

Sammanfattning

av en studie över genomförande och kontroll
av ett decentraliserat program för

HÄLSOCENTRALER PÅ LANDSBYGDEN I TANZANIA

1974 08 02

Resultatvärdering 1

FÖRORD

Tanzanias program för landsbygdshälsovård har brottats med många problem alltsedan konkreta försök gjorts att förbättra hälsostandarden på landsbygden. Först efter flera års experimenterande fann myndigheterna en metod som dels överensstämde med landets ideologi och dels ansågs praktiskt genomförbar och som förhoppningsvis skulle kunna leda till en balanserad utveckling av hälsovården på landsbygden. På basis därav utarbetades en långsiktig plan som fastställdes och började genomföras 1973.

Det som nu framstår som hinder för programmet är de i utvecklingsländer vanliga problemen av administrativ, teknisk och ekonomisk art - problem som nästan alltid uppstår när utvecklingsprojekt ska genomföras. För att intentionerna inom landsbygdshälsovården, liksom inom alla andra områden, ska kunna genomföras är det viktigt att ständigt följa upp resultatet och studera de problem som uppstår. Om problemen kan identifieras på ett tidigt stadium ökar möjligheten att göra rättelser i tid, och förseningar hålls till ett minimum.

Under vintern och våren 1974 gjorde William Mayer, studerande vid universitetet i Dar es Salaam, en sådan uppföljning av programmet för landsbygdshälsovård i Tanzania. Undersökningen gjordes som en del av Mayers doktorandarbete. Ämnet och undersökningens inriktning var dock delvis styrd av efterfrågan dels från Hälsoministeriet i Dar es Salaam och dels från SIDA, som sedan 1973 finansierar en del av programmet (framför allt hälsocentraler och utbildning av hälsopersonal).

Undersökningen innehåller dels ett teoretiskt avsnitt, där författaren testar vissa teorier om administration i utvecklingsländer, dels och framför allt ett deskriptivt avsnitt. Nedanstående sammanfattning är koncentrerad till det senare, som belyser de ovan refererade administrativa ekonomiska och tekniska problemen på ett konkret sätt. Studien är en bekräftelse på många kända problem och har sitt värde i den väl sammanhållna presentationen av det decentraliserade systemets (som det fungerar idag) inneboende stelhet. De samordningsproblem, som betingas av oklar ansvarsfördelning, kommunikationssvårigheter och motstridiga direktiv inom och mellan olika förvaltningsnivåer är högst reella.

Undersökningen ger emellertid även vägledning till hur effektiviteten kan förbättras och betonar att det ofta är mycket små förändringar som behövs. Samtidigt som undersökningen således ger en god bild av varför effektiviteten för närvarande är så låg i genomförandet av landsbygdshälsovårdsprogrammet ger den också underlag för framtida förändringar.

SIDA som förmedlare av det svenska biståndet, men även läsarna av denna studie, skulle kunna fundera över några frågeställningar med anknytning till Mayers studie: Hur kan en biståndsgivare påverka den administrativa miljön i mottagarlandet i en riktning som innebär ett effektivare projektgenomförande? Bör biståndsgivaren utöva sådan påverkan? Bör utvecklingen av de administrativa systemen ses som en mognadsprocess på lång sikt inom ramen för en given förvaltningsideologi (d v s i detta fall decentraliseringsbeslutet i februari 1972). Kan en biståndsgivare undgå att påverka utvecklingen i en riktning som svarar mot olika effektivitetskrav och kan detta inte leda till att mottagaren tvingas att helt eller delvis frångå sin förvaltningsideologi?

Lennart Wohlgemuth

Sammanfattning av en studie över genomförande och kontroll av ett decentraliserat program för hälsocentraler på landsbygden i Tanzania

En studie av Tanzanias program för hälsocentraler på landsbygden genomfördes av studeranden vid University of Dar es Salaam, William P. Mayer, i början av 1974. Syftet var att testa vissa teorier om administration i u-land samt att formulera rekommendationer för det fortsatta programmet. Nedanstående sammanfattning koncentreras dock snarare till de beskrivande avsnitten än till de teoretiska.

Studien bygger till övervägande delen på intervjuer med administratörer på olika nivåer, inkluderande planerare, läkare, ingenjörer och byggnadskontrollanter i distrikten Arusha, Singida, Dodoma och Iringa. Förutom intervjuerna studerades olika dokument - rapporter, korrespondens, byggnadsplaner etc. Kontakter togs även med Hälsoministeriet samt med den medicinska fakulteten vid universitetet i Dar es Salaam.

Erfarenheter från fältet visar att programmet administreras på varierande sätt i de olika distrikten. De frågor som ställdes var formulerade på sådant sätt att de skulle belysa problem i samband med genomförande och kontroll av hälsocentralprogrammet i relation till det nationella hälsoprogrammet. Problem som behandlas i denna studie kan därför förväntas i större eller mindre omfattning i samtliga 20 regioner i Tanzania.

1. Bakgrund till hälsocentralprogrammet

75-80% av de medel som hittills ställts till förfogande för landets hälsovård har kommit kurativ vård till del medan förebyggande hälsovård endast erhållit 5%. Myndigheterna är emellertid medvetna om att de knappa tillgångarna skulle kunna utnyttjas mer effektivt om större vikt lades vid preventiv hälsovård. Som en viktig del av den nya politik som utarbetats i Tanzania under de senaste åren i riktning mot ökad betoning av preventiv hälsovård planeras en kraftig satsning på hälsocentraler runt om i landet. Efter många misslyckanden fastställdes slutligen i juli 1972 en plan för hälsovården fram till 1980. Denna plan innebär uppförande av 200 hälsocentraler över en tioårsperiod varvid målet en hälsocentral per 50 000 invånare väntas vara uppnått. I maj 1973 tecknade Sverige avtal med Tanzania om bistånd med 27,8 mkr till uppförande av 20-25 hälsocentraler per år under åren 1972/73 - 1976/77. (Enligt till SIDA inkommen rapport (mars 1974) är en hälsocentral färdigställd och arbete med ytterligare fem centraler så gott som avslutat).

2. Programmets utformning

Författaren konstaterar att uppförande av en hälsocentral på landsbygden i Tanzania är en komplicerad uppgift både ur politisk och teknisk synvinkel där många komponenter måste passas in i varandra. Många autonoma institutioner är

inblandade och förväntas samarbeta efter ett särskilt tidschema. En hälsocentral skall byggas under ett budgetår inom en budgetram på ca 400 000 tanzanska shilling. Varje steg i byggnadsprocessen återges nedan kortfattat.

a) Lokalisering av hälsocentraler. På grundval av instruktioner från hälsoministeriet beslutar distriktets administration var hälsocentralen skall vara belägen inom distriktet. En hälsocentral skall vara så centralt belägen att den kan ge service till 50 000 människor samt ge möjlighet för centralens personal att övervaka minst fem hälsostationer. Patienterna inom hälsocentralens vårdområde skall utan alltför stora svårigheter kunna transporteras till distrikts- eller regionsjukhus. Övriga faktorer som kan påverka hälsocentralens placering är möjligheten att erhålla hjälp från befolkningen med byggnadsarbetet, närheten till skolor och affärer, tillgången till vatten och personalbostäder. Emedan hälsocentraler är högt prioriterade av landsbygdsbefolkningen blir politiska hänsynstaganden ofta avgörande för det slutliga beslutet. Innan byggnadsarbetena påbörjas skall de lokala myndigheterna förelägga de centrala myndigheterna en plan över det tänkta byggnadsområdet. På basis av denna plan utfärdas sedan detaljerade byggnadsplaner centralt. Byggnationen försenas om beslut om lokalisering av hälsocentraler inom ett distrikt ej fattas tidigt under budgetåret.

b) Vattentillgång. Författaren understryker vikten av att man på ett tidigt stadium uppmärksammar frågan om vattenförsörjning till hälsocentralerna. Då dessa arbeten ofta utförs separat av distriktets vatteningenjör glömmar man mycket ofta att begära medel härtill inom projektbudgeten. Om inte pengar separat ställs till förfogande för detta ändamål skall därför utgifter för vatten bestridas av medel från hälsocentralens budget.

c) Självhjälpsarbeten. För att i möjligaste mån hålla byggnadskostnaderna nere skall befolkningen i området uppmanas att hjälpa till. Vanligen består dessa självhjälpsarbeten av lokalanskaffning lokalt av byggnadsmaterial såsom sand och sten, grävning av grund samt tegelbränning. Ansvar för mobilisering av befolkningen för dessa arbeten anses åligga de lokala politikerna och administratörerna. Eftersom hälsocentraler är begärliga för människorna i området anses det inte vara någon svår uppgift att engagera befolkningen i detta arbete. På grund av den tid som krävs för att mobilisera folk måste självhjälpsarbeten planeras i god tid.

d) Byggnation. De administrativa rutinerna varierar beroende på om arbetet skall utföras av Comworks (Ministry for Communications and Works) egna arbetare eller av privata entreprenörer. I det senare fallet måste ett formellt anbudsförfarande tillämpas. Efter att avtal ingåtts och arbetena påbörjats skall byggkontroll kontinuerligt företas av statligt anställda ingenjörer. Om arbetet utförs av Comworks egna arbetare blir administrationen betydligt mera komplicerad. Innan arbetena påbörjas måste i detta fall lokala arbetare, murare och snickare anställas (ca 15-20). En av Comworks underkontrollanter leder arbetet från dag till dag och en statlig ingenjör har ansvaret för de tekniska frågorna. Materialanskaffning, tillhandahållande av arbetarbaracker, transport av lokalt material samt vattentillförsel måste

ombesörjas. Särskilt besvärlig har anskaffning av byggnadsmaterial visat sig vara.

Byggnaderna är standardiserade efter ritningar som utfärdats av Comworks. De består av huvudbyggnad, poliklinik, mödravårdscentral samt servicehus (tvättinrättning, kök etc) och personalbostäder. Härbärge för närstående till patienterna samt bårhus planeras bli uppförda genom självhjälpsarbete.

e) Möblering och medicinsk utrustning. Även möblering och den medicinska utrustningen är standardiserad och densamma i varje hälsocentral. Möblerna rekvireras antingen från Comworks eller en lokal snickare medan den medicinska utrustningen rekvireras från Central Medical Store. Beställning måste göras i god tid då utrustning ofta inte finns i lager.

f) Personal. För effektiv drift av hälsocentralerna fordras en personalstyrka på 16 personer utbildade för både kurativ och förebyggande hälsovård. Personalen leds av en "Medical Assistant" som har tre års specialutbildning. I praktiken inleder oftast hälsocentralen sin verksamhet med reducerad personalstyrka, främst p g a bristande personalresurser. Utbildning pågår emellertid parallellt med byggandet av hälsocentralen. Hittills har ingen central behövt uppskjuta igångsättningen av driften på grund av personalbrist.

3. Genomförande av hälsocentralprogrammet

Inom Tanzanias decentraliserade administration skall i princip varje projekt föras med en projektledare som är odelat ansvarig för genomförandet. Genom att projektet omsluter ett flertal ansvarsområden har detta hittills varit svårt. Emedan projektet är ett hälsoprojekt görs ofta distriktshälsochefen (District Medical Officer) till ansvarig. Eftersom den största delen av arbetet är byggnadsarbete faller emellertid en stor del av det verkliga arbetet på distriktsbyggnadsingenjören. Detsamma gäller vattenförsörjningen där distriktsvatteningenjören är inblandad etc. Chefen för distriktsförvaltningen (District Development Director) är alltför upptagen för att dras in i det dagliga arbetet. Hur hälsocentralerna administreras beror sålunda på ansvarsfördelningen mellan de olika fackspecialisterna och vilka normer för samarbete som uppkommit underhand. Administrationen berörs även av i hur stor utsträckning de olika distrikten gjorts ansvariga för projektet av de regionala myndigheterna. Vissa distrikt har givits i det närmaste full självständighet att genomföra projekt medan de regionala myndigheterna behållit kontroll över andra.

Myndigheterna har i sina instruktioner understrukt betydelsen av strikta verksamhetsplaner. I allmänhet har dessa instruktioner betraktats som något slags övning utan större praktisk betydelse. I de flesta fall där planer uppgjorts för uppförande av hälsocentralerna har de varit ofullständiga. I flera fall har inga planer utarbetats alls.

Ett annat stort problem har varit att den centrala myndigheten alltför sent - många gånger först då budgetåret varit långt framskridet - ställt medel till förfogande för uppförande av byggnaderna. Detta har medfört att den lokala administrationen inte kunnat påbörja arbetet med beställning av förnödenheter och anställning av personal i tid. Förvirring har också rått på lokal nivå om vem som skall hålla i penningmedlen och hur dessa skall fördelas inom projektet.

De ofta återkommande personalomflyttningarna har varit ytterligare ett hinder för projekten. De har framför allt splittat kontinuiteten i planeringen.

4. Kontroll och uppföljning

Liksom genomförandet av verksamheten påverkats av decentraliseringen av administrationen i Tanzania har också rutinerna för systematisk kontroll påverkats därav. En förutsättning för effektiv kontroll är att det klart definieras var ansvaret för genomförandet skall ligga och därigenom vem som är budget- och rapporteringsansvarig.

Decentraliseringen är bland annat ämnad att underlätta upptäckten av felplaneringar på ett så tidigt stadium som möjligt för att tillrättalägganden skall kunna ske utan alltför stora förluster. För att detta skall fungera måste ansvariga administratörer på alla nivåer, d v s även den lägsta, vara insatta i vad som sker vid projektet och vilka problem som uppstår under hand, samt när de olika arbetsmomenten beräknas vara avslutade. Ofta kan problem som uppkommit inte lösas på lokal nivå och det är därför nödvändigt att ett adekvat rapporteringssystem upprättas vid projektet för att de centrala myndigheterna skall kunna hållas underrättade och vid behov vidta korrigerande åtgärder. Rapporteringssystemet skall även ge de centrala myndigheterna underlag för att leda den regionala utvecklingen i enlighet med de nationella planerna.

Två slag av rapportering - kvartalsrapporter med fysisk och finansiell information:

Den ansvariga fackspecialisten på distriktsnivå (i fallet hälsocentraler är detta District Medical Officer) skall för varje kvartal sammanställa den fysiska rapporten över sina projekt. Sammanställningarna skickas till District Planning Officer (med kopia till den regionala fackspecialisten), som sammanställer en distriktsrapport för District Development Director's godkännande. Denne vidarebefordrar sin rapport till Regional Development Planner, som också får rapporter från de regionala fackspecialisterna. Samtliga rapporter sammanställs sedan till en regional rapport, som av Regional Development Director vidarebefordras till de centrala myndigheterna - i regel premiärministerns kansli, planeringsministeriet och finansministeriet.

Rutinerna för den finansiella rapporteringen är i stort sett desamma som beskrivits ovan för den fysiska rapporteringen. Ansvaret för den finansiella rapporteringen i distrikten åvilar de tjänstemän som har särskild fullmakt att handha

medel för projektet. Rapporterna sänds sedan de sammanställts av District Finance Controller till District Development Officer som i sin tur översänder dem till Regional Development Director. På regional nivå sammanställer de olika avdelningscheferna finansiella rapporter över projektkostnaderna inom sina speciella områden. I vissa fall utfärdas rapporter av regioncheferna efter direkt inspektion av projektet på platsen. Eljest utfärdas dessa rapporter på basis av distriktschefernas rapportering. De sammanställs av Regional Finance Controller och överlämnas därefter till Regional Development Director som vidarebefordrar dem till de centrala myndigheterna.

För att i första hand tillfredsställa behovet av rapportering till biståndsgivare har vissa ministerier, däribland hälsoministeriet, utformat ett särskilt rapporteringssystem. Rapporterna enligt detta system skall ge upplysning om projektets utveckling och finansiella läge. De utfärdas av Regional Medical Officer och sänds till ministeriets centrala planeringssektion.

Ett led i kontroll- och rapporteringssystemet är de möten som varje månad äger rum mellan de regionala projektledarna, District Development Director och de flesta distriktsfackspecialisterna. De ansvariga projektledarna förbereder rapporter till dessa möten. Samtidigt tas olika problem som inte framkommer i rapporterna muntligen upp till diskussion.

5. Problem inom ramen för kontrollsystemet

I praktiken fungerar ovannämnda riktlinjer för rapporteringssystemet dåligt. En rad problem uppstår under hand. Ofta är rapporterna försenade i så hög grad att de ej kan tjäna som underlag för fortsatt planering, problem hinner ej rättas till i tid. Ofta beror förseningen på att District Planning Officer ej har tillräcklig auktoritet att infordra rapporter i tid från den projektansvarige. Rapporterna är ibland ofullständiga, felaktiga och avvikande från ämnet. Problem och svårigheter som förekommer vid projekten påvisas sällan och tidplanering saknas. En District Medical Officer hade t ex i rapporten för tredje kvartalet 1973/74 endast angivit att uppdrag hade lämnats på entreprenad att uppföra huvudbyggnad till en hälsocentral. I själva verket var byggnaden för hälsocentralen redan uppförd och vad som återstod var ombyggnad av en hälsostation till personalbostäder samt indragning av vatten.

En återkommande metod är att i rapporterna endast ange de fysiska framstegen av projektet i procenttal utan att närmare precisera vad detta innebär i realiteten. Angivelsen att t ex 85% av hälsocentralen är fullgjord kan enligt författaren innebära att 85% av den totala tiden för uppförandet av centralen har förflutit, att 85% av arbetsstyrkan och byggnadsmaterialet tagits i anspråk eller att 85% av hälsocentralbyggnaderna uppförts. I ett fall hade uppgivits att 99% av projektet genomförts när i själva verket endast grunden till personalbostäderna hade färdigställts.

Den ekonomiska kontrollen av projektet försvåras också av bristande bokföring. Ett annat problem är att de finansiella kvartalsrapporterna inte är baserade på kostnader i relation till etappvis genomförande av projektet. Kontinuerlig kostnadsuppföljning är därför inte möjlig. De i rapporterna uppgivna resultaten stämmer inte alltid med det verkliga förhållandet och de procenttal som uppges är ofta justerade för att korrespondera med kostnaderna.

På grund av brist på instruktioner för den särskilda rapporteringen till Hälsoministeriet korresponderar denna rapportering ofta inte med den övriga rapporteringen. Denna sker endast sporadiskt. Genom att de ansvariga tjänstemännen på lokal nivå ofta utgår ifrån att ministeriet får sin information från premiärministerns kansli förstår de ibland inte varför rapportering skall ske direkt även till ministeriet.

Sammanfattning: effektiviteten när det gäller kontinuerliga rapporteringsrutiner är sålunda dålig på grund av att rapporterna är försenade och innehållet undermåligt. Tendensen att uttrycka utvecklingen i procenttal ger inte tillräckligt underlag för bedömning av hur projektarbetet fortskrider. Avsaknaden av periodiserade verksamhetsplaner över såväl fysiska som finansiella framsteg försvårar kontrollen. Vidare är den speciella rapportering som skall göras till ministeriet ineffektiv. Som ett resultat av de återgivna faktorerna anses nuvarande rapporterings- och kontrollsystem ej ha förutsättningar att bidra till ett effektivt genomförande av hälsocentralprogrammet.

6. Problem specifika för genomförandet av hälsocentralprogrammet

Vid sidan av ovan relaterade svårigheter, som de flesta är generella och gäller för flertalet decentraliserade projekt, identifierar författaren också ett antal problem som är utmärkande för hälsocentralprogrammet. I samtliga de besökta regionerna förekom hälsocentraler som försenats därför att det visat sig svårt att mobilisera befolkningen för självhjälpsarbeten. Detta förhållande kan förklaras med ett antal faktorer, nämligen att alltför många projekt samtidigt kräver folk till självhjälpsarbeten, att viljan saknas, och att befolkningen ej bor tillräckligt koncentrerat för att mobiliseras. Svårigheten att organisera självhjälpsarbeten på byggnadsplatsen är också en faktor som försenar projektgenomförandet.

Samtliga hälsocentraler som studerats hade mer eller mindre försenats på grund av otillräcklig tillgång på byggnadsmaterial och transporter. Denna knapphet beror dels på verklig bristsituation i Tanzania i stort och dels på dålig planering. Oklara instruktioner från myndigheterna kan också vara en hämmande faktor. Sålunda finner författaren att skillnader mellan hälsoministeriets instruktioner för hur hälsocentraler skall byggas och Comworks detaljerade byggnadsbeskrivningar kan vara av avgörande betydelse. Medan Comworks t ex hade angivit att personalbostäder skulle byggas i en andra etapp, hade hälsoministeriet begärt att de skulle uppföras i första etappen. Comworks rekommendationer har därvid lett till att hälsocentraler ej kunnat tas i bruk p g a att personalen saknade bostäder.

De kalkyler som legat till grund för kostnadsberäkningarna har visat sig felaktiga och kostnaderna har kraftigt överstigit de belopp som ställts till förfogande för byggnadsarbeten och inköp av utrustning. Det har visat sig att hälsocentraler som ursprungligen beräknades kosta 400.000 tanzanska shilling i verkligheten nu kostar 690.000 trots det fortsätter man att budgetera 400.000 per hälsocentral, varigenom byggnationen måste stoppas då dessa medel är förbrukade och man måste invänta tilläggsanslag. I många fall har man skurit ner på byggandet eller uppskjutit delar av centralen för att pengarna skulle räcka.

7. Rekommendationer

Författaren avslutar sin rapport med följande rekommendationer:

A. Förbättringar för genomförande och kontroll av programmet

1. Huvudansvaret för hälsocentralernas genomförande skall läggas på distrikten och District Development Director skall vara projekt- och budgetansvarig. Vid behov kan tekniska specialister anlitas från regionhuvudkvarteren, men endast med rådgivande funktion.
2. Detaljerade kostnads- och tidsberäknade handlingsplaner bör utformas för varje enskild hälsocentral.
3. Kvartalsrapportering över det finansiella läget baseras på handlingsplanerna, för effektivare kostnadskontroll.
4. De fysiska och finansiella kvartalsrapporterna skall utformas så att de tillfredsställer samtliga intressenter. Den särskilda rapporteringen, som begärts av hälsoministeriet, skall därvid utgå.

B. Strategi för effektivare genomförande

1. De av Comworks utarbetade projektspecifikationerna bör bringas i överensstämmelse med de instruktioner som givits av hälsoministeriet.
2. För att självhjälpsarbeten skall kunna utnyttjas maximalt bör dessa planeras så noggrant och så tidigt som möjligt, helst i samband med att lokaliseringen av hälsocentralen fastställs.
3. Nödvändig arbetsmateriel måste i möjligaste mån finnas på byggplatsen redan innan arbetare anställs och arbetena påbörjats.