

# Tillgång och efterfrågan på primär hälsovård i utvecklingsländer

## JAKOB SVENSSON

är professor vid Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet.  
jakob.svensson@iies.su.se

*Artikeln är baserad på ett föredrag på Stockholms universitet den 7 maj 2010 i anslutning till mottagandet av 2009 års Assar Lindbeck-medalj. Jag vill ta detta tillfälle att tacka alla dem som bidragit till och underlättat min forskning under de gångna åren – många men inte alla omnämnda i artikeln nedan. Medaljen tillägnar jag mina tre barn, Fanny, Viktor och Ellen. De två förstnämnda orkar också sitta med under prisutdelningen även om Kalle Anka gjorde ett större intryck på dem än mitt föredrag.*

Runt 10 miljoner barn under 5 år dör årligen av sjukdomar som skulle kunna förebyggas eller behandlas om föräldrarna haft tillgång till enklare hälsovård (Black m fl 2003; Jones m fl 2003). Det medicinska kunnandet för att behandla malaria, diarré-sjukdomar, mässling, lunginflammation och mildare komplikationer vid förlossningar är ju välkänt sedan många år, men trots miljarder i biståndspengar är dödstalen fortfarande chockerande höga. Att finna medicinska lösningar verkar således inte vara huvudproblemet, utan problemen ligger snarare i bristen på effektiva och hållbara metoder för att leverera dem.

Mitt syfte med det här föredraget är att diskutera ett antal förklaringar till varför primärvårdstjänster inte levereras eller i vissa fall inte efterfrågas. Jag kommer att begränsa mig till ett mindre antal områden som jag själv delvis har forskat, eller för närvarande forskar, kring. Den röda tråden är information eller snarare informationsasymmetrier och deras påverkan på hur producenter och konsumenter agerar.

## 1. Problemen: Korruption och ineffektivitet

Varför saknar så många individer i utvecklingsländer tillgång till fungerande primärvård? Frågan är komplex och det finns inga enkla svar. Bristen på resurser är en viktig delförklaring men en minst lika viktig förklaring är incitaments- och motivationsproblem inom framför allt den offentliga sektorn. Vårdpersonal och tjänstemän högre upp i den byråkratiska hierarkin saknar i många fall helt incitament och motivation att leverera god och tillgänglig vård.

Vi kan utläsa resultaten av dessa incitaments- och motivationsproblem i de senaste årens forskning om korruption och effektivitet i den offentliga sektorn. I en studie som vi genomförde i Uganda i slutet på 1990-talet, i och för sig inom undervisningssektorn, försökte vi kvantifiera i vilken utsträck-

Jag är tacksam för synpunkter på ett utkast till denna artikel från Tessa Bold, Assar Lindbeck och Per Krusell.

ning offentliga medel når fram till primärskolor (Reinikka och Svensson 2004). Programmet vi studerade var en skolpeng som skulle gå direkt till primärskolorna och implementeringen av programmet var i stor utsträckning korrupt: Endast 20 procent av det årliga skolbidraget nådde fram till skolorna och de flesta skolor fick ingenting. Med andra ord, för varje 10-krona som betalades ut, försvann i genomsnitt 8 kr på vägen.

Ett större antal studier har på senare år försökt kvantifiera personalfrånvaro i sjukvården genom att göra oannonserade besök på t ex primärvårdskliniker. Även om det finns en ganska stor spridning i genomsnittsutfallen mellan länder och sektorer visar ett flertal studier på att det inte är ovanligt att endast hälften av personalen är på plats en normal arbetsdag (Björkman och Svensson 2009; Chaudhury m fl 2006). Skulle man göra oannonserade besök på eftermiddagarna skulle frånvaron troligtvis vara mycket högre.

Ett flertal observationsstudier har även försökt dokumentera vad som sker på kliniken och speciellt i mötet mellan patienter och sjukvårdspersonal. En studie från Tanzania t ex fann att vårdgivaren i genomsnitt genomförde en femtedel av de förhållandevis fåtal undersökningspunkter som protokollet föreskriver när en förälder kommer in med ett barn med misstänkt hög feber (Mæstad m fl 2009). I endast 19 procent av konsultationerna tog man reda på hur hög feber barnet hade, trots att det nästan alltid fanns en termometer i undersökningsrummet. Man skulle kanske misstänka att efterfrågan på vård är så hög att vårdpersonalen helt enkelt inte har tid och kraft att spendera mer än några få minuter per patient. Men så var inte fallet, åtminstone inte i genomsnitt. Den uppmätta tiden som en läkare spenderade med patienter en normal åttatimmarsdag, inklusive den tid läkaren måste spendera på att fylla i patientkort och skriva ut mediciner, var ungefär 1 ½ timme. Och även om andra administrativa göromål tog upp en del av tiden, kunde forskarna konstatera att större delen av dagen spenderades på aktiviteter som inte hade något med vårdgivning att göra.

Att direkt mäta utfallen av brister i vården är svårt. Det är lättare inom undervisningssektorn där man kan testa elevers kunskaper. Och med få undantag målar dessa studier upp en mycket krass verklighet. En studie av elever i årskurs två i Kenya visade t ex att 60 procent av studenterna inte kunde läsa ett ord engelska (Bold, Kimenyi, Mwabu och Sandefur 2010). Endast 1 procent klarade av de uppställda målen. En studie av ett representativt urval av femteklassare i Indien fann att mer än hälften av eleverna inte kunde läsa en enkel och kort text som de borde ha klarat av redan i årskurs två (Pratham 2009). 19 procent kunde inte läsa ett ord.

Även i den privata sektorn är problemen omfattande. Till exempel karaktäriseras många marknader för hälsoprodukter av sk *market-of-lemons*-problem, där en stor andel av produkterna antingen är förfälskade eller saknar de rätta substanserna. Enligt nya uppskattningar från världshälsorganisationen WHO kan förfälskningar utgöra mer än 30 procent av alla läkemedel i utvecklingsländer i Afrika. När man jobbar i Afrika blir man ständigt påmind om problemen. Nyligen berättade en ugandisk kollega att

det myggnät han just köpt, ett impregnerat myggnät enligt försäljaren, verkade dra till sig myggor i stället för att ta död på dem.

Studierna ovan ger en adekvat bild av problem i allmänhet eller i genomsnitt. Men det finns stor variation. I fält blir jag ofta imponerad av läkare eller lärare som är oerhört motiverade och gör ett utmärkt jobb under svåra förhållanden.

Den första studien jag jobbade med inom ämnesområdet fann att vårdpersonal i trosbaserade icke-vinstdrivande kliniker, dvs kliniker som drivs av personal med nära kopplingar till en viss kyrka eller moské, i stor utsträckning verkar vara motiverade att leverera god vård till så många som möjligt, även om arbetssituationen är svår och lönerna förhållandevis låga (Reinikka och Svensson 2009).

Från ett policyperspektiv är dock detta resultat av ganska begränsat värde. Vi måtte ju effekterna av ett förhållandevis begränsat stöd till aktörer som varit verksamma i landet i många år. Den trosbaserade icke-vinstdrivande sektorn är en viktig aktör i många utvecklingsländer men det är ändå så att de totala resurserna i mycket stor utsträckning kanaliseras via den offentliga sektorn. Dessutom är rådet att resurser ska kanaliseras till motiverad vårdpersonal en inte speciellt implementerbar policyåtgärd. Den viktiga frågan är i stället hur man motiverar personalen, eller hur man kan skapa incitament för vårdpersonal och tjänstemän att leverera god hälsovård.

## 2. Granskning och ansvarsutkrävande

Det finns två fundamentala ansvarskedjor för granskning och ansvarsutkrävning av offentliga tjänsteproducenter: den mellan politikerna och tjänsteproducenten och den mellan nyttjarna och tjänsteproducenten.

### *Uppdragskedjan mellan politikerna och tjänsteproducenten*

Granskning och ansvarsutkrävning av tjänsteproducenter delegeras oftast till ett eller flera organ eller verk inom den offentliga sektorn. Delegering i flera steg leder ofta till otydliga ansvarsförhållanden och i utvecklingsländer är det dessutom oftast så att de institutioner som är ansvariga för granskning och ansvarsutkrävning är svaga och i många fall har tjänstemännen som har ansvar för granskning och kontroll inga incitament att verkligen granska verksamheten. Uppdragskedjan mellan politikerna och tjänsteproducenterna är därför oftast ineffektiv och missförhållanden kan förvärras när de kontrollerande organen i stället för granskning försöker utnyttja informationsasymmetrier för egen vinning. Något som tyvärr inte är ovanligt.

Men om tjänsteproducenter, såsom kliniker eller skolor, inte levererar, varför ligger det inte i politikernas intresse att reformera systemet? En viktig förklaring är att granskning och ansvarsutkrävning av vårdgivare, åtminstone kortsiktigt, är politiskt kostsamt (Chaudhury m fl 2006). Vårdgivarna är en organiserad intressegrupp medan utnyttjarna, framför

allt inom hälsosektorn, inte är det. I många utvecklingsländer väljer mer välbärgade hushåll i högre utsträckning bort offentlig vård till förmån för privata alternativ. Detta skapar i sin tur en självgenererande cykel, där de politiskt inflytelserika överger den offentliga sektorn med fortsatt försämringar i den offentliga sektorn till följd (Hirschman 1970).

Problemen förvärras av nyttjarnas brist på information om vad de bör förvänta sig eller kräva av t ex en primärvårdsenhet. Utnyttjarna har självklart information om det egna hushållets hälsosituation, och om den vård de har erhållit, men de saknar vanligen information om hur situationen ser ut i allmänhet, t ex hur många barn som dör innan 5 års ålder, eller i vilken utsträckning barnen i byn eller kommunen är vaccinerade. Även om de kan gissa att deras egna erfarenheter speglar vårdsituationen i allmänhet, är det svårt att belägga att så är fallet. Därför belönas i stället politiker för handlingar som är direkt observerbara, t ex erbjudanden om offentligt finansierade arbeten. Politikerna reagerar följaktligen: de fokuserar på kostsamma direkta transfereringar i stället för att försöka reformera och stärka den offentliga sektorn. Utnyttjarna förstår dessa incitament och ställer därför få krav på sjukvården.

### *Uppdragskedjan mellan nyttjarna och tjänsteproducenten*

Vårdgivarna kan också påverkas direkt genom att utnyttjarna ställer krav. I stor utsträckning sker ansvarsutkrävning på det viset i den privata sektorn. Om en kund är missnöjd med pris eller kvalitet kan hon välja att köpa varan från en annan producent. Och om många kunder agerar på samma vis kommer det att påverka producentens vinster och möjlighet att agera på marknaden. Denna exit-mekanism fungerar dock mer sällan i den offentliga sektorn. I många fall finns det inget alternativ till den offentliga producenten, t ex en klinik. Dessutom är länken mellan vårdgivarens prestation och vårdpersonalens kompensation oftast svag (Chaudhury m fl 2006). Offentliga medel följer typiskt inte patienten och beslut om anställning, löner och befordran bestäms nästan enbart av tjänsteålder och utbildningsnivå – inte av hur pass god vård som levereras.

Av dessa skäl har ett flertal aktörer, t ex Världsbanken (World Bank 2003), på senare år argumenterat för behovet att stärka utnyttjarnas makt och möjlighet att granska och utkräva ansvar av t ex vårdinstanser. Man brukar nämna åtminstone tre fördelar med en sådan ansats:

Det kan vara billigare och enklare för utnyttjarna att granska vårdgivaren då de har direkt erfarenhet av personalens beteende.

Utnyttjarna har möjligen andra instrument att tillgå för att belöna eller utkräva ansvar, såsom sociala belöningar eller sanktioner mot personal som inte presterar.

Såttillvida att utnyttjarna efterfrågar vård borde de ha starka incitament att försöka påverka vårdgivaren att förbättra servicenivån.

Men det finns förstås också potentiella problem med ansatsen. Framför allt kan det finnas stora *free-rider*-problem i insamling och sammanställning

av information om vårdkvalitet och vad gäller granskning och ansvarsutkrävning. Hushållen i en by ser gärna att personalen på kliniken gör sitt bästa, men de skulle föredra om någon annan person i byn lägger ner resurser, tid och kraft på att granska vårdgivaren. Således är frågan om ansvarskedjan mellan utnyttjarna och vårdgivaren kan stärkas och i så fall vilka effekter detta kan ha i mångt och mycket en empirisk fråga.

### *Evidence från ett randomiserat fältexperiment*

I ett par randomiserade fältexperiment i Uganda har jag tillsammans med Martina Björkman försökt besvara frågan om ansvarskedjan mellan utnyttjarna och vårdgivaren kan stärkas. Det första experimentet omfattade 50 hälsostationer och de byar som ligger runt hälsostationerna, totalt ca 100 000 hushåll (Björkman och Svensson 2009).

I korta ordalag gick experimentet ut på att via ett antal lokala NGOs hålla bymöten där man informerade hushållen om vilka rättigheter de hade, hur pass väl deras egen hälsostation fungerade och hur medborgarna mer aktivt kunde påverka vårdgivaren och utkräva större ansvar när personalen brast i sitt handlande. Syftet med interventionen var att lätta på de två centrala restriktioner vi ansåg höll tillbaks lokal granskning och påtryckning: tillgång till information och tillgång till strategier för att stimulera engagemang och organisering.

Den fråga vi hoppades kunna besvara var om mer välinformerade och bättre samordnade invånare på landsbygden i ett fattigt land som Uganda, genom större möjligheter till kontroll, kan höja vårdgivarens servicenivå?

Svaret visade sig vara ett kraftfullt ja. När vi ett år senare samlade in ny information fann vi att byborna i försöksgruppen mer aktivt än tidigare kontrollerade hälsostationerna. Detta i sin tur påverkade personalens beteende: närvaron steg, det blev en norm att använda medicinsk utrustning under vårdbesök, väntetiden minskade och antalet vaccinationer ökade. Mest slående är att de större möjligheterna till kontroll och ansvarsutkrävande ledde till ett ökat utnyttjande av hälsovården och i slutändan ett bättre hälsoutfall. Vi fann en markant ökning i antalet patientbesök. Barnadödligheten i försöksgruppen sjönk med hela 30 procent jämfört med kontrollgruppen, vilket innebar att runt 550 fler barn under 5 år överlevde. Vi fann också en viktökning, framför allt för undernärda barn. Storleken på dessa förbättringar av hälsoläget går att jämföra med några av de mer framgångsrika medicinska fältexperiment som genomförts. Och i det här fallet kom förbättringarna till stånd med oförändrade klinikanslag.

Det är värt att betona att till skillnad från de flesta fältexperiment inom den medicinska vetenskapen studerade vi inte effekten, givet att vårdpersonalen gör sitt jobb, av en specifik behandlingsmetod eller medicin. I stället fokuserade vi, delvis genom att ge nyttjarna tillgång till information, på hur man kan motivera eller ge incitament till vårdpersonal att göra sitt jobb och effekterna av detta på hälsoläget.

I ett uppföljningsexperiment försöker vi besvara två följdfrågor: För det

första, även om man kortsiktigt kan få nyttjarna mer engagerade i den lokala hälsovården, kan en sådan insats även leda till långsiktiga förbättringar, eller är det så att över tiden konvergerar man tillbaka till den gamla jämvikten? För det andra, måste man lätta på båda restriktionerna – både ge tillgång till information och stöd till organiserad ansvarsutkrävning, eller räcker det med att försöka underlätta det senare? Att analysera dessa frågor är av stor vikt då resultaten från andra fältexperiment om lokalt ansvarsutkrävande, i vissa fall, visar på små effekter. För att trovärdigt kunna argumentera för att lokal ansvarsutkrävning är ett komplement till resurser, eller kanske t o m ett nödvändigt villkor för att ökade resurser ska ge effekt, bör man vara säker på mekanismerna.

### *Policy*

Bristen på information om servicekvalitet är troligen också ett skäl till varför diskussionen mellan regeringar i utvecklingsländer och biståndsgivare nästan uteslutande fokuserar på resursflöden. Men resursflöden är dåliga mått på servicekvalitet i länder med svaga institutioner. Vill man försöka skifta fokus hos politiker och givare från resursfrågan till frågor om hur servicesektorn faktiskt fungerar, krävs det information om servicekvalitet. Detta är syftet i ett pågående pilotprojekt i Tanzania och Senegal (Bold, Gautier, Svensson och Waly 2010) som finansieras av Hewlett Foundation. Målsättningen är ett index där man t ex ska kunna utläsa den genomsnittliga frånvaron i primärvårdsenheter, hur mycket tid en genomsnittlig läkare tillbringar med patienter en given dag, eller om vårdpersonalen har kunskap om hur man undersöker och behandlar ett barn som har malaria. Ett sådant index, är det tänkt, kommer att underlätta granskning och utvärdering och vara ett instrument för ansvarsutkrävning och ”good governance”. Då vi i processen kommer att samla in mikrodata om servicekvalitet från många länder kommer vi också att ha tillgång till ett unikt dataset för forskning i ämnet.

## 3. Efterfråga på preventiv vård

Även om problemen på utbudssidan är omfattande har de senaste årens forskning även identifierat problem vad gäller efterfrågan på primärvård och då framför allt den förvånansvärt låga efterfrågan på förebyggande vård i utvecklingsländer. HIV-epidemin är ett exempel. Varför väljer individer att ha oskyddad sex när den obetingade sannolikheten att din partner har HIV är 20 procent eller högre vilket är fallet i många länder i Södra Afrika och när de långsiktiga konsekvenserna av att bli infekterad är så höga? Möjligen är individerna inte medvetna om riskerna eller de långsiktiga konsekvenserna. Möjligen lägger de en mycket hög vikt vid kortsiktig njutning eller belöning, med andra ord att de diskonterar ner framtida kostnader i hög grad eller möjligen att de har s k tidsinkonsistenta preferenser.

I fall förklaringen ligger i en hög diskonteringsfaktor, eller tidsinkonsi-



stenta preferenser, är det då möjligt att påverka individers sexuella beteende genom att introducera små finansiella incitament att avhålla sig från oskyddat sex? Det är en av huvudfrågorna i ett pågående fältexperiment jag jobbar med i Lesotho. De finansiella incitamenten introduceras via ett lotteri där vinnarna dras från dem som testats negativt för ett mindre antal sexuellt överförbara, och behandlingsbara, sjukdomar. Genom att variera intervallet mellan belöning och test, och belöningen i sig, kan vi förhoppningsvis utvärdera i vilken utsträckning den låga efterfrågan beror på tidsinkonsistenta preferenser.

Inspirationen till experimentet kommer från en annan pågående fältstudie i Indien där man fann en extremt låg vaccineringsgrad för barn – endast 2 procent av barnen under 2 år hade fullt skydd (Banerjee m fl 2010). En så låg vaccineringsgrad är förvånande då det är gratis att vaccinera sina barn och vaccination är en mycket effektiv preventiv åtgärd. Den låga servicenivån är en delförklaring till varför föräldrarna inte vaccinerar sina barn – forskarna fann att hälften av personalen var frånvarande när de gjorde oannonserade besök – och då det är en kostnad att ta sig till kliniken är det möjligt att osäkerheten om det finns någon på plats som kan vaccinera ens barn, kombinerat med resekostnaden, är så pass stor att det inte längre är optimalt att vaccinera barnet.

De preliminära resultaten från fältexperimentet visade att vaccineringsgraden ökade till 17 procent när man i stället började med mobila vaccineringstält, där personal fanns på plats vid givna tider, i försöksbyarna. I en delmängd av försöksbyarna delade man också ut 1 kg linser till ett värde av några kronor till dem som vaccinerade sina barn. Till deras förvåning fann då forskarna att vaccineringsgraden mer än fördubblades. Små finansiella incitament kopplade till en aktivitet med hög framtida avkastning resulterade alltså i stora beteendeförändringar. Forskarnas tolkning av resultaten är att folk har en extremt hög diskonteringsfaktor, eller möjligen tidsinkonsistenta preferenser.

Det finns dock ytterligare en förklaring som har att göra med det låga *signal-to-noise*-värdet på många hälsoprodukter. Malaria är ett illustrativt exempel. För malaria finns det preventiva produkter – impregnerade myggnät – och effektiva anti-malaria mediciner – ACTs.<sup>1</sup> *Signal-to-noise*-värdet för dessa produkter är lågt av ett antal skäl. För det första är det få personer med misstänkt malaria som testar sig. För det andra likställs ofta feber med malaria och framför allt för personer över 5 år är den diagnosen oftast felaktig. Då varken myggnät eller anti-malaria mediciner i dessa fall har någon effekt, kan det leda till att individer felaktigt uppdaterar sannolikheten att impregnerade myggnät förebygger malaria.

Problemen med det låga *signal-to-noise*-värdet förvärras av att de lokala marknaderna för hälsoprodukter i många utvecklingsländer är korrupta. Förfalskade myggnät och mediciner, eller produkter med felaktiga substanser, är mycket vanliga. En mindre pilotstudie i Uganda visade att 40 procent

<sup>1</sup> Artemisininbaserad kombinationsbehandling.

av de ACT-mediciner som säljs på lokala apotek antingen är förfalskade eller av låg kvalitet (Drug Quality and Information Program 2010). Den dominerande aktören för impregnerade myggnät i Uganda estimerar att 85 procent av de myggnät som säljs under deras varumärke är förfalskade.<sup>2</sup> Eftersom det inte går att se på produkten om den är förfalskad eller ej, eller om den innehåller rätt substanser, så blir lärandet av vad som fungerar och vad som inte gör det komplext. Dessutom är ju en malariainfektion självläkande i de flesta fall, så en individ kan dra slutsatsen att en förfalskad ACT fungerar om de blir friska, eller så kan de ha drabbats av en bakteriell infektion och dra slutsatsen efter att ha genomgått en korrekt ACT-behandling att medicinen inte fungerar.

Ett stort problem med förfalskade mediciner är att de kan innehålla subterapeutiska mängder av de aktiv substanserna. Om malariaparasiten exponeras för sådana undermåliga läkemedel kan det leda till resistensutveckling, vilket skulle få mycket allvarliga konsekvenser för möjligheterna att bekämpa malaria.

Om man beaktar problemen med förfalskade och undermåliga produkter, och det faktum att man oftast tar medicin utan en säker diagnos, samt det låga *signal-to-noise*-värde som detta med stor sannolikhet leder till, är det kanske inte så förvånande att efterfrågan på vissa preventiva produkter är så låg. Det behöver alltså inte nödvändigtvis ha att göra med tidsinkonsistenta preferenser, utan det kan helt enkelt vara så att individer inte förväntar sig att produkten hjälper i någon större utsträckning och därför inte efterfrågar den.

I en pågående fältstudie tillsammans med David Yanagizawa och Martina Björkman dokumenterar vi graden av förfalskade och undermåliga anti-malaria mediciner och myggnät på ett större antal lokala marknader i Uganda. Det är första steget i ett projekt tillsammans med amerikanska NGO där vi ska studera hur existerande aktörer, både köpare och säljare, på en marknad som vi misstänker karaktäriseras av *market-of-lemons*-problem, påverkas när en ny aktör, som kommer att sälja produkter av hög kvalitet till subventionerade priser, kommer in på marknaden. För att säkerhetsställa att vi fångar upp kausala effekter kommer vi att slumpmässigt välja ut vilka områden de nya aktörerna kommer att vara verksamma i. Varumärkes*branding* och subventionerade priser är ju en idé som Akerlof diskuterade redan i sin *market-of-lemons*-uppsats som ett sätt att hantera problem som uppkommer på grund av asymmetrisk information (Akerlof 1970), så en sådan studie, tror vi, kommer att vara av allmänt intresse.

## 4. Avslutning

Syftet med det här föredraget har varit att diskutera ett antal förklaringar till varför primärvårdstjänster inte levereras eller i vissa fall inte efterfrågas. Jag har försökt identifiera informationsasymmetrier mellan huvudmän, produ-

<sup>2</sup> Personlig kommunikation med Permanets chef för Östafrika.



center och konsumenter som delvis kan förklara varför tjänstproducenter saknar incitament att leverera god vård och varför efterfrågan på (preventiv)vård i vissa fall är så låg. Det är dock viktigt att påpeka att frågan om tillgång, kvalitet och efterfrågan på primär hälsovård i utvecklingsländer är komplex och för utvecklingsekonomer, bör man väl tillägga, ett förhållandevis utforskat område. Det är dock ett forskningsområde under stark utveckling och med stor potential, inte minst för tvärvetenskapligt arbete.

## REFERENSER

- Akerlof, G A (1970), "The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism", *Quarterly Journal of Economics*, vol 84, s 488-500.
- Banerjee, A, E Duflo, R Glennerster och D Kothari (2010), "Improving Immunization Coverage in Rural India: A Clustered Randomized Controlled Evaluation of Immunization Campaigns with and without Incentives", under utgivning i *British Medical Journal*.
- Björkman, M och J Svensson (2009), "Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment of a Community-Based Monitoring Project in Uganda", *Quarterly Journal of Economics*, vol 124, s 735-769.
- Black, R E, S S Morris och J Bryce (2003), "Where and Why are 10 million Children Dying Every Year?", *Lancet*, vol 361, s 2226-2234.
- Bold, T, B Gauthier, J Svensson och W Wane (2010), "Delivering Service Indicators in Education and Health in Africa: A Proposal", Policy Research Working Paper # 5327, World Bank, Washington DC.
- Bold, T, M Kimenyi, G Mwangi och J Sandefur, tillsammans med National Assessment Center (KNEC), Ministry of Education (Kenya), University of Nairobi and World Vision (2010), "Teacher Internship Research Programme Baseline Report", manuskript, University of Oxford.
- Chaudhury, N, J Hammer, M Kremer, K Muralidharan och F H Rogers (2006), "Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries", *Journal of Economic Perspectives*, vol 20, s 91-116.
- Drug Quality and Information Program (DQI) (2010), *Survey of the Quality of Selected Antimalarial Medicines Circulating in Madagascar, Senegal, and Uganda*, United States Pharmacopoeial Convention, Rockville MD.
- Hirschman, A O (1970), *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Jones, G, R W Steketee, R E Black, Z A Bhutta, S S Morris och Bellagio Child Survival Study Group (2003), "How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?", *Lancet*, vol 362, s 65-71.
- Mæstad, O, G Torsvik och A Aakvik (2009), "Overworked? The Relationship between Workload and Health Worker Performance in Rural Tanzania", CMI Working Paper 2009:2, Bergen, Norge.
- Pratham Organization (2009), "Annual Status of Education Report", Pratham Resource Center, Mumbai, Indien.
- Reinikka, R och J Svensson (2004), "Local Capture: Evidence from a Central Government Transfer Program in Uganda", *Quarterly Journal of Economics*, vol 119, s 679-706.
- Reinikka, R och J Svensson (2009), "Working for God? Evidence from a Change in Financing of Not-for-profit Health Care Providers in Uganda", under utgivning, *Journal of the European Economic Association*.
- World Bank (2003), *World Development Report 2004: Making Service Work for the Poor People*, Oxford University Press, New York.