjenesten.
- U hensigtsmæssig fordeling af de menneskelige ressourcer i sektoren.
- Mangelfuld forsyning af medicin og udstyr samt utilfredsstillende organisering af transport (logistik).

- Begrænset infrastruktur, der stadig forringes.
- Svag overvågning og kontrol.
- Begrænset involvering af familier og landsbysamfund i sundhedstjenesternes forhold.
- Utilstrækkeligt finansielt grundlag og uhensigtsmæssig anvendelse af begrænsede midler.

Rigsrevisionens sammenfatning af oplysninger om problemområder

59. Rigsrevisionen har på grundlag af en gennemgang af dokumenter om forberedelsen af sektorprogrammet, herunder navnlig MTHS, POW 1997 og et dokument fra Verdensbanken (Staff Appraisal Report of September 1997), fundet anledning til – med tilføjelse af enkelte baggrundsoplysninger – at sammenfatte følgende oplysninger fra disse dokumenter:

- Budgetlægning og dispositionsbeføjelser, der fulgte de generelle regler, der gjaldt for den statslige sektor i Ghana, var i for høj grad centraliseret. Regionaladministrationerne havde ganske vist en ret betydelig kompetence til at forestå den løbende drift i regionen, men meget begrænset råderum med hensyn til indkøb af udstyr, medicin og transportmidler. Også personalerekruttering og lønfastsættelse blev varetaget på centralt plan. En regionaladministration havde således næsten ingen muligheder for at belønne medarbejdere, der havde ydet en særlig god indsats. I forhold til regionalhospitalerne havde regionaladministrationerne en vis kompetence på personaleområdet, men hospitalerne var dog inden for de centralt fastsatte snævre rammer ret autonome.
- Regionaladministrationerne havde på deres side en bestemmende indflydelse på distriktsadministrationernes og distriktshospitalernes forhold, idet de fastlagde størrelsen af disses ressourcer samt godkendte deres planer. Distriktsadministrationerne rådede over meget begrænsede midler, der kun lige akkurat kunne finansiere selve sundhedsydelserne, små vedligeholdelsesarbejder og begrænsede køb af forsyninger.

- Næsten halvdelen af udstyret i den offentlige sundhedssektor var brudt sammen. En fjerdedel ville ikke kunne repareres. Forholdene skyldtes navnlig uhensigtsmæssige anskaffelser, og at brugerne ikke havde fået den fornødne oplæring i anvendelsen og vedligeholdelsen.
- Regionerne og distrikterne havde intet byggeteknisk personale. Derfor blev alle bygge- og anlægsplaner udformet af bygge- og anlægsdepartementet (Public Works Department) i samarbejde med den regionale sundhedsadministration og derfra sendt til endelig behandling i selve ministeriet samt finansministeriet. Prioriteringen af projekterne var ofte politisk betinget og bestemt af sidstnævnte ministerium. Der kan henvises til omtalen i det foregående af de problemer, som Rigsrevisionen konstaterede under besøg ved hospitalerne i Cape Coast og Keta samt navnlig i Ho.
- På indkøbsområdet fandtes ingen generelt anvendte regler, men Ghanas forsyningskommission, Ghana Supply Commission (GSC), havde dog på grundlag af en lov varetaget de fleste indkøb til statsinstitutionerne, herunder til sundhedsministeriet. En fælles undersøgelse gennemført af Verdensbanken og sundhedsministeriet viste, at indkøbene ikke blev foretaget på tilfredsstillende måde.
- Der var svagheder i sundhedssektorens budgettering, regnskabsaflæggelse og finansielle afrapportering. Det anførtes, at sammenhængen mellem den fysiske planlægning samt aktiviteter og budgetter var uklar, og at beregningerne af indtægter, eksterne bidrag og lån ofte var urealistiske.
- Det fremgik også, at en svag kontrol og evaluering af aktiviteterne i sundhedssektoren hang sammen med mangelfulde resultatindikatorer (weak performance indicators) og ufyldstgørende dataindsamling samt behandling.
- Hvad angik uddannelse og oplæring af personale var det en svaghed, at der ikke forelå en national plan, og at distrikterne mere generelt ikke blev hørt om personalets uddannelsesbehov.

- Sektorens køretøjer blev ikke systematisk vedligeholdt, og der førtes ikke kørebøger.
- Den interne revision og kontrol blev betegnet som svag med lav dækningsgrad og manglende systemrevision. Opfølgningen på den eksterne revisions (Auditor General's) anbefalinger var utilstrækkelig.
- Endelig kan henvises til Rigsrevisionens konstatering af, at en del medicin ikke blev opbevaret under tilfredsstillende forhold ved det centrale lager i Tema.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen kan konstatere, at kortlægningen af sundhedssektoren, som var grundlaget for donorerne støtte, afdækkede væsentlige problemer på stort set alle organisatoriske og administrative områder.

B. Manglende omtale i de centrale programdokumenter af konkurrencen fra den private sundhedssektor

60. Rigsrevisionen har hæftet sig ved, at den rent private sektor omfatter 38,6 % af den samlede sundhedssektors egentlige sundhedsfaciliteter. Herved konkurrerer den private sektor i vidt omfang direkte med det offentlige system, hvor det er målet at øge anvendelsen af faciliteterne.

Ifølge en konsulentrapport, Adogboba/Public/Private Sector Mix in Ghana, fra maj 1999 foretrækker befolkningen i de lokalsamfund, som har adgang til såvel det private forretningsbaserede som det offentlige sundhedssystem, klart det private system. Dels råder den private sektor over fornøden medicin, dels yder den en bedre pleje af patienter, angiveligt fordi personalet, herunder navnlig læger og visse specialister, er bedre lønnet end deres kolleger i det offentlige system. Følgen er, at mange med højere uddannelse eller et speciale tager ansættelse i den private sundhedssektor frem for i den offentlige. Det er ifølge rapporten en udbredt opfattelse, at det ikke er væsentligt billigere at benytte det offentlige system, navnlig når udgifter til bestikkelse tillægges de gebyrer, som opkræves i det offentlige sundhedsvæsen. Den førnævnte Verdensbankrapport fra september 1997 peger ganske kort på stort set samme problemer. Rigsrevisionen må gå ud fra, at disse forhold eksisterede – og var sundhedsmyndighederne samt donorerne bekendt – inden MTHS og POW 1997 blev udarbejdet.

Den private sektors rolle er navnlig behandlet i det dansk/ghanesiske projektdokument fra november 1998 på baggrund af, at Danmark yder en øremærket støtte på 10 mio. kr. til styrkelse af denne sektor.

Ingen af ovennævnte 3 dokumenter er inde på det forhold, at patienterne af de beskrevne grunde i vidt omfang foretrækker at anvende den private sektor.

Rigsrevisionens bemærkninger

Patienterne foretrækker i vidt omfang den private sundhedssektor. Dette skyldes en bedre service i denne sektor, hvor der tilbydes højere lønninger, navnlig for læger og visse specialister, end i den offentlige sektor, samt at klienterne i den offentlige sektor som hovedregel betaler gebyrer og i ret udstrakt grad bestikkelse for at opnå behandling.

Rigsrevisionen finder, at disse problemer burde have været nævnt som baggrundsoplysning i MTHS, POW 1997, i det dansk/ghanesiske projektdokument fra november 1998 samt i forelæggelserne af sektorprogramstøtten for U-landsstyrelsen og Finansudvalget.

C. Ingen omtale i de centrale programdokumenter af alvorlig mangel på læger i den offentlige sundhedssektor på grund af lægeudvandring fra Ghana

61. Rigsrevisionen erfarede i løbet af undersøgelsen, at størstedelen af de læger, der blev uddannet i Ghana, forlod landet for at bosætte sig i velhavende vestlige lande, overvejende USA.

Dette problem var hverken berørt i MTHS, POW 1997 eller i andre af de før nævnte projektdokumenter. Det er heller ikke af Udenrigsministeriet omtalt i programmets forelæggelse for U-landsstyrelsen eller i ansøgningen til Finansudvalget.

Rigsrevisionen forhørte sig under opholdet i Ghana i maj måned 2000 om lægeudvandringens indvirkning på sundhedssektoren. Ambassaden henviste bl.a. til, at problemets omfang og karakter var nærmere behandlet i et særtillæg til avisen Daily Graphic fra 3. maj 2000, som Rigsrevisionen modtog. Artiklen var skrevet af 3 ghanesiske læger. Det fremgår heraf, at der blandt de 1.450 læger, som siden 1969 var uddannet ved University of Ghana Medical School, kun er ca. 300, som arbejder i Ghana.

I perioden 1991-1996 var uddannelseskapaleteten ved dette universitet gennemsnitlig 55 læger om året. Ved landets andet medicinske fakultet – Kumasi School of Medical Sciences – var kapaleteten 35 læger om året. Den var siden øget væsentligt, således at de 2 fakulteter nu sammenlagt uddannede omkring 150 læger om året. Heraf havde 120 læger forladt landet i 1998.

I en årrække har forholdet således været det, at omkring 80 % af de læger, der uddannes i Ghana, forlader landet.

Det fremgik videre, at det gennemsnitlig kostede et beløb svarende til ca. 25.000 USD at uddanne en læge.

Blandt årsagerne til at lægerne forlader landet nævnes i avisartiklen følgende:

- Lave lønninger – en læge aflønnes i 2000 i det offentlige system brutto med et beløb svarende til ca. 1.000 kr. om måneden.
- Dårlige arbejdsforhold, også sammenlignet med forholdene i nærliggende lande som Gambia og Elfenbenskysten.
- Ingen livskvalitet i form af ordentlig bolig, en bil osv.
- Administrativ ineffektivitet i den offentlige sektor, herunder forsinkede lønudbetalinger.
- Ingen strukturerede efteruddannelsesprogrammer.

62. Rigsrevisionens besøg og interview ved hospitaler viste, at lægenormeringen pr. hospital var fastsat til 3-4, men at der kun var ansat 1-2 læger. Der manglede også specialister til betjening af det moderne udstyr, der et par steder var leveret, samt til at sikre kvaliteten af laboratorieprøver mv. Endelig var der mangel på sygeplejersker. Der blev overalt fra lægeligt hold givet udtryk for, at patientbehandlingen under disse forhold var utilfredsstillende.

På Rigsrevisionens spørgsmål har Udenrigsministeriet oplyst, at lægeudvandringen ikke er nævnt specifikt i projektdokumenterne, men at problemet, da disse blev udformet, ikke var så stort som nu. Ministeriet har også oplyst, at det er særdeles svært at finde en løsning på problemerne på grund af den utilstrækkelige finansiering af den offentlige sundhedssektor.

Rigsrevisionens bemærkninger

Lægeudvandringen fra Ghana og den dermed forbundne alvorlige lægemangel i den offentlige sundhedssektor – der har været alment kendt i landet i en årrække – er en væsentlig hindring for opbyggelsen af en effektiv offentlig sundhedssektor. Udenrigsministeriet burde efter Rigsrevisionens opfattelse have gjort opmærksom på disse problemer og vanskelighederne med deres løsning i det dokument, hvorved programmet blev forelagt U-landsstyrelsen, samt i be-

villingsansøgningen til Finansudvalget. Rigsrevisionen finder, at Udenrigsministeriet over for Ghanas sundhedsministerium bør rejse spørgsmålet om at søge løsninger til at øge tilgangen af læger til den offentlige sundhedssektor.

D. Ingen omtale i de centrale programdokumenter af mange uregelmæssigheder, afdækket ved revisionen af sundhedssektorens regnskaber for 1995 og 1996

63. I MTHS er det revisionsmæssige aspekt alene omtalt i en generelt holdt, kort sætning, hvori det anføres, at der er adskillige svagheder i sundhedssektorens budget- og regnskabssystemer, revisionen og den finansielle information. Hverken MTHS eller POW 1997 angiver imidlertid noget om resultaterne af Auditor General's revision af regnskaberne for sundhedssektoren. Udenrigsministeriet har i aktstykket til Finansudvalget oplyst, at det er et væsentligt risikomoment, at der "ikke opretholdes acceptable regnskabs- og revisionsprocedurer".

64. Rigsrevisionen har gennemgået Ghanas rigsrevisors rapport vedrørende revisionen af statsregnskabet for 1995 og 1996, der begge forelå inden Udenrigsministeriet besluttede at støtte sundhedssektorprogrammet.

65. Ifølge rapporten for 1995, der blev afgivet i juli 1996, var det formålet med revisionen at undersøge dels, om budgetter var overholdt, og at der var ført tilfredsstillende regnskab for udgifter og indtægter, dels om der havde været tab på grund af sløseri eller uregelmæssigheder fra de regnskabsansvarliges side.

Af rapporten fremgik det, at sundhedsministeriet var det område, der havde givet Auditor General anledning til at rejse de fleste revisionssager – i alt 75-80 sager.

35-40 af sagerne drejede sig om forskellige former for uregelmæssigheder. Midler var tilegnet af ansatte ved administrationer og lagre gennem kasseunderslæb, manglende bogføring af indtægter, uretmæssigt salg af medicin og tyveri mv. Der var eksempelvis en del tilfælde, hvor varer var leveret og betalt, men efterfølgende ikke kunne spores af de ansvarlige eller Auditor General.

25-30 sager omhandlede fejl i regnskabsafleggelsen, fx manglende afregning af moms, udestående fordringer, der

ikke blev indkrævet, ikke tilladt salg af medicin på kredit og fejlbetalinger mv.

En tredje kategori af sager omhandlede forkerte lønudbetalinger, fx udbetalinger til personale, der ikke havde ret til løn, fordi de var fratrådt.

Endelig havde Auditor General observeret mange tilfælde, hvor medicin på grund af for lang opbevaring ikke længere var anvendelig.

66. Formålet med den revision, der lå til grund for rapporten for 1996, der blev afgivet i juli 1997, var i højere grad end med hensyn til 1995-rapporten at undersøge procedurer og overholdelsen af forskellige forskrifter. Afdækning af eventuelle uregelmæssigheder var ikke nævnt i formålsbeskrivelsen, men de i alt 45-50 revisionssager, der omtaltes, var af samme karakter som de, der rejstes i rapporten for 1995. Der var ca. 20 sager om forskellige former for uregelmæssigheder.

67. Den mest almindelige sanktion over for medarbejdere, der har begået uregelmæssigheder i tjenesten, er forflyttelse. For mindre forseelser kan en leder i henhold til gældende regler foranledige, at vedkommende skal tilbagebetale det tilvendte, herunder ved tilbageholdelse i lønnen. Kun meget store sager anmeldes til politiet.

68. Udenrigsministeriet har over for Rigsrevisionen oplyst, at man har taget til efterretning, at manglerne i regnskabsaflæggelsen i 1995 og 1996 burde have været fremhævet i de dokumenter, der ligger til grund for sektorprogrammets ikrafttrædelse.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen finder, at de forhold, der fremgår af de 2 revisionsrapporter fra Auditor General, viser, at regnskabsaflæggelsen i sundhedssektoren i 1995 og 1996 var præget af betydelige mangler, og navnlig af uregelmæssigheder. Sidstnævnte forhold burde efter Rigsrevisionens opfattelse have været fremdraget i POW 1997 og i Udenrigsministeriets forelæggelse af bevillingsansøgningen vedrørende sektorprogramstøtten for U-landsstyrelsen og Finansudvalget. Udenrigsministeriet har taget dette til efterretning, hvilket Rigsrevisionen finder tilfredsstillende.

Rigsrevisionen finder overordnet, at Udenrigsministeriet havde undersøgt og konstateret, at der var det nødvendige minimum af administrativ og sundhedsfaglig kapacitet i sundhedssektoren, da ministeriet besluttede at yde Ghana den omhandlede bistand, men at andelen af den danske ubundne støtte – 148,6 mio. kr. ud af i alt 225 mio. kr. – var stor og risikabel set i lyset af sektorens betydelige svagheder. Andelens størrelse skal dog ses på baggrund af, at Danmarks og andre donorers støtte – navnlig i form af øremærkede bidrag – i høj grad har til formål at afhjælpe manglerne i sektoren, dvs. udbygge kapaciteten.

VII. De overordnede mål og strategien, herunder indikatorer til vurdering af sektorprogrammet og en økonomisk ramme for dette

A. Indikatorer til vurdering af udviklingen i sektorprogrammet

69. Med henblik på at skabe et grundlag for senere at kunne foretage vurderinger af udviklingen på enkeltområder og mere generelt i sundhedssektoren som følge af de planlagte indsatser i henhold til POW 1997 foretog sundhedsministeriet og donorerne registreringer af situationen i 1996 (baseline) på en række aktivitetsområder – felter – baseret på eksisterende eller nye særligt tilvejebragte data. En fortsat registrering på disse felter – såkaldte indikatorer – ville kunne give et billede af udviklingen i sundhedssektoren. Som eksempler på registrering af udgangssituationen i 1996 kan nævnes, at antallet af patientbesøg androg 0,39 % af befolkningen, at dækningsgraden for vaccination af børn på 1 år var 49 %, og at belægningsprocenten på hospitalerne var 70 %.

Der blev i alt etableret 23 indikatorer, baseret på registreringer af administrativ og behandlingsmæssig karakter, der foretages i regioner, distrikter og sundhedscentre mfl. Indikatorerne fremgår af **tabel 3**.

Tabel 3. Registreringer – indikatorer – til belysning af udviklingen på enkelt-områder og generelt i sundhedssektoren (1997-2001)

| Rutinemæssig rapportering: |
|--|
| 1. Beløb anvendt til patientfritagelse for betaling. |
| 2. Antal missionshospitaller, NGO- og privathospitaller, hvormed der er underskrevne aftaler med sundhedsministeriet om serviceydelser. |
| 3. Ambulante patientbesøg pr. indbygger. |
| 4. Antal hospitalsindlæggelser. |
| 5. Dækningsgrad for børneimmuniseringsprogram. |
| 6. Familieplanlægning – antal år (ægte)par benytter prævention. |
| 7. Procentandel af forsyningen med medicin på det centrale medicinlager, der kan betegnes for såkaldt nødvendig medicin (essential drugs). |
| 8. Andel af distrikts-, regional- og undervisningshospitaller, der yder 24-timers service. |
| 9. Procentandel af underdistrikter i regionen med mere end 10 sundhedsposter. |
| Kortlægning: |
| 10. Procentandel af børn, som anvender insektimpregneret sengenet. |
| 11. Procentandel af husholdninger, som bruger jodineret salt. |
| 12. Den gennemsnitlige udgift (omkostning) om dagen til indlagte patienter på regional- og distrikthospitaller. |
| 13. Den gennemsnitlige varighed for patienter på regional- og distrikthospitaller. |
| 14. Indeks for standarden i medicinsk udstyr på regional- og distrikthospitaller. |
| Rapporter fra ansvarlige direktorater om status, navnlig på administrative områder: |
| 15. Procentandel af regeringens samlede driftsbudget, der anvendes til sundhedsvæsenet. |
| 16. Procentuel allokering af drifts- og anlægsmidler til niveau (region, distrikt) og finansieringskilde. |
| 17. Budget Management Centre (BMC'er), som opfylder krav og kriterier for selvstændig finansiel styring. |
| 18. BMC'er, som rettidigt aflægger kvartalsregnskab. |
| 19. Standardindkøbsprocedurer anvendt eller iværksat. |
| 20. Fuldstændig tilvejebringelse af personale til BMC'er. |
| 21. Formidling på distriktsniveau af overvågningssystem for sygdomme. |
| 22. Kvalitetsforbedring af pasning og pleje af patienter, der benytter sundhedsfaciliteterne. |
| 23. National sygesikringsordning. |

70. Til tabellen kan det oplyses, at indikatorerne 1-11 vil være positive, når tallene øges. Indikatorerne 12-13 er positive, hvis henholdsvis husholdninger øger brugen af jodholdigt salt og gennemsnitsudgiften for hospitalsophold samt sengetid formindskes. Indikator 14 er positiv, hvis anvendelsen af udstyr øges. Indikatorerne 15, 17, 18, 19 og 20 er gunstige, hvis værdierne – tallene – øges. BMC'er er budget- og regnskabsadministrationer, der har fået udvidet deres beføjelser på grundlag af en særlig autorisation.

Indikator 16 er positiv, hvis den viser, at budgetterne på de lavere niveauer i strukturen øges. Indikatorerne 21-23 er positive ved øgede værdier, men anvendelsen af dem

må suppleres med kvalitetsvurderinger. For alle indikatorer gælder, at deres anvendelse er baseret på en række fortolkninger.

Ud over at anvende disse indikatorer, hvis antal siden er reduceret til 20, skal BMC'erne bl.a. registrere antal svangerskabsforebyggende undersøgelser, antal overvågede fødsler samt med hensyn til tuberkulose graden af gennemført helbredelse og andelen af patienter, som ikke gennemfører behandlingen. Endelig kan nævnes registrering af malariadødeligheden for børn under 5 år samt antal tilfælde af Guinea orm og spedalskhed.

BMC'erne fastsætter deres egne mål på grundlag af retningslinjer for planlægning og budgettering, udstukket af sundhedsministeriet.

Data vedrørende indikatorerne rapporteres fra distrikter og regioner til sundhedsministeriet og indgår i de årlige reviews, der hvert år foretages af sundhedssektoren.

71. Det må nævnes, at der inden for sundhedssektorprogrammet var – og hen ad vejen er – fastsat delmål, fx for hvornår en organisatorisk ændring påregnes gennemført eller en bestemt manual udgivet mv. Dette kommer særlig til udtryk i de øremærkede projekter, som donorerne finansierer. Virkningen af disse projekter vil med meget forskellig styrke komme til udtryk i ovennævnte indikatorer.

72. MTHS indeholdt en strategi, som udførligt angav, hvor der ville blive sat ind for at forbedre sundhedssektoren. 5-års planen, POW 1997, indeholdt en vis yderligere udformning af strategien. Den angav navnlig nogle økonomiske rammer for sektorprogrammet og opstillede de nedenfor beskrevne mål for programmets effekt. Den nærmere prioritering, budgetter eller milepæle med hensyn til aktiviteterne gennemførelse ville blive fastlagt hen ad vejen, navnlig på årsbasis.

B. De overordnede mål

73. Der blev i POW 1997 sat en række overordnede mål for sundhedssektorprogrammet, jf. [tabel 4](#).

Tabel 4. De overordnede mål for sundhedssektorprogrammet i 5-års perioden 1997-2001 i henhold til POW 1997

| | Mål for resultater af indsatsen | 1997 | 2001 |
|----------------------------|---|------|------|
| 1. Sundhedstilstand | Reduktion af spædbarnsdødelighed pr. 1.000..... | 66 | 50 |
| | Reduktion af børnedødeligheden (under 5 år) pr. 1.000..... | 132 | 100 |
| | Reduktion i barselsdødeligheden pr. 100.000 fødsler | 214 | 100 |
| | Forventet levealder..... | 58 | 60 |
| 2. Fertilitet | Den årlige stigningstakt, % | 3,0 | 2,75 |
| | Fertilitetshyppighed, % | 5,5 | 5,0 |
| 3. Ernæringstilstand | Procentandel med alvorlig underernæring | 12 | 8 |
| 4. Sundhedsydelse | | | |
| a) Klinisk behandling | Antal besøg på klinik eller sygehus pr. indbygger om året..... | 0,3 | 0,5 |
| | Dødsårsagsrate pr. 1.000: | | |
| | • Malaria | - | - |
| | • Risiko for infektioner | 24 | 8 |
| | • Dødfødte | 10 | 1 |
| | Tuberkulosehelbredelse | 15 | 85 |
| b) Forebyggende behandling | Jernmangel under graviditet, % | 50 | 40 |
| | Fødselshjælp (overvågning), % | 40 | 60 |
| | Vaccination af børn mod polio, difteritis, kighoste og stivkrampe, %. | 49 | 75 |
| | Vaccination af gravide mod stivkrampe, %..... | 64 | 80 |
| | Jodineret salte, %..... | 0,3 | 100 |
| | Vitamin A-tilskud, %..... | 0,2 | 80 |
| | Anvendelse af insektimpregneret myggenet, % | 10 | 40 |
| | Børn med diaré, som får oral rehydreringsterapi/behandling, %..... | 24 | 80 |
| | Børn, der udelukkende ammes (4 måneder), %..... | 19 | 80 |

74. Tabellen viser, at der på alle målområder forventedes positive resultater. En lang række såvel positive som negative ændringer – fx i ernæringsforholdene, vandkvalitet, klimatiske forhold, herunder tørke og oversvømmelser, samt indsatsen i andre sektorer – vil selvsagt påvirke udviklingen i sundhedstilstanden og sygdomsbilledet. Indberetningerne fra de forskellige niveauer om sygdommene kan, navnlig fra distrikterne, være forkerte på grund af fejl i diagnosticeringer.

Det var ifølge Udenrigsministeriet en fejl, at der ikke blev angivet et overordnet mål med hensyn til dødeligheden på grund af malaria, men BMC'erne foretager dog registreringer på dette område.

HIV/AIDS blev i 1995-1996 ikke betragtet som et hovedproblem og fremgår derfor ikke af oversigten. BMC'erne er dog begyndt at registrere HIV/AIDS-tilfælde.

Rigsrevisionen fik ved en regionaladministration oplyst, at man kun kontrollerede indberetningerne fra distrikterne i store træk for at undgå åbenbare fejl.

C. Strategien

75. Den strategi – eller det program – der blev opstillet for at nå målene, kan sammenfattes således:

- Etablering af en sundhedsstyrelse, Ghana Health Service (GHS), til gennemførelse af sundhedsministeriets sundhedspolitik med det formål at opnå større fleksibilitet, effektivitet og kvalitet i sundhedsvæsenet.
- Øget adgang til samt øget kvalitet og effektivitet i de primære sundhedsydelser. Dette skulle omfatte udvikling af standardiserede serviceydelser for basal forebyggelse, behandling, medicin og udstyr, rehabilitering og nybyggeri af klinikker og distriktshospitaler, styrkelse af personaleressourcer og større inddragelse af lokalbefolkningen i planlægning og tilsyn.
- Decentralisering og en målrammestyring af udgifterne til sundhedsvæsenet. Med målrammestyring forstås, at enheder (Budget Management Centres), som sundhedsvæsenets administration var ved at blive opdelt i, selv fastlægger planer for målopfyldelse for det pågældende center inden for en udstukket budgetramme og inden for centralt udstukne retningslinjer med henblik på at sikre kvalitet og harmonisering i sundhedsydelserne.
- Tilpasning af det regionale og nationale niveau med henblik på at gøre disse niveauer til et bedre supplement til distriktsniveauet.
- Generel kapacitetsopbygning i sektoren ved hjælp af forbedret uddannelse og efteruddannelse.
- Udvikling og opdatering af den analytiske og administrative kapacitet, herunder systemer for indkøbs-, regnskabs- og byggerikontrol.
- Tildeling af en stigende andel af ressourcerne, herunder personale, til distriktsniveauet. Samtidig ville en stigende andel gå til drift i forhold til såvel personaleudgifter som kapitalinvesteringer.
- Øget samarbejde med andre sektorer på alle niveauer.
- Øget samarbejde med den private sektor.

D. Økonomisk ramme som grundlag for gennemførelse af strategien

76. Ghana og donorerne aftalte som et element i POW 1997 en samlet økonomisk ramme for sundhedssektoren på i alt ca. 773 mio. USD i perioden 1997-2001, som det nærmere fremgår af **tabel 5**.

Tabel 5. Den økonomiske ramme (budget) for sundhedssektoren i perioden (1997-2001), aftalt mellem Ghana og donorerne

| Finansieringskilde | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | I alt |
|-----------------------------|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | ----- Mio. USD ----- | | | | | |
| Ghana | 80,6 | 93,0 | 108,0 | 119,4 | 136,3 | 537,2 |
| <i>Til drift</i> | 66,4 | 75,1 | 85,0 | 96,7 | 110,6 | 433,8 |
| <i>Til anlæg</i> | 14,2 | 17,9 | 23,0 | 22,7 | 25,7 | 103,4 |
| Patientgebyrer | 6,2 | 6,7 | 7,2 | 7,7 | 8,3 | 36,2 |
| Donorer | 40,0 | 40,0 | 40,0 | 40,0 | 40,0 | 200,0 |
| <i>Til drift</i> | 14,6 | 14,6 | 14,6 | 14,6 | 14,6 | 73,0 |
| <i>Til anlæg</i> | 25,4 | 25,4 | 25,4 | 25,4 | 25,4 | 127,0 |
| Driftsudgifter i alt | 87,2 | 96,4 | 106,8 | 119,0 | 133,5 | 543,0 |
| Anlæg i alt | 39,6 | 43,3 | 48,4 | 48,1 | 51,1 | 230,4 |
| Samlet ramme (budget) | 126,8 | 139,7 | 155,2 | 167,1 | 184,6 | 773,4 |

77. Det kan udledes af tabellen, at Ghana selv samt patienterne gennem brugerbetaling forudsattes at bidrage til budgettet med henholdsvis 537,2 mio. USD og 36,2 mio. USD, i alt 573,4 mio. USD, svarende til ca. 69 % og 5 % af det samlede budget. De resterende ca. 200 mio. USD, eller 26 %, forudsattes at blive ydet fra udenlandske donorer.

Budgettet var fastsat ud fra en forventning om, at Ghanas økonomiske vækstrate, der var på 5 % i 1996, ville kunne øges til 5,9 % i 2001, og at skatteopkrævningen var stabil.

Følgende forudsætninger lå til grund for budgettet:

- at sundhedsministeriets andel af det samlede statslige driftsbudget ville øges fra 10 % i 1997 til 12 % i 2001,
- at brugerbetalingens andel af budgettet fortsat skulle være beskeden og kun øges med 5 % om året,
- at donorandelen konstant skulle udgøre 40 mio. USD årligt.

Den forventede donorandel på 40 mio. USD årligt omfatter alle donorbidrag, der under forskellige vilkår har berøring med den offentlige sundhedssektor, og tages til indtægt i dennes regnskab – og altså ikke blot bidrag, som ydes fra donorer, der lader en del af disse indgå i en fælles donorpulje.

De toneangivende donorer – dvs. Danmark, Holland, Storbritannien, EU, Verdensbanken, FN's børnefond (UNICEF), Verdenssundhedsorganisationen (WHO) og Nordic Development Fund – erklærede sig i det førnævnte Memorandum of Understanding fra april 1998 alle villige til at yde bidrag til den fælles donorpulje. Disse lande og organisationer forudsattes i henhold til POW 1997 at ville yde et årligt bidrag på i alt ca. 32 mio. USD, eller ca. 80 %, af det samlede donorbidrag til sundhedssektoren. Andelene heraf til den fælles donorpulje var dog ikke fastlagt. Verdensbankens bidrag ville blive ydet i form af ikke rentebærende lån, der er afdragsfri i de første 30-40 år.

Rigsrevisionens bemærkninger

Strategien går ud på at forbedre kapaciteten i sundhedssektoren på et meget bredt felt og at tilpasse vægten i indsatserne i overensstemmelse med opståede behov og muligheder. Som grundlag for strategiens gennemførelse var der opstillet en 5-års økonomisk ramme for sektoren med angivelse af regeringens og donorerens forventede bidrag hertil.

Der blev for sektorprogrammet fastsat en række overordnede mål, der omfatter 5-års perioden 1997-2001. Det vil, bl.a. på grundlag af indikatorsystemet, kunne konstateres, om en række forhold i administrationen er blevet forbedret, og at flere patienter er blevet behandlet. Dette vil være en indikator for, at sektorprogrammet kan have haft en positiv indflydelse på sundhedstilstanden i landet. Andre faktorer – adgangen til rent vand, ernæring og indsatsen i den private sundhedssektor mv. – spiller dog en afgørende rolle på sundhedstilstanden. Dataene i indikatorsystemet vil derfor kun med usikkerhed kunne indikere, hvilken indflydelse selve det omhandlede sektorprogram – dvs. et input bestående af en række organisatoriske forbedringer og en relativt beskedent forøgelse af de samlede midler til sektoren – har haft – og vil få – på sundhedstilstanden i landet.

VIII. Danida Health Office (DHO), udviklingen af nye administrative enheder og procedurer samt samarbejdet med de øvrige donorer til sektorprogrammet

A. DHO

78. Rigsrevisionen har fundet det hensigtsmæssigt indledningsvis at omtale DHO, idet dette kontor optræder i en række sammenhænge i det følgende. DHO er en konsulentenhed, som på Udenrigsministeriets vegne varetager den væsentligste del af opgaverne vedrørende sektorprogrammet. DHO er begrebsmæssigt en øremærket komponent under sektorprogrammet.

I 1994 blev en styringsenhed oprettet med henblik på at varetage monitorering (tilsyn), koordinering og rådgivning vedrørende de projekter i sundhedssektoren, der dengang blev igangsat med dansk finansiering. På baggrund af den her omhandlede sektorprogramstøtte blev styringsenhedens rolle ændret til en enhed, der under navnet DHO fungerer som samarbejdspartner for sundhedsministeriet og sundhedsstyrelsen samt forbindelsesled til ambassaden. Enheden har navnlig til opgave at sikre gennemførelsen af Danmarks støtte til sundhedssektoren, herunder styring af områder, der er prioriteret højt af Udenrigsministeriet, gennem ydelse af øremærket støtte. DHO's opgaver og ansvar er nærmere fastlagt i en omfattende arbejdsbeskrivelse (terms of reference) fra 1998. Det fremgår heraf bl.a., at det mere generelt er en væsentlig opgave for kontoret at følge udviklingen i sundhedssektoren, særlig med henblik på økonomiforvaltning, kapaciteten i distrikterne, budgetallokering og tilgængeligheden af midler på alle niveauer, forvaltningen af kapitalbudgetter, den private sektors rolle, de fattiges adgang til sundhedsydelser samt ligeret for kønnene. Endelig skal DHO i et tæt samarbejde med ambassaden holde denne informeret om alle sundhedsspørgsmål.

DHO leverer endvidere særlig ekspertise til sundhedsministeriet på dets anmodning. Efter drøftelser med ministeriet skal kontoret ligeledes forberede og deltage i gennemførelsen af reviews og evalueringer på Udenrigsministeriets eller andres foranledning.

Hvad angår DHO's opgaver vedrørende øremærkede aktiviteter, der lægger beslag på en betydelig del af enhedens indsats, kan følgende særlig nævnes:

- I samarbejde med sundhedsministeriet halvårligt/årligt eller efter behov at forberede aktivitetsplaner/-budgetter vedrørende komponenterne, herunder identifikation af institutioner/personer og arbejdsbeskrivelser (terms of reference).
- I samarbejde med sundhedsministeriet at forberede og deltage i midtvejsundersøgelser (mid-term reviews) af aktiviteter, finansieret med øremærkede midler.
- I samråd med sundhedsministeriet at anvise penge til institutioner/forskere.
- Helt generelt at rapportere og indsende en række nærmere angivne rapporter og regnskabsoversigter til ambassaden.

DHO, med et samlet 5-års budget på 12,1 mio. kr., består af 1 dansk chefrådgiver, 2 ghanesiske rådgivere (programme officers), 1 financial controller, 2 regnskabsmedarbejdere, 1 sekretær og 3 chauffører. Personalesammensætningen dækker de relevante fagområder under programmet, herunder offentlig sundhed, administration og financial management.

Enheden har kontor tæt ved sundhedsministeriet. Dens funktioner og ansvarsområde er i høj grad aflastende for den danske ambassade, der langt fra ville have kapacitet til at udføre DHO's opgaver.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen finder, at Danida Health Office (DHO) er et nødvendigt led i sektorprogrammet, idet den danske ambassade langt fra selv ville have kapacitet til at rådgive og føre tilsyn med sundhedssektoren.

B. Budget Management Centres (BMC'er) og ny kontoplan

79. Et af hovedelementerne i sundhedssektorprogrammet var en decentralisering og en målrammestyring af udgifterne til sundhedsvæsenet.

Der var i programmet lagt vægt på at decentralisere planlægnings-, budget- og regnskabssystemerne fra det centrale og regionale niveau. I den forbindelse indledte sundhedsministeriet en proces – bistået af en dansk finansieret konsulent – med at uddelegere administrationen til såkaldte BMC'er, som er enheder, der centralt, på regions- eller distriktsniveau, på hospitaler, undervisningsinstitutioner og sundhedscentre, selv fastlægger planer for målopfyldelsen inden for centralt udstukne budgetrammer og retningslinjer.

Hensigten med at introducere denne målrammestyring var at sikre kvalitet og harmonisering i sundhedsydelse samt at fremme fleksibilitet, tilpasning til lokale forhold, lokalt ejerskab og ansvarlighed. I praksis indebærer det, at en BMC, for at kunne modtage stats- og donormidler og disponere over disse samt egne indtægter, skal opfylde en række betingelser med hensyn til planlægning, budgettering og regnskabsaflæggelse for de aktiviteter, der forventes gennemført i året for de allokerede midler. På dette grundlag tegnes der en kontrakt herom med en BMC, der administrativt ligger et niveau højere oppe end den selv.

Den enkelte institutions godkendelse som BMC foretages af sundhedsministeriets Financial Controller, der som anført er ansat i finansministeriet.

Ved udgangen af 1999 var 311 BMC'er blevet godkendt. De BMC'er, som endnu ikke har opnået en godkendelse, må selv forvalte visse midler, mens budget- og regnskabsaflæggelsen mv. skal forestås af det overliggende administrative niveau, fx af det pågældende distrikts sundhedsadministration. Med tiden vil der være ca. 1.200 BMC'er i landet, hvoraf langt den overvejende del vil være at finde på distriktsniveau.

80. I 1997 blev 26 % af driftsudgifterne i sundhedssektoren afholdt på distriktsniveau. I 1999 var andelen øget til 41 %, hvormed forventningerne i POW 1997 var indfriet.

81. Ovennævnte dansk finansierede konsulent, der rådgiver sundhedsministeriet i spørgsmål knyttet til BMC'erne, har i 1998 og 1999 varetaget gennemførelsen af en række kurser for regnskabspersonale ved BMC'er.

Konsulentens bistand har også omfattet udformningen af et kontosystem for sundhedssektorens budget- og regnskab, der viser indtægtskilderne til sektoren, herunder do-

norernes bidrag, og anvendelsen heraf. Den nye regnskabsopstilling blev taget i anvendelse fra og med regnskabsåret 1998. Rigsrevisionen har ikke haft bemærkninger hertil.

Rigsrevisionens bemærkninger

Decentraliseringen i sundhedssektoren gennem godkendelse og opgradering af kvalificerede administrationer på distriktsniveau til Budget Management Centre (BMC'er) er efter Rigsrevisionens vurdering hensigtsmæssig.

C. Den fælles donorkonto (Health Account)

82. Donorernes indbetalinger – kvartalsvis forud i USD – indgår på en fælles donorkonto (Health Account). Denne konto administreres på øverste niveau i Bank of Ghana. 2 højtstående embedsmænd i forening, henholdsvis fra sundhedsministeriet og finansministeriet (Controller and Accounting General) disponerer over kontoen. Dispositionen består i at godkende overførslen og omvekslingen af USD til Cedis til brug for den kvartalsvis forestående finansiering af udgifterne i sundhedssektoren. Cedis-beløbet overføres til en samlekonto i sundhedsministeriet. Dispositioner over samlekontoen, dvs. videreførelse af midler til BMC'er, foretages af 2 højtstående embedsmænd fra sundhedssektoren, hvoraf den ene skal være fra ministeriets Controller Division. Fordelingen af midler til BMC'er sker på grundlag af årlige budgetter og planer for disse, der er aftalt med donorerne. Kontoens identitet forsvinder ikke ved denne operation, idet en underkonto (sub health account) i Cedis findes i hver BMC's kontoplan.

Transaktioner i BMC'er, der indebærer betalinger, godkendes af institutionens leder. Såvel regnskabsbilag som checks underskrives af regnskabsføreren og en person på ledelsesniveau i forening.

83. Overførslen af midler til Health Account sker ved, at ambassaden anviser det danske bidrag for året i kvartalsvise rater til DHO, der herefter i konsultation med ambassaden foretager en hel eller delvis overførsel til Health Account. Effektueringen af overførslen beror bl.a. på, at sundhedsministeriet afgiver kvartalsvise redegørelser over anvendelsen af midlerne i den forgangne periode samt behovet herfor i det kommende kvartal.

84. Det fremgik af revisionsrapporten for 1998, udarbejdet af Auditor General i samarbejde med et privat revisionsfirma, at revisionen havde omfattet en afstemning af ovennævnte USD og Cedis-kontiene under Health Account.

D. Indkøb af udstyr og varer (procurement)

85. Fra donorernes side blev der lagt vægt på at få løst problemerne knyttet til procurement, jf. Memorandum of Understanding fra april 1998. Rigsrevisionens undersøgelse viste, at sundhedsministeriet i september 1999 havde udgivet en omfattende manual, Procurement Procedure Manual. Udgivelsen, der var et led i et projekt til styrkelse af ministeriets kapacitet på indkøbsområdet, hvilede på rådføring hos en bred kreds af personer i sundhedsministeriet, hvortil kom seminarer og testning af manualens anvendelighed. Projektet blev gennemført med hollandsk finansieret konsulentbistand. Det fremgår af manualen, at den bygger på Verdensbankens procedurer, der accepteres af de fleste donorer.

Ifølge manualen skulle en nylig oprettet indkøbsenhed (Procurement Unit, PU), der – ligesom det centrale medicinlager, CMS – var underlagt en omorganiseret afdeling for forsyning, lagre og medicinbehandling (Supplies, Stores and Drugs Management Division) varetage den overordnede tilrettelæggelse og styring af indkøbene. Det ledende princip, der kommer til udtryk i manualen, er, at indkøbene skal foretages så økonomisk som muligt og navnlig ved anvendelse af nærmere beskrevne former for indhentelse af tilbud. PU skal sørge for at foretage indkøbene på nationalt plan, mens BMC'erne har ansvaret for indkøb på regionalt og distriktsniveau. Særlige indkøbskomitéer skal overvåge planlægningen og gennemførelsen af indkøb. CMS skal altid have lejlighed til at byde på levering af forsyninger. Beslutninger om at foretage indkøb direkte i den private sektor skal altid dokumenteres.

86. Indkøbsfunktionerne har sammenhæng med de administrative og farmaceutiske problemer, der er knyttet til valg af medicin, dets opbevaring samt anvendelse. Rigsrevisionens undersøgelse viste, at der også på dette område var iværksat et program, finansieret af Holland. Projektet havde bl.a. resulteret i en større rapport fra september 1999 om disse emner, Rational Use, Procurement and Fi-

nancing of Drugs. Rapporten skal danne grundlag for gennemførelse af en lang række forbedringer i sektoren.

Den eksterne revision for sundhedssektoren, dvs. Auditor General/et privat revisionsfirma, og Rigsrevisionen har haft bemærkninger vedrørende regnskabsaflæggelsen og andre forhold på det her omhandlede område, jf. kap. X.

Rigsrevisionens bemærkninger

Der er på indkøbsområdet og i den farmaceutiske afdeling under den offentlige sundhedssektor igangsat projekter med det formål at forbedre administrationen på disse områder. Nogle bemærkninger i den eksterne revisions rapport om sundhedssektorens regnskab for 1998 og fra Rigsrevisionens side vedrørende disse områder illustrerer projekternes nødvendighed.

E. Samarbejdet med de andre donorer til sektorprogrammet

87. Allerede ved udformningen af sektorprogrammet var der etableret et samarbejde mellem en række af de donorer, der senere blev omfattet af Memorandum of Understanding af 30. april 1998.

Rigsrevisionens interview af medarbejdere ved Verdensbankens, EU's, Hollands og Storbritanniens repræsentationer i Ghana efterlod indtryk af, at der var et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem donorerne.

Uden for rammerne af den fælles samarbejdsoverenskomst afholder donorerne og sundhedsministeriet et månedligt møde, hvor der informeres om forhold inden for sundhedssektoren, og hvor aktuelle emner drøftes. Rigsrevisionen deltog i et sådant møde som observatør. Emnet var anvendelse af traditionelle behandlingsmetoder inden for sundhedssektoren efter kinesisk forbillede.

Ifølge flere udsagn kunne donorerne normalt afstemme deres holdninger, krav og indsatser i forhold til sundhedsministeriet og regeringen, hvilket var en fordel for alle parter, også de ghanesiske myndigheder.

88. I tilknytning til ovenstående finder Rigsrevisionen anledning til at fremdrage nedenstående sag, idet denne knytter sig til risikovurderingen i Akt 80 9/12 1998, "at regeringen ikke følger de vedtagne procedurer for byggeprojekter".

Ifølge Auditor General og den private revisors revisionsrapport for 1998 skulle donorerne i henhold til POW 1997 indbetale i alt 13,7 mio. USD til Health Account.

Det fremgik, at Danmark ikke havde betalt sin andel på 3 mio. USD – et bidrag, der hidrørte fra en bevilling på 25,2 mio. kr., som med Finansudvalgets tiltrædelse ved Akt 20/11 1996 blev ydet i budgetstøtte til sundhedsministeriet.

Holland havde heller ikke indbetalt sit bidrag på 0,5 mio. USD, og Verdensbanken samt Storbritannien havde kun indbetalt ca. halvdelen af deres bidrag på henholdsvis 7 mio. USD og 3,2 mio. USD.

Verdensbankens manglende indbetaling af det aftalte skyldtes, at bankens interne procedurer afstedkom visse forsinkelser i udbetalingerne.

Hvad angår Danmark, Storbritannien og Holland, var der tale om en bevidst tilbageholdelse af bidrag på baggrund af forhold, knyttet til sundhedsministeriets beslutninger om at udføre en række omfattende udbedringer – rehabiliteringer – af distriktshospitalet i Koforidua og regionalhospitalet i Tamale, bl.a. med det formål, at de skulle opgraderes til henholdsvis regionalhospital og et moderne undervisningshospital.

Af redegørelser, bl.a. fra EU-delegationen, som Rigsrevisionen har modtaget fra Udenrigsministeriet, fremgik det, at sundhedsministeriet i juni 1996 over for donorerne havde foreslået et 6-års anlægs- og byggeprogram i sundhedssektoren på 230 mio. USD. I oktober samme år forlød det, at Ghanas regering havde planer om et program på i alt 450 mio. USD.

Donorerne fandt, at denne investeringspolitik ikke var forenelig med den samlede strategi for sundhedssektoren, og holdt en række møder med sundhedsministeriet for at få skabt klarhed over situationen, bl.a. på baggrund af, at en ekstern evaluering fra januar 1997 havde vist, at 6-års programmets gennemførelse ville beløbe sig til 509 mio. USD. Rapporten viste også, at der for en række allerede gennemførte arbejder havde været tale om tvivlsomme kontrakter, udformet ved direkte aftaler og finansieret med kommercielle lån. Omkostningerne ved entrepriserne blev bedømt til at være 2-3 gange højere, end hvis de havde været udbudt i licitation.

Der blev herefter mellem Ghanas regering og donorerne i september 1997 indgået aftale om indholdet af et sam-

let bygge- og anlægsprogram for sundhedssektoren på 298,3 mio. USD. De finansielle rammer for programmet skulle overholdes, og sundhedsministeriet skulle underrette donorerne om, hvilke projekter der påtænkes gennemført. Der skulle indhentes tilbud på udførelsen af sådanne projekter i henhold til nogle nærmere aftalte procedurer.

Donorerne blev imidlertid først efterfølgende gjort bekendt med, at sundhedsministeriet året forinden – i september 1996 – havde underskrevet en aftale med et spansk firma om at rehabilitere distriktshospitalet i Koforidua. Den samlede udgift i henhold til kontrakten var på 35 mio. USD, der skulle finansieres med et kommercielt spansk lån, til trods for at sundhedsministeriet og donorerne var blevet enige om, at der kun skulle anvendes 12 mio. USD til renoveringen. Der var ikke indhentet tilbud på arbejdet.

En række møder og forhandlinger om sagen mellem det ghanesiske sundhedsministerium, donorerne og det spanske firma førte til, at repræsentationscheferne for Storbritannien, Holland, Danmark, EU og Verdensbanken i februar 1999 overrakte den ghanesiske finansminister en note. Det blev heri gjort klart, at det ville få konsekvenser for bistanden, hvis omkostningerne til renoveringen af hospitalet ikke kunne holdes inden for de fastsatte 12 mio. USD. Dette er senere effektueret, bl.a. med teknisk bistand af en dansk konsulent.

Hvad angik regionalhospitalet i Tamale, var forholdet det, at sundhedsministeriet havde informeret donorerne om planerne for dettes rehabilitering, herunder at tilbud på entrepriserne ville blive indhentet. Udgifterne ville ifølge ministeriets og dettes tekniske konsulents foreløbige beregninger, foretaget i januar 1996, andrage 22,4 mio. USD.

Der blev fra dansk side ydet teknisk assistance til at vurdere projektet. Rapporten herom fra februar 1999 viste, at de samlede udgifter til projektet ville andrage 80-100 mio. USD. Sundhedsministeriet har søgt en række donorer om støtte til projektet, der foreløbig ikke er igangsat.

Udenrigsministeriet fandt, at problemerne først havde fundet en acceptabel løsning i februar 1999. Derfor blev det danske bidrag på 1 mio. USD for første kvartal 1999 ikke overført til Health Account, men til specifik støtte af distrikterne.

Der blev i henhold til sundhedsministeriets regnskab for 1999 overført danske bidrag på i alt 4.833.966 USD til

Health Account. Dette svarer til 34,5 mio. kr., der er bogført i Udenrigsministeriets regnskab.

89. Udenrigsministeriet har over for Rigsrevisionen givet udtryk for, at forløbet af de 2 sager viste værdien i, at donorerne stod sammen i dialogen med sundhedsministeriet, og at manglende overholdelse af indgåede aftaler kan have konsekvenser for sundhedssektoren.

90. Ifølge sundhedssektorens årsregnskab for 1999 er der indgået generelle bidrag i USD til Health Account fra de fleste af donorer, der er omfattet af overenskomsten herom, dvs. Danmark (ca. 4,8 mio.), Storbritannien (ca. 3,2 mio.) EU (ca.1,9 mio.), Nordic Development Fund (ca. 0,7 mio.), Holland (ca.1,4 mio.) og Verdensbanken (ca. 6,0 mio.), i alt ca. 18,0 mio. USD.

Der er ikke indgået bidrag fra UNICEF og WHO. Det skyldes ifølge en redegørelse fra november 2000, afgivet af UNICEF, at denne organisation først og fremmest skal bidrage til fremme af børns sundhed og behandling, hvilket ikke ville kunne sikres gennem ydelse af bidrag til Health Account. Ifølge Udenrigsministeriet havde WHO – på samme måde som UNICEF – af hensyn til prioriteringen af sine mål og medlemslandenes krav på specifik regnskabsaflæggelse samt rapportering om aktiviteterne ligeledes måttet afstå fra at yde bidrag til kontoen. Begge organisationer havde en positiv bedømmelse af sektorprogramstøtten, hvilket var kommet til udtryk ved, at de, inden konsekvenserne fuldt ud var undersøgt, havde givet tilsagn om at yde bidrag til Health Account.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen vurderer, at der blev etableret et struktureret samarbejde mellem donorerne, som har bidraget til at fremme sektorprogrammets tilrettelæggelse og gennemførelse.

Det ghanesiske sundhedsministeriums behandling af 2 projekter til rehabilitering af hospitaler var ikke i overensstemmelse med indgåede aftaler. Rigsrevisionen finder, at Udenrigsministeriet gjorde ret i at tilbageholde det aftalte danske bidrag til Health Account for sammen med andre donorer at udvirke en løsning på projektproblemerne og sikre overholdelsen af indgåede overenskomster. Den risiko, der er nævnt i Akt 80 9/12 1998, at sundhedsministeriet ikke overholder vedtagne procedurer for byggeprojekter, vi-

ste sig at være reel, men de uheldige følger heraf blev dog væsentligt begrænset.

IX. Øremærkede danske bidrag

91. Det fremgår af Akt 80 9/12 1998, at der af bevillingen på de i alt 225 mio. kr. til sundhedssektoren ydes særlig støtte – i alt 76,4 mio. kr. – i form af såkaldt øremærkede bidrag. Heraf vedrørte 57,4 mio. kr. egentlige projektaktiviteter. Det drejer sig om bidrag til følgende komponenter – indsatsområder:

- Kapacitetsopbygning i Upper West-regionen (14,8 mio. kr.).
- Opbygning af en ny afdeling i sundhedsministeriet (Estate Management Unit, EMU) med henblik på at udvikle ministeriets evne – kapacitet – til at administrere nybyggeri og vedligeholdelse (6,4 mio. kr.).
- Støtte til aktiviteter, der fremmer adgangen til sundhedsydelser for fattige, herunder oplysning, opbygning af lokale sygekasser, kreditordninger samt udvikling af nye ordninger for betalingsfritagelse (10,0 mio. kr.).
- Støtte til styrkelse af kapaciteten, herunder den finansielle styring, på distriktsniveau (16,2 mio. kr.).
- Støtte til forbedret samarbejde med og regulering af den private sektor (10,0 mio. kr.).

Gennem finansiering af sådanne øremærkede komponenter vil et donorland kunne påvirke udviklingen i sektoren i en set fra donorlandes side bestemt ønsket retning.

92. Opgaverne med at planlægge, administrere og monitorere de dansk finansierede øremærkede projekter ligger hos DHO.

Grundlaget for udvælgelsen af de nævnte øremærkede komponenter er mere generelt strategien i MTHS og POW 1997 og resultatet af de behovsvurderinger, der blev foretaget under den før nævnte dansk/ghanesiske appraisal af programmet. DHO's årsrapporter viser, at udformningen af årlige detailplaner vedrørende de enkelte komponenter er foretaget af DHO og sundhedsministeriet i fællesskab, baseret på Udenrigsministeriets prioriteringer.

Det fremgår af DHO's årsrapporter, at de pågældende komponenter hver i sær omfatter en lang række specifikke projekter – aktiviteter – navnlig undervisning i bred forstand.

I henhold til aftale mellem donorerne og ministeriet skal de øremærkede midler indsættes på en fælles konto (Aid Pool Account) i ministeriets hovedkvarter. Herfra dirigeres midlerne til en bankkonto for øremærkede midler, oprettet i vedkommende regionale sundhedsadministration – og videre til den BMC – eventuelt flere BMC'er – der har ansvaret for den øremærkede aktivitet.

DHO registrerer for hver komponent de øremærkede bidrag i sit regnskab samt udgifter, som DHO selv har afholdt til køb af udstyr, der direkte leveres til vedkommende øremærkede aktivitet. Det drejer sig fx om levering af køretøjer og computere. DHO registrer således i sit bogholderi samtlige udgifter til komponenten.

BMC'en registrerer alene anvendelsen af det overførte øremærkede bidrag. Registreringen foretages på en artsopdelt konto for den øremærkede komponent i ministeriets almindelige regnskab.

Der findes således hverken i DHO eller i ministeriets BMC et regnskab, der mere detaljeret viser samtlige udgifters fordeling på arter eller aktiviteter.

Der foretages ingen særskilt ekstern revision vedrørende BMC'ens konto for dansk finansierede øremærkede aktiviteter.

93. Den ansvarlige i sundhedsministeriets organisation for gennemførelsen af et projekt under en komponent skal indsende summariske kvartalsindberetninger om projektforløbet samt en årlig mere udførlig fremskridtsrapport til DHO.

Rigsrevisionen rekvirerede fremskridtsrapporterne vedrørende dels et projekt til forbedring af ressourceudnyttelsen i sundhedsarbejdet, District Health Systems Operations, dels et projekt til udbygning af sygeforsikrings-systemer på lokalt niveau. I begge projekter er uddannelse og efteruddannelse i nye metoder og tankegange et afgørende element. I de ret omfattende rapporter redegøres der for forløbet af afholdte workshops og andre aktiviteter med dertil knyttede anbefalinger vedrørende aktiviteterernes videre tilrettelæggelse. I begge projekter deltog repræsentan-

ter for DHO. Rapporterne giver ikke Rigsrevisionen anledning til bemærkninger.

94. På basis af rapporter som ovennævnte samt andre informationer har DHO i sin årsrapport for 1999 redegjort for udviklingen i de øremærkede komponenter.

I de oprindelige planer var det forudsat, at der af de i alt 57,4 mio. kr. ville blive anvendt 18,4 mio. kr. i 1999. Budgettet blev i løbet af 1999 reduceret til 10,3 mio. kr. Der blev anvendt i alt 10,9 mio. kr., eller knap 60 %, af det oprindelig planlagte.

Det relativt lave forbrug skyldtes i nogle tilfælde, at der manglede de rette projektledere til at forberede og gennemføre aktiviteterne.

Komponenten til støtte af samarbejdet med den private sektor fremviste et lignende lavt forbrug. Det fremgik, at de 2 afdelinger i sundhedsministeriet, der havde ansvaret for projektet, ikke kunne samarbejde på grund af personkonflikter, og at aktiviteterne yderligere led under, at den private sektor ikke ville engagere den nødvendige tekniske assistance til at forbedre kapaciteten.

Komponenternes kapacitetsopbygning i Upper West, EMU og styrkelse af kapaciteten på distriktsniveau, herunder opbygningen af BMC'ere, var ifølge DHO's rapport forløbet relativt tilfredsstillende.

95. Hvad angår komponenten til fremme af adgangen til sundhedsydelse for fattige, herunder oplysning, opbygning af lokale sygekasser, kreditordninger samt udvikling af nye ordninger for betalingsfritagelse (10,0 mio. kr.), kan følgende oplyses:

Baggrunden for komponenten var den, at patienterne som hovedregel skulle betale gebyrer for behandling i den offentlige sundhedssektor.

Det fremgik af MTHS og POW 1997, at regeringen i 1985 af økonomiske grunde afskaffede den hidtidige gratis adgang til sundhedsydelserne. Det hed videre, at regeringen havde til hensigt at fremme målene i sundhedssektoren gennem øget brugerbetaling, og at man ville søge at etablere et forsikringssystem, der var baseret på folks egne bidrag. På den anden side fremgik det af den dansk/ghanesiske appraisal report fra november 1998, at de, der søgte behandling mod TB og spedalskhed samt psykisk syge, ik-

ke skulle betale. Egentlig sygebehandling i tilknytning til fødsler var også gratis. De meget fattige var ligeledes undtaget, men i praksis anvendtes gebyrfritagelsen sjældent til fordel for denne gruppe.

I Verdensbankens rapport fra september 1997 anføres det, at anvendelsen af brugerbetaling har været et følsomt emne i Ghana. Efter dens indførelse i 1985 faldt brugen af sundhedsfaciliteterne markant. Det tog næsten 10 år, før udnyttelsen af faciliteterne nåede samme niveau som tidligere.

Verdensbanken oplyste videre, at brugerbetalingssystemet i de sidste 5 år har bidraget til en øget forsyning af medicin i sektoren, men at gebyrerne skabte ulighed, og at de fattige ofte ikke søgte behandling, eller at dette skete for sent.

Udenrigsministeriet besluttede at finansiere den omhandlede komponent – for navnlig at skabe overensstemmelse mellem det overordnede princip for dansk udviklingsbistand – fattigdomsorienteringen – og sundhedssektorprogrammet. En række dokumenter viser, at Udenrigsministeriet ved mange lejligheder har rejst problemerne omkring brugerbetalingen over for de ghanesiske sundhedsmyndigheder.

Det fremgik af DHO's rapport for 1999, at der til den omhandlede komponent kun var anvendt 1,2 mio. kr. af 5-års budgettet på 10 mio. kr. Uoverensstemmelser mellem ministeriets og regionernes holdning i denne sag var hovedårsagen til, at dette projekt ikke kom rigtigt i gang.

Rigsrevisionens besøg og interview ved hospitaler og sundhedscentre i maj 2000 viste, at brugerbetalingen varierede en del, og at der ikke var faste retningslinjer herfor. Niveaut for en konsultation hos en læge eller lederen af et sundhedscenter varierede fra 500 Cedis (ca. 1 kr.) til 1.500 Cedis (ca. 3 kr.). Prisen for en operation blev (ved Keta distriktshospital) oplyst at være 4.000 Cedis (ca. 8 kr.). Gebyrerne forekommer ikke umiddelbart høje, men Rigsrevisionen fik under interview oplyst, at de fattige på grund af brugerbetalingen ofte slet ikke søgte behandling, eller at dette skete for sent. Det var eksempelvis almindeligt, at bønderne i løbet af foråret og sommeren ikke havde råd til at søge behandling og måtte vente herpå til september, hvor høsten var i hus og kunne sælges. Gebyrerne indebar også, at patienterne i mange tilfælde ikke havde råd til at blive liggende på hospitalet og blev udskrevet for tidligt.

De særligt syge blev efter det oplyste altid undersøgt, og eventuelt behandlet, uanset om de kunne betale, hvorefter sundhedsadministrationerne, hospitaler og sundhedscentre – i meget forskelligt omfang – søgte at inddrive det skyldige gebyr.

Ifølge en rapport, udarbejdet af Udenrigsministeriet, om et halvårligt møde mellem donorerne og Ghanas regering, der fandt sted i oktober 2000, havde sundhedsministeriet nu sat fokus på at få indført betalingsfritagelse og sygesikring for de fattige.

96. Sammenfattende viste Rigsrevisionens undersøgelse, at øremærkningen af dansk finansierede aktiviteter i sektorprogrammet indebærer, at den udførende enhed under sundhedsministeriet rapporterer om aktiviteternes gennemførelse, men at de regnskabs- og revisionsmæssigt behandles som almindelige aktiviteter i sundhedssektoren. Udenrigsministeriet varetager således ikke projektstyringen, og der udarbejdes ikke et egentligt revideret projektregnskab.

Undersøgelsen viste i øvrigt, at de øvrige donorer til programmet har fået tilrettelagt administration, regnskabsaflæggelse og revision vedrørende de øremærkede aktiviteter på forskellige måder. Generelt har donorerne i betydelig mindre grad end Danmark integreret aktiviteterne i Ghanas eget system.

Rigsrevisionen har på baggrund af sin vurdering af den revisionsordning, der er etableret i sundhedssektoren, jf. det følgende, samt den særlige rapportering gældende for de øremærkede aktiviteter ikke bemærkninger til den ordning, som Udenrigsministeriet har etableret på området.

Rigsrevisionens bemærkninger

Øremærkningen af dansk finansierede aktiviteter i sektorprogrammet indebærer, at den udførende enhed under sundhedsministeriet rapporterer om aktiviteternes gennemførelse, men at de regnskabs- og revisionsmæssigt behandles som almindelige aktiviteter i sundhedssektoren. Udenrigsministeriet varetager således ikke projektstyringen, og der udarbejdes ikke et egentligt revideret projektregnskab.

Rigsrevisionen har ikke bemærkninger til denne ordning, men da den i høj grad er baseret på sundhedssektorens eget regnskabssystem, bør Udenrigsministeriet i særlig grad være opmærksom på om dette fungerer tilfredsstillende.

Undersøgelsen viste, at Udenrigsministeriet er opmærksom på, at problemerne omkring brugerbetaling løses, så de fattiges muligheder for at benytte den offentlige sundhedssektor forbedres.

X. Regnskab, intern kontrol og intern revision

97. De overordnede regnskabsfunktioner i sundhedssektoren varetages af personale i Finance Division. Personalet er ansat i finansministeriet (Controller and Accounting General's Department), der fuldt ud bestemmer dets ansættelsesvilkår. Divisionen ledes af Financial Controller og har et samlet personale på ca. 800 regnskabsmedarbejdere. Divisionen varetager førelsen af selve ministeriets hovedregnskab, herunder hovedkassen (treasury) samt overordnede afstemningsopgaver. På centralt hold foretages der herudover en gennemgang og analyse af rapporteringen fra regionerne. Langt størstedelen af medarbejderne er indsat i regionernes og distriktsadministrationernes regnskabsorganisation, hvor de udfører en art forrevision, idet de forud skal tiltræde, at der foreligger et godkendt budget og de fornødne attestationer mv. som grundlag for afholdelse af udgifter. Endelig har divisionen, ud over at varetage planlægnings-, rådgivnings- og undervisningsopgaver for regionerne, en monitoreringsenhed – intern kontrol – der påser, om procedurer og bestemmelser på budget- og regnskabsområdet overholdes.

Regnskaberne i sektoren føres på distriktsniveau manuelt. På regionalt niveau anvendes i en vis udstrækning pc'er, navnlig til opsamling af regnskabsdata fra distrikterne. I ministeriet anvendes pc'er i mange budget- og regnskabssammenhænge.

98. Et stort personale ansat under sundhedsministeriet varetog – og varetager – de øvrige regnskabsfunktioner i sektoren, på sundhedscentre og klinikker ofte kombineret med sundheds- og behandlingsmæssige opgaver.

99. Den væsentlige nydannelse på området er oprettelsen af en egentlig intern revision (Internal Audit Division, (IAD)) under sundhedsministeriet. Der er i juli 1998 udgivet en omfattende manual for IAD (Policies and Procedures Manual).

Ifølge manualen skal IAD udføre revision og evalueringer af aktiviteterne i sundhedssektoren. Den skal sikre, at

de interne kontrolsystemer, der anvendes på såvel de finansielle som programmæssige områder, skaber rimelig sikkerhed for, at

- der kan fæstes lid til de informationer, der afgives af administrationen,
- aktiviteterne udføres i overensstemmelse med love, strategier, retningslinjer og fastlagte procedurer,
- ressourcerne sikres på betryggende måde, anvendes med omtanke og til formålet,
- de anvendes med hensyntagen til økonomi og effektivitet,
- programresultaterne stemmer overens med opstillede mål.

IAD er på grundlag af en lov for sundhedssektoren fra 1996 og manualen sikret uafhængighed i funktionerne bl.a. ved alene at skulle være underlagt direktøren for sundhedsstyrelsen og en nyetableret revisionskommission. Det er forudsat, at der skal etableres et tæt samarbejde med Auditor General.

IAD er medlem af The Institute of Internal Auditors, der med hovedsæde i Florida, USA, er den ledende organisation til fremme af standarder inden for intern revision.

Etableringen af IAD påbegyndtes i juli 1999.

Rigsrevisionen fik under sit besøg i Ghana oplyst, at en enhed under Financial Controller på ca. 30 revisionsmedarbejdere, der påser, hvorledes regnskabsarbejdet i regioner og distrikter udføres, og som også har rådgivende funktioner, skal indgå i den interne revision.

Rigsrevisionen bad i juni 2000 Udenrigsministeriet om at fremsende IAD's senest afgivne revisionsrapport. Sundhedsstyrelsen svarede på Udenrigsministeriets henvendelse, at rapporterne fra IAD skal betragtes som interne dokumenter, der ikke er beregnet til offentliggørelse. Svaret åbnede dog mulighed for, at rapportens indhold ville kunne deles med Udenrigsministeriet "when formal audit is done internally".

Rigsrevisionen finder det tvivlsomt, om sundhedsstyrelsens – måske blot foreløbige – afvisning af at udlevere rapporten til Udenrigsministeriet/Rigsrevisionen er tilstrækkeligt begrundet i, at revisionsrapporten er et internt dokument, idet Rigsrevisionen i henhold til Ghanas og Dan-

marks overenskomst fra 9. december 1998 kan gennemføre enhver revision (carry out any audit) og foretage fuld revision (complete audit). Manualen for IAD angiver, at udlevering af rapporten ud over til en række ledere i sundhedssektoren "is to be reviewed with the IAD Deputy Director and reflected in the Audit Programme."

Rigsrevisionen finder det meget uklart, hvad der ligger i sundhedsstyrelsens ovenfor citerede udsagn og den sidst citerede sætning fra manualen. Da de interne revisionsrapporter efter alt at dømme vil indeholde mange nyttige oplysninger om administrationen af sektorprogrammet, bør Udenrigsministeriet lægge vægt på at få adgang til rapporter. Udenrigsministeriet er enig heri og vil rejse spørgsmålet over for de ghanesiske sundhedsmyndigheder. Hvis ministeriets ønske ikke umiddelbart kan imødekommes, vil spørgsmålet ifølge Udenrigsministeriet blive rejst over for de ghanesiske myndigheder ved årsforhandlingerne i april 2001.

Rigsrevisionens bemærkninger

Der er i 1999 etableret en intern revision i sundhedssektoren. Det er uafklaret, om sundhedsministeriet vil give Udenrigsministeriet og Rigsrevisionen adgang til de interne revisionsrapporter.

Rigsrevisionen finder, at der fra dansk side bør lægges vægt på at få adgang til rapporter. Udenrigsministeriet har erklæret sig enig heri og vil rejse spørgsmålet over for de ghanesiske sundhedsmyndigheder.

XI. Ekstern revision

100. I henhold til projektdokumenterne, herunder Memorandum of Understanding fra april 1998, skulle der indgås en aftale mellem et autoriseret revisionsfirma og Auditor General om i fællesskab at revidere regnskaberne for alle midler, som tilgår sundhedssektoren. Revisionen skal udføres i overensstemmelse med internationale revisionsstandarder og INTOSAI's (International Organisation of Supreme Audit Institutions) regler herfor. Revisionen skal, ud over at sikre, at regnskabet er rigtigt og korrekt aflagt, tilse, at indgåede aftaler mellem donorerne og Ghanas regering om ydelse af bidrag/tilskud mv. overholdes.

101. Valget af vedkommende private revisor er for et regnskabsår ad gangen truffet på grundlag af indhentede tilbud. Udbudsmaterialet har indeholdt de nærmere vilkår for eventuel opnåelse af kontrakt på opgaven, herunder en udførlig arbejdsbeskrivelse (terms of reference). Hvad angår revisionen af regnskabet for 1997, blev et autoriseret ghanesisk revisionsfirma, Asamoa Bonsu & Co, valgt til sammen med Auditor General at udføre revisionen.

Hvor revisionen tidligere navnlig havde ført til omtale af enkeltsager, skulle den nu i henhold til terms of reference mest rettes mod at undersøge og berette om de anvendte systemer og forretningsgange med dertil knyttede anbefalinger. Herunder hørte også en gennemgang af de økonomiske transaktioner vedrørende midler, som stilles til rådighed under sundhedsprogrammet samt BMC'ernes regnskabsbøger og journaler mv.

102. Revisionsrapporten for 1997 viste efter Rigsrevisionens vurdering, at der på næsten alle regnskabsområder og i alle procedurer var væsentlige svagheder. Rapporten indeholdt omkring 75 specifikke anbefalinger, der var sammenfattet i 10 generelle anbefalinger. Revisionen konkluderede dog, at man havde observeret en vis forbedring i den finansielle administration sammenholdt med forholdene i 1996.

103. Rigsrevisionen har ikke fundet grund til nærmere at redegøre for rapportens indhold, idet 1997 var igangsættelsesåret for sektorprogrammet, således at regnskabet endnu ikke havde kunnet præges af nye retningslinjer eller den ændrede form for ekstern revision. Et samlet regnskab for sektoren – financial statement – tilpasset programmet forelå endnu kun i udkast. Det fremgik også, at nogle nye retningslinjer for den regnskabsmæssige administration, Accounting, Treasury, and Financial Reporting Rules and Instructions (ATF Rules), var udkommet i januar 1998. Deres anvendelse ville efter revisionens vurdering bidrage til at afhjælpe svaghederne.

Rigsrevisionen har på denne baggrund valgt at koncentrere omtalen af de revisionsmæssige forhold på grundlag af revisionsrapporten for 1998.

104. Revisionsopgaven vedrørende regnskabet for 1998 blev i januar 1999 sendt i udbud til 5 udvalgte revisionsfirmaer (3 internationalt og 2 nationalt anerkendte).

På baggrund af de indkomne tilbud blev revisionsfirmaet Asamoah Bonsu & Co. genvalgt af sundhedsministeriet som medrevisor for Auditor General.

Det reviderede årsregnskab for 1998 blev underskrevet af revisionsfirmaet og Auditor General den 10. december 1999 sammen med et revisionsprotokollat (Management Letter on Financial Statements).

105. Der blev i 1999 aflagt revisionsbesøg ved i alt 102 BMC'er, hvilket svarede til en revisionsdækning på 45 % af det samlede antal på 223 og beløbsmæssigt svarende til 78 % af de forbrugte midler i sundhedssektoren.

Rigsrevisionen fik under besøg hos Auditor General og det private revisionsfirma oplyst, at der i gennemsnit var anvendt 8-10 persondage på revisionen af en BMC, og at besøgene delvist var anmeldt i den forstand, at der på forhånd udsendtes besked om, at der i en nærmere angivet periode ville blive aflagt et revisionsbesøg. Auditor General's revision lettedes ved, at institutionen har kontorer rundt om i landet, men var dog stærkt hæmmet af mangel på transportmidler. Det private firma havde en filial i byen Kumasi, ca. 200 km inde i landet. Revisionsbesøgene blev normalt udført i fællesskab. Man anvendte dog også den metode, at Auditor General på grundlag af foreløbige revisionsbesøg bad den private revisor om at gennemgå nogle nærmere angivne BMC'er.

106. Som eksempler blandt de mange forhold vedrørende regnskabsåret for 1998, der blev observeret af revisionen, kan følgende nævnes:

- Revisionen fik, trods ihærdige forsøg herpå, ikke tilsendt bekræftelse på kontoindeståender fra Bank of Ghana og nogle andre benyttede banker, hvorfor der ikke kunne foretages brugbare afstemninger.
- Der førtes ikke registre over indkøbt udstyr, der muliggjorde en kontrol af, om dette var til stede.
- For så vidt angik kontrollen med medicin var det ikke muligt at få bekræftet, om der var afregnet for al udle-

vering af medicin fra apoteker (dispensaries), eller om betaling var modtaget ved kontantsalg eller på kredit.

- Salget af medicin blev kun registreret i mængder på lageroptællingskort, hvorimod værdien af medicinen ikke blev registreret.
- Der var ingen registrering af gaver til sundhedssektoren, ydet i form af medicin, penge og udstyr mv.
- Kontrolsystemet omkring forbrug af benzin – baseret på anvendelse af kuponer – var svagt, og det var ikke muligt at opgøre forbruget.
- Udestående tilgodehavender ifølge afstemningsopgørelser blev ikke grundigt undersøgt eller bragt ud af verdenen, idet Bank of Ghana ikke stillede berigtigede kontouttog til rådighed og/eller bekræftede bankindeståender.
- For 31 BMC'ers vedkommende var kontrollen med inddrivelse af indtægter ikke fyldestgørende.
- Ved stort set alle BMC'er blev de foreskrevne indkøbsprocedurer ikke fulgt.
- Registreringen og kontrollen med patientregninger, samt fritagelse (exemption) fra betaling af vederlag og honorar (non-fees paying patients) var ikke helt i overensstemmelse med ATF-regnskabsreglerne, eftersom hovedkontoen for fritagelsestilfælde ikke blev ført.
- Der blev foretaget indkøb i den private sektor, også i tilfælde, hvor det centrale eller de regionale medicinlagre var leveringsdygtige.

Hvad angår personale- og lønområdet frembød revisionsrapporten navnlig følgende forhold:

- Der blev ikke foretaget sammenholdelser mellem navnene på lønningslisten og listen over faktiske lønudbetalinger.
- Forsinkelse og/eller fejl i overførsler af løn til forflyttet personale.
- Forsinkelser og/eller fejl i lønadministrationerne, manglende sletning af navne på lønningslisten og standsning af udbetalinger til fratrådte medarbejdere.

- Forsinkelser og/eller fejl med hensyn til aflønning og dagpenge for personale, som var på orlov med eller uden løn.
- Vanskeligt at optælle antallet af ansatte på grundlag af lønningslisten, navnlig på større BMC'er.
- Vanskeligt at sikre sig, at bankerne ophører med at overføre lønninger til medarbejderkonti, efter at der er rettet officiel anmodning om at bringe overførslerne til ophør.
- Ingen mulighed for at afgøre, om for meget udbetalte lønninger til medarbejdere bliver tilbageført til statskassen.
- Problemer med at få opdateret navne på lønningslister samt med at fremskaffe personalesager til at bekræfte personaleforflytninger.
- Det anføres i rapporten, at de konstaterede forhold betyder, at lønomkostningerne for alle BMC'er sandsynligvis er blevet opgjort forkert.

107. Blandt de anbefalinger, som revisionen fremkom med i rapporten, finder Rigsrevisionen grund til at nævne følgende:

- Det ville især ved distriktsadministrationer og hospitaler være nødvendigt at styrke regnskabsførelsen på medarbejdersiden for derved at bebyrde dem mindre og give bedre muligheder for at gennemføre interne kontrolforanstaltninger.
- Egnede regnskabsmedarbejdere i sundhedsministeriet, der havde gennemgået kursus i anvendelsen af ATF-regler, burde ikke overflyttes til poster i andre ministerier, men begrænses til at indgå i rokeringer inden for ministeriet og de underlagte BMC'er.
- Bank of Ghana skulle anmodes om at levere berigtigede bankopgørelser fra de respektive Cedis- og dollarkonti, så der kan foretages en pålidelig afstemning af beholdningerne.
- Det anbefales, at al form for långivning (financial credits), optaget af finansministeriet, som vedrørte sund-

hedsministeriet skulle meddeles dette for at sætte det i stand til selv at holde rede på midlerne.

108. På grundlag af besøgene ved en række sundhedsfaciliteter kan Rigsrevisionen supplere og uddybe oplysningerne i revisionsrapporten på følgende punkter:

Nogle regnskabsansvarlige gav udtryk for, at de nye ATF-regler var ret tidkrævende, bl.a. fordi registreringerne først blev manuelt indført i regnskabsbøger, inden de via en computer blev rapporteret til et højere niveau. Manglende oplæring i anvendelsen af ATF-reglerne og mangel på regnskabsmedarbejdere synes at have ligget bag disse udtalelser.

109. Mange patienter behandles, selv om de ikke kan betale for ydelserne. Herved opstod et betydeligt arbejde med hensyn til inddrivelse af de skyldige beløb. Dette arbejde udføres af såkaldte revenue-collectors. Ifølge oplysningerne til Rigsrevisionen fungerede inddrivelsen ikke tilfredsstillende, idet den havde tilfældighedens præg, og således kun ramte nogle af debitorerne. På regionalhospitalet i Central Region oplystes det, at ca. 20 % af fordringerne mod patienterne ikke blev inddrevet.

110. Ifølge revisionsrapporten var der tilfælde, hvor hospitaler foretog indkøb uden om CMS, der især indkøber og formidler såkaldt basal (ikke mærkevare) medicin, der bl.a. fremstilles i Ghana. Årsagen til disse indkøb var bl.a. hospitalernes manglende tillid til de forhold, hvorunder medicinen opbevares hos CMS. Ved regionalhospitalet i Central Region fik Rigsrevisionen oplyst, at 90 % af medicinen blev købt i den private sektor.

111. Verdensbanken har på donorernes vegne i slutningen af februar 2000 på baggrund af sin gennemgang af revisionsrapporten anmodet sundhedsministeriet om at fremkomme med en handlingsplan til løsning af de problemer, der fremgår af rapporten. Samtidig har banken tilbudt, hvis det er nødvendigt, at yde ministeriet assistance til det i form af teknisk støtte og rådgivning.

112. Rigsrevisionen modtog medio november 2000 Auditor General's/det private revisionsfirmas revisionsrapport – afgivet i oktober måned – vedrørende sundhedssektorens

regnskab for 1999. Den indeholdt ligesom rapporten vedrørende 1998-regnskabet overordentlig mange bemærkninger. De betydelige mangler i løn- og personaleadministrationen, der var fremdraget i revisionsrapporten for 1998, var ikke blevet afhjulpet. På den anden side anførte revisorerne generelt, at bogføringen og den finansielle afrapportering i bemærkelsesmæssig grad var forbedret, og at den interne kontrol siden 1997 fortsat var blevet bedre.

113. Udenrigsministeriet har oplyst, at ambassaden i Ghana snarest – i overensstemmelse med Rigsrevisionens forslag – vil undersøge mulighederne for at yde støtte til landets rigsrevision.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen vurderer, at der med den fælles revision, som foretages af Ghanas rigsrevision og et privat autoriseret revisionsfirma ud fra fyldestgørende arbejdsbeskrivelser, er skabt en revisionsordning i sundhedssektoren, der ser ud til at fungere tilfredsstillende. Rigsrevisionen støtter navnlig sin vurdering på revisionsrapporternes mange bemærkninger og anbefalinger, der imidlertid også viser, at regnskabsaflæggelsen – trods fremskridt – bør forbedres betydeligt. Regnskabsaflæggelsens kvalitet, der også har betydning for de øremærkede danske bidrag, er i den forbindelse en faktor, som Udenrigsministeriet bør anse for væsentlig i overvejelserne om ydelse af støtte til sundhedssektoren ud over den nuværende aftaleperiode, der slutter 2002.

Rigsrevisionen finder, at Udenrigsministeriet bør overveje at yde støtte til Ghanas rigsrevision, så der eventuelt åbnes mulighed for, at den på længere sigt får kapacitet til selv – uden medvirken af et privat revisionsfirma – at varetage revisionen af sundhedssektoren, og dermed anvendelsen af de danske midler, på betryggende måde. Udenrigsministeriet har erklæret sig enig og oplyst, at ambassaden i Ghana snarest vil undersøge mulighederne for at yde en sådan støtte.

XII. Udviklingen og de foreløbige resultater i sundhedssektoren som helhed

114. I overensstemmelse med aftalegrundlaget for sektorprogrammet er dette hvert år blevet gjort til genstand for en samlet bedømmelse (review), foretaget af repræsentan-

ter for Ghanas sundhedsministerium og donorerne, og med bistand af en ekspertgruppe. Reviewene har fundet sted i marts-april måned med henblik på udarbejdelsen af en rapport om udviklingen i programmet med dertil knyttede anbefalinger vedrørende dettes forsættelse.

Rigsrevisionen har gennemgået review-rapporterne for 1997 og 1998, men finder alene anledning til at gengive en række hovedkonklusioner fra rapporten for 1999. Det skyldes bl.a., at 1999-rapporten havde karakter af en midtvejsrapport med et bredere fokus end rapporterne for de foregående år.

Reviewet blev foretaget af et evalueringshold på 10-12 eksperter, ledet af vicedirektøren for sundhedsstyrelsen. Holdet bestod herudover navnlig af repræsentanter for afrikanske og europæiske forskningscentre og medicinske fakulteter.

115. I rapporten anføres det bl.a., at sundhedssektoren har gjort fremskridt mod at nå de fastsatte overordnede mål. Skønt indikatorerne til vurdering af fremskridtene ifølge rapporten skal anvendes med forsigtighed, var en stagnation i dækningen af svangerskabsundersøgelser og børnevaccinationer blevet vendt i positiv retning. Årsagerne hertil syntes bl.a. at have været en bedre overvågning af patientbehandlingen og forsyninger, herunder navnlig medicin, samt en mere udbredt opsøgende behandling. En nydannelse, såkaldte kvalitetssikringshold (quality assurance teams), der undersøger døds- og sygdomsårsager samt rådgiver i medicinordning, havde også bidraget til at forbedre sygdomsbehandlingen. Det var dog fortsat almindeligt, at medicinen ordineredes i et omfang, der var betydeligt over WHO's normer.

Malaria vandt fortsat frem, og der var med hensyn til begrænsningen af HIV/AIDS kun sporet meget lidt forandring i de seksuelle vaner.

116. Det var vurderingen, at visse fremskridt var gjort på det administrative felt, herunder med hensyn til regnskabsaflæggelsen, medicinforsyningen, samarbejdet med den private sektor og befolkningens medvirken i tilrettelæggelsen af den stedlige sundhedspleje. Helt generelt var det dog meget forskelligt, hvad der var nået regionerne imellem og inden for den enkelte region.

Der var imidlertid konstateret en fortsat lav, muligvis stadig mindre, anvendelse af den offentlige sundhedssektor.

117. Evalueringsholdets største bekymring var Ghanas mulighed for at finansiere de mest nødvendige behandlings- og sundhedsydelser for dem, der havde størst behov. Situationen illustreres af **tabel 6**, der viser udgiftsmålene i henhold til 5-års programmet i POW 1997 og den faktiske udvikling i det offentlige udgifter på sundhedsområdet.

Tabel 6. Udgiftsmålene i henhold til POW 1997 og de faktiske udgifter

| | Målene i henhold til POW 1997 | | | | De faktiske udgifter | | | |
|--|-------------------------------|------|------|-----------------|----------------------|------|--------------------------|-----------------|
| | 1997 | 1998 | 1999 | I alt 1997-1999 | 1997 | 1998 | Foreløbig opgjort i 1999 | I alt 1997-1999 |
| ----- Mio. USD ----- | | | | | | | | |
| Udgifter: | | | | | | | | |
| Driftsudgifter | 87 | 96 | 107 | 290 | 89 | 108 | 119 | 316 |
| Anlægsudgifter | 40 | 43 | 48 | 131 | 70 | 48 | 23 | 141 |
| I alt | 127 | 139 | 155 | 421 | 159 | 156 | 142 | 457 |
| Finansiering: | | | | | | | | |
| Ghana | 81 | 93 | 108 | 282 | 68 | 84 | 83 | 235 |
| Patientgebyrer | 6 | 7 | 7 | 20 | 13 | 14 | 16 | 43 |
| Donorbidrag | 40 | 40 | 40 | 120 | 28 | 23 | 31 | 82 |
| Kommercielle kreditter .. | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 33 | 10 | 93 |
| I alt | 127 | 140 | 155 | 422 | 159 | 154 | 140 | 453 |
| ----- USD ----- | | | | | | | | |
| Udgift pr. indbygger, ekskl. donorbidrag og kommercielle kreditter.. | 4,75 | 5,29 | 5,93 | | 4,18 | 4,92 | 4,82 | |
| Udgift pr. Indbygger, alt inkl. | 6,93 | 7,41 | 7,99 | | 8,14 | 7,81 | 6,31 | |

118. Det fremgår af tabellen, at målene i henhold til POW 1997 for perioden 1997-1999 med hensyn til udgifter og indtægter var i alt 421 mio. USD. De faktiske udgifter og indtægter øgedes til i alt henholdsvis 457 mio. USD og 453 mio. USD.

Sammensætningen af indtægterne har imidlertid langt fra svaret til målene i POW 1997. Ghanas bidrag til finansieringen faldt således fra 282 mio. USD til 235 mio. USD, eller til 83 % af det forventede niveau, og donorerens fra 120 mio. USD til 82 mio. USD, dvs. kun 68 % af det forventede.

Sundhedsbudgettet har alene kunnet finansieres gennem optagelse af kommercielle udenlandske kreditter på i

alt 93 mio. USD, og fordi der blev opkrævet i alt 43 mio. kr. i patientgebyrer mod planlagt 20 mio. USD.

Udgiften i sundhedssektoren målt pr. indbygger, ekskl. donorstøtte og udenlandske lån, er faldet, navnlig i 1999, hvor det drejede sig om en nedgang fra knap 6 USD til knap 5 USD.

119. Rapporten var baseret på foreløbig opgjorte regnskabstal vedrørende 1999 fra april 2000, mens ovennævnte tabel fremviser mere definitive data fra juni 2000. Situationen i april 2000 gav et lidt dårligere billede af sundhedssektorens finansielle situation. Navnlig fremstod de kommercielle kreditter med et større beløb – 21 mio. USD – fordi der heri var medregnet renter, der ikke burde belaste sundhedssektoren, men statskassen – treasury. Rapportens konklusioner er dog efter Rigsrevisionens vurdering fortsat fuldt ud gyldige.

Det anføres i rapporten, at kommerciel låntagning ikke er en anvendelig finansieringskilde på mellemlangt sigt. Gældsproblemet i Ghanas økonomi indebærer et lille spillerum for fremtidig kommerciel låntagning, og indtil nu havde både regerings- og donorfinansieringen haltet langt efter POW- prognoserne.

Som tidligere beskrevet i beretningen har donorerne til sektorprogrammet samlet forsøgt at formå Ghana til at begrænse bygge- og anlægsinvesteringerne – og dermed låntagningen.

Hvad angår donorbidragene omfatter opgørelsen både bidragene fra de donorer, der deltager i sektorprogrammet, og de, der står uden for. Ifølge Udenrigsministeriets, Verdensbankens og EU's oplysninger skyldtes de lave bidrag i ingen tilfælde utilfredshed hos donorerne med sundhedssektorprogrammet og dettes gennemførelse.

Den betydelige finansiering ved brugerbetaling burde ifølge rapporten overvejes, idet den begrænsede benyttelse af de offentlige sundhedsfaciliteter meget vel kan være høje og stigende omkostninger for brugerne.

120. Det oplyses i rapporten, at selv om lønningerne i sundhedssektoren var lave, udgjorde de alligevel mere end 70 % af regeringens eget driftsbudget i 1999, hvilket var udtryk for en betydelig forhøjelse i forhold til niveauet i de tidligere år. Det betød, at der var – og ville blive – meget

få midler tilovers til anskaffelser af nødvendigt udstyr og vedligeholdelse.

En yderligere forhøjelse af lønningerne, som var absolut nødvendig for at fastholde kvalificerede medarbejdere og øge deres produktivitet, ville betyde, at det ikke ville være muligt at finansiere grundlaget for at yde service på afgørende områder.

Konklusionen var ifølge rapporten uundgåeligt den, at det ville være nødvendigt at satse på en mindre og mere effektivt drevet offentlig sundhedssektor med bedre personaleaflønnning.

Rigsrevisionens bemærkninger

Det var ifølge review-rapporten fra april 2000 nødvendigt at forhøje lønningerne i sundhedssektoren for at fastholde kvalificerede medarbejdere, men herved ville der ikke være midler til anskaffelse af nødvendigt udstyr og til vedligeholdelse. På denne baggrund vil det ifølge rapporten være nødvendigt at satse på en mindre og mere effektivt drevet sundhedssektor end den nuværende.

Rigsrevisionen må trods fremskridt i programmet konstatere, at problemer, der navnlig kan henføres til betydelige vanskelige økonomiske forhold i sundhedssektoren, har forhindret, at det gennem sektorprogramstøtten har været muligt effektivt at øge standarden i sundhedssektoren og fremme den generelle sundhedstilstand.

Sammenfattende vurderer Rigsrevisionen dog, at forudsætningerne for at yde sektorprogrambistand til sundhedssektoren fortsat er opfyldt. Rigsrevisionen lægger herved vægt på, at sektorprogrammet efter blot 2-3 års forløb ikke kan forventes at fremvise mere definitive positive eller negative resultater samt, at procedurerne og rapporteringen i programmet, herunder de årlige reviews, sikrer en afdækning af forholdene i sundhedssektoren, der giver Ghanas myndigheder og donorerne et fyldestgørende grundlag for at prioritere den videre indsats.

København, den 2. februar 2001

Henrik Otbo

/Leif Grünfeld

Bilag 1

Retningslinjer for sektorprogramstøtte (Guidelines for Sector Programme Support, SPS)

1. Til brug for iværksættelse mv. af støtte til sektorprogrammer har Udenrigsministeriet (Danida) udarbejdet ovennævnte – ca. 125 sider – sæt retningslinjer, som senest er revideret i maj 1998. De indeholder bl.a. en gennemgang af den cyklus, som støtten til et sektorprogram gennemløber, fra den indledende identifikationsfase til Danidas engagement i det nationale programs gennemførelse endeligt ophører.

Processen opdeles i følgende 6 faser:

Identifikation

2. Identifikation omfatter en bredt anlagt analyse af sektoren, ofte delvis baseret på tidligere analyser foretaget af eksempelvis andre donorer. Formålet er dels at kortlægge udviklingsbehov i sektoren, dels at indkredse komponenter, som ud fra danske forudsætninger vil være naturlige at yde støtte til, eventuelt i et samarbejde med andre donorer.

Dokumentationen for de foretagne analyser og anbefalinger om det videre forløb skal fremgå af en *SPS Identification Report*.

Forberedelse

3. Forberedelsen indebærer en nøjere fastlæggelse af den påtænkte sektorstøttes konkrete udformning samt en grundig analyse af muligheden for at gennemføre denne ("feasibility study") med en række specificerede krav til indholdet af en sådan analyse.

I denne fase skal der tillige fastlægges en række indikatorer, som gør det muligt dels at styre SPS-forløbet, herunder input og output, dels efterfølgende at vurdere virkningen af de gennemførte SPS-aktiviteter. Hvis ikke grunddata til brug for disse indikatorer er tilgængelige i forberedelsesfasen, skal de tilvejebringes, eventuelt som en indledende aktivitet i den senere gennemførelsesfase.

Dokumentation for forberedelsesfasen sker ved aflæggelse af en *SPS Feasibility Report* samt udkast til et *SPS Document*, som bl.a. skal indeholde en beskrivelse af de komponenter, der tilsammen udgør den konkrete sektorstøtte.

Vurdering

4. Denne fase vil omfatte en vurdering af, om resultater af foretagne analyser er reflekteret i det foreliggende udkast til *SPS Document*. Endvidere vil det blive vurderet, om den konkrete SPS er i overensstemmelse med de rammer, der fra national side er lagt for sektorens udvikling, samt om SPS-komponenterne (dansk finansierede øremærkede aktiviteter) som helhed er udtryk for den fattigdomsorientering, som er ministeriets overordnede mål med udviklingsbistanden. Endvidere skal det – som en konsekvens af tankegangen i sektorprogramstøtte – påses, at der er eller vil blive skabt effektive instrumenter til en koordinering af andre donorerers bistand. Endelig skal forudsætninger og risici i forbindelse med den konkrete SPS vurderes.

Denne fase afsluttes med aflæggelse af en vurderingsrapport (*Appraisal Report*) samt et endeligt *SPS Document*.

Godkendelse

5. Den endelige programstøtte tiltrædes fra såvel dansk som national side i form af et såkaldt *Government Agreement* med SPS-programmet.

Gennemførelse, overvågning og evaluering

6. Gennemførelsen tager udgangspunkt i *Årlige arbejdsplaner* for det overordnede SPS-niveau og for hver af de indeholdte komponenter. Planerne skal indeholde detaljerede oplysninger om aktiviteter, budgetter, mål mv., og det er i henhold til retningslinjerne et krav, at den årlige arbejdsplan koordineres med tilsvarende planer for andre aktiviteter i sektoren, herunder andre donorerers aktiviteter. Denne funktion skal – eventuelt med bistand fra Udenrigsministeriet – varetages af modtagerlandets myndigheder.

7. Overvågningen af at gennemførelsen fra Danidas side sker som forudsat, og at modtagerlandet lever op til sine forpligtelser, skal for hver komponent dokumenteres ved afgivelse af kvart- eller halvårslige fremskridtsrapporter (*Progress Reports*). Rapporterne skal dels kunne give en pålidelig status for udviklingen, dels være en afvigelsesrapportering med angivelse af, hvilke konsekvenser der skal drages heraf, samt anføre forslag til nye aktiviteter og endelig danne grundlag for revision af arbejdsplaner og budgetter.

Hvor det findes hensigtsmæssigt, kan de nævnte rapporter suppleres af fremskridtsrapporter for den samlede sektor og vil dermed også omfatte andre donorerers aktiviteter. Denne type rapport vil danne udgangspunkt for en obligatorisk årlig sektorgennemgang (*Annual Sector Review*), som finder sted i samarbejde mellem donor og modtagerland. Ofte vil denne gennemgang falde i 2 dele, dels en teknisk gennemgang af den danske støtte dokumenteret ved et *Review Working Paper*, dels en mere policy-orienteret af den generelle udvikling i sektoren, som danner grundlag for forhandlinger med modtagerlandet. De trufne beslutninger vil fremgå af et såkaldt *Annual Sector Review Agreement*.

Overvågningen skal således ske på 3 niveauer:

Det strategiske niveau

Spørgsmål af væsentlig betydning for gennemførelsen af den konkrete SPS. Det vil typisk vedrøre den nationale gennemførelse af sektorpolitikker, strategier m.m., herunder spørgsmål om finansielle og institutionelle forudsætninger for iværksættelsen af SPS.

Det operationelle niveau

Spørgsmål vedrørende den faktiske gennemførelse af SPS, herunder navnlig at input, output og aktiviteter udvikler sig som forudsat.

Effekten af SPS

Dels om de enkelte SPS-komponenter har den ønskede kortsigtede effekt i form af styrkede institutioner og forøgelse af ydelsernes omfang og kvalitet, dels om udviklingen i den konkrete sektor bidrager til opfyldelse af de langsigtede udviklingsmål, som bl.a. vil være en reduktion af fattigdommen.

8. Evaluering af støtten til sektorprogrammet vil som omtalt hovedsagelig finde sted i løbet af gennemførelsen, jf. de krav der er stillet for dokumentation af denne fase.

Udtræden af programmet

9. Den danske udtræden af programmet vil typisk have karakter af en gradvis afvikling af støtten med en tilsvarende

overgivelse af ansvaret for evaluering af sektorens udvikling til de nationale myndigheder.

Retningslinjerne stiller dog krav om, at der afgives en afslutningsrapport (*Sector Programme Support Completion Report*), som vil indeholde en vurdering af de indhøstede erfaringer fra den konkrete SPS.

Bilag 2

Ghana – infrastruktur



