

출장보고서

I. 출장개요

1. 출장자: 손기태
2. 출장기간: 2009. 10.18.~10.22
3. 출장지: 베트남 북부고지
4. 출장목적: 세계은행을 통해서 수행되고 있는 베트남 북부고지 의료지원사업을 현장조사함.

II. 출장일정

일자	행선지	활동사항	비고
09.10.18	하노이 국제공항	이동	
09.10.19	하노이	현장조사	
09.10.20~21	베트남 북부고지	현장조사	
09.10.22	인천	이동	

III. 현장답사에서 취득한 내용

1. 교통사정

- 하노이 시내의 도로는 좁을 뿐만 아니라 오토바이, 승용차, 자전거, 관광버스, 보행자가 신호를 잘 지키지 않아 물자수송이

신속하게 이루어지지 않음.

- 인도를 오토바이 또는 상점이 점유하고 있어서 보행자는 차도로 다닐 수밖에 없음.

□ 하노이에서 북부고지로 가는 국도는 대부분 편도 일차선으로 건설되어 있기 때문에 수송지연과 운전자 안전에 문제가 있음.

- 국도가 편도 일차선이기 때문에 앞차 추월에 어려움을 겪음.
- 앞 차를 추월해야 할 경우 중앙선을 침범해야 하기 때문에 운전자는 교통사고의 위험을 감수함.
- 오토바이, 자전거, 대형/소형 자동차가 한 차선을 공유하기 때문에 교통사고의 위험이 높을 것으로 판단됨.

2. 도로사정

□ 도심도로는 물론 국도도 도로면이 고르지 않아 교통사고의 위험이 높을 뿐만 아니라 자동차를 고속으로 운행하기 어려움.

- 도로사정이 열악해서 신속한 물자수송이 어려움.

3. 도심 공기오염

□ 오토바이와 자동차의 배기가스로 인해서 도심 내 공기오염이 심각한 상태임.

- 마스크를 착용한 사람들을 종종 목격할 수 있음.

- 공해가 심할 경우에는 눈과 코가 따끔거리는 증상이 나타나기도 함.

4. 북부고지 주민의 신체상태

- 북부고지 주민은 체격은 대체로 왜소하고 빠진 이와 충치를 발견할 수 있음.
- 이 지역 주민의 생활수준이 낮고 보건 지식이 부족하다는 점을 유추할 수 있음.

5. 북부고지 주민의 거주환경

- 도로와 같은 인프라 건설이 개선되지 않고서는 지역 주민의 생활수준이 향상되기 힘들 것으로 예상됨.
- 북부고지에서는 사정이 열악한 도로조차 없는 경우가 많아서 신속한 이동시 4륜 구동차가 필요함.
- 대부분의 주민은 4륜 구동차와 같은 이동수단이 부족하기 때문에 주민의 이동은 물론 상거래에 제약을 받음.
- 집의 창문과 문의 틈새가 있고 모기장과 같은 기본적인 해충 방지 시설이 부족해서 파리와 모기를 통한 질병의 우려가 있음.
- 특히, 집주변에 음식물을 비롯하여 각종 쓰레기가 널려져 있어 해충이 더욱 창궐하는 것으로 판단됨.

6. 병원위생상태

- 병원내부는 위생적이지 않아 내외래 환자의 건강에 악영향을 끼칠 우려가 있음.
- 의사와 간호사의 옷에 때가 많이 묻어 있고, 건물 내에 먼지와 흙이 눈에 띈.
- 의료도구가 잘 정돈되어 있지 않을 뿐만 아니라 관리가 위생적으로 이루어지고 있지 않음.
- 화장실에 파리와 모기가 있고 수도의 수압이 낮아 개인위생에 어려움을 겪음.

7. 의료진

- 병원에서는 의료진의 1/3 정도를 현장에서 찾을 수 없었음.
- 결근과 같은 근무태만의 문제가 존재하지만 이에 대한 특별한 재제조치가 있는 것 같지 않음.

아래에서는 이와 같은 현장조사를 기초로 해당 사업에 대해서 더욱 구체적으로 기술하였다.

베트남 북부고지 의료지원 사업

본 장은 사업평가문서(Project Appraisal Document, Report No. 39518-VN, 2008/2/13)를 바탕으로 세계은행이 베트남 북부고지에서 진행 중인 의료지원 사업에 대해서 설명하고 미시개발경제학의 관점에서 이 사업 계획을 평가하고자 한다. 북부고지 의료지원 사업은 비록 우리나라의 공적개발원조기관이 진행하고 있는 사업은 아니지만 본 장에서 제공하는 사업계획 평가 예를 우리나라의 유사사업에 적용하여 더욱 효율적인 사업을 수행할 수 있을 것으로 사료된다.¹⁾

1. 사업계획 설명

가. 배경: 공급측면에서 북부고지의 주민이 이용하는 지구병원(district hospital)의 시설과 서비스가 낙후되었고, 수요측면에서는 지역 주민의 낮은 소득으로 인해 의료서비스 이용 수준이 낮아 부유층과 빈민 간 의료서비스의 소비 격차가 큼.

나. 금융지원형태: 신용

다. 대출자: 세계은행 내 International Development Association, **차용자:** 베트남 정부

라. 지출 계획

국내에서 \$3,100만 해외에서 \$2,900만, 총 \$6,000만의 금액이 표 1에 기술한 바와 같이 지출될 예정이다.

표 1. 북부고지 의료지원 사업 지출계획

(단위: 백만 달러)

회계연도	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
연간지출	0.20	1.00	2.00	10.00	20.00	20.00	6.80
누적지출	0.20	1.20	3.20	13.20	33.20	53.20	60.00

1) 본 장에서는 KOICA를 통해서 베트남에서 진행되는 의료 또는 교육 사업 중 하나를 설명하고 평가하려고 했지만 자료접근이 상대적으로 어려워서 세계은행이 진행하는 북부고지 의료지원 사업으로 설명 대상을 교체하였다.

마. 목표: “Decision 139-빈민 의료자금(Health Care Fund for the Poor: HCFP, 이하 Decision 139로 칭함)” 수혜자인 북부고지의 가난한 소수민의 건강 증진에 기여.

바. 주요활동: 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 의료제도의 역량 강화와 Decision 139 수혜자의 의료서비스 이용 증가.

사. 주요결과지표

1. Decision 139 수혜자의 지구병원 입원 및 외래 서비스 이용률
2. 생계를 위협할 만한 의료비지출을 경험한 가계 비율
3. 북부고지에 맞도록 수정한 전국 표준(Decision 23/205/QD-BYT)에 따라 의료서비스를 제공하는 지구병원 비율

아. 구체적인 사업 활동

세계은행은 북부고지의 가난한 소수민의 건강증진을 위해서 표 2에 나열된 사업을 시행하고 있다.

표 2. 북부고지 의료지원 사업 활동

사업 항목 (지원비)	사업 항목 내 세부 사항
지구 단위의 의료 서비스 강화 (\$4,290만)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 의료진 역량 강화와 인력 유지를 위한 시험 모형 개발 2. 기초 의료 기구 제공과 선별적인 시설 정비 및 개선 3. 병원 관리 개선
Decision 139 수혜자의 의료 서비스에 필요한 재정 지원 (\$1,000만)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비가 생계를 위협할 수준일 경우 의료비 지원. 2. 베트남 정부가 실행하고 있는 HCFP의 상한선을 초과하는 액수에 대한 의료비 지원. 3. 운송이나 식량과 같은 비의료비용 지원 4. HCFP 수행의 감독, 보고, 관리 역량 강화
사업 감독, 평가, 관리 (\$710만)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 기술적 문제, 조달, 금융 관리, 지출에

	관한 자문 서비스 2. 사업 관리 책임자 훈련 3. 필수 사무기기 제공 4. 운용비용 지원 5. 자료수집, 지표갱신, 중간보고서, 사업결과보고서, 감사를 포함하여 사업 감독 및 평가 활동
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

자. 조직구조

사업이 장기적으로 이루어지고 정부가 차용자이기 때문에 조직이 긴 수직 구조를 보이고 있다.

표 3. 북부고지 의료지원 사업 조직구조

담당조직	책임
세계은행	6개월 단위의 감독
의료부(Ministry of Health)	사업의 전반적 사항 관리
중앙사업관리본부(Central Project Management Unit: CPMU)	의료부 내에 설립. 사업의 이행과 조정
지역사업관리본부(Provincial Project Management Unit: PPMU)	각 사업 지역에 설립. 사업 활동의 일상적 운용 책임.
중심지 (Focal Point)	각 지구병원에 3개의 중심지 설치. PPMU에 사업 진행 상황 보고.

차. 진행 또는 최종 결과의 감독 및 평가

세계은행은 사업이 목표대로 진행되는지 파악하기 위해서 사업 중 지표(milestone indicator)와 사업 후 지표에 필요한 자료 수집과 분석을 수행할 계획이다. 이 지표는 대체로 의료비 부담, 의료서비스의 질, 인적자원 관리와 같이 의료시스템운용의 다양한 면을 측정한다. 사업결과는 주로 특정 기간 중 관심지표의 증감으로 평가하고 실험을 통해서 이루어지지 않는다. 이 경우 사업결과는 해당 사업 외의 여러 상황에 영향을 받을 수 있다.

카. 지속가능성

세계은행은 사업기간 중에 설치된 인프라를 사업기간 후에도 유지하기 위해서 각 지구병원이 지역담당자의 동의하에 사업투자 후 5년 기간의 병원

유지계획과 예산을 마련하도록 조치하고 있다. 단, 이 계획은 지역과 지구 거주민 위원회의 승인을 받아야 한다. 또한 이 사업을 통해서 훈련을 받은 의료진이 사업 후 다른 지역으로 이주하는 것을 방지하기 위해서 훈련 후 3년간의 의무 거주 조항을 훈련수혜 조건으로 달았다. Decision 139 수혜자에 대한 자금지원이 사업 후에도 계속 이루어지도록 하기 위해서 세계은행과 베트남 정부는 지원대상군의 의료서비스 이용 증진과 의료비 지불에 따른 생계 곤란을 방지하기 위한 금융 대책을 구상하고 있다.

2. 사업계획 평가

가. 사업 계획

경제학적 문제가 발생하는 근본적인 원인은 예산의 제약이다. 예산이 제한되어 있지 않다면 모든 개인은 자신이 원하는 만큼 재화와 용역을 얻을 수 있을 것이다. 그러나 현실적으로는 예산이 제한되어 있기 때문에 개인은 제한된 예산으로 최대의 효용을 얻거나, 이론적으로는 동일하게, 일정 수준의 효용을 최소한의 비용으로 얻기 위한 방법을 찾아 나선다. 이와 같이 최소의 비용으로 최대의 효용을 얻을 경우 경제학에서는 이 방법을 효율적이라고 한다.

1) 왜 베트남인가?

경제학적 효율성이라는 잣대를 이 사업에 적용했을 때 \$6,000만이라는 신용이 왜 베트남에 사용되어야 하는 의문이 생긴다. Transparency International의 2008년 지각된 부패 지수(Corruption Perceptions Index)에 따르면, 베트남은 180국 중 121위로 “덜” 부패가 되어 있어서 베트남은 부정 부패가 심한 국가로 분류될 수 있다. 또한 Freedom House의 2009년 세계자유지수의 경우, 1~7의 범위에서 측정된 참정권과 시민적 자유 지수에서 베트남은 참정권이 전혀 보장되어 있지 않은 지수인 7과 시민적 자유가 상당히 제한된 5의 시민적 자유 지수를 받았다. 부패가 심하고 시민의 권리와 자유가 제한된 국가에서 정부에 수여된 신용 중 목적대로 사용되지 않을 부분이 많을 것이다. 실제로, 1984년 베트남과 비슷한 수준의 부패와 시민의 권리와 자유가 제한된 국가를 보면, 기니아에서 정부가 제공하는 의약품 중 70% 이상이 유용되었고 (Foster, 1990), 비슷한 시기에 카메룬, 탄자니아, 우간다에서

도 공적으로 제공된 의약품 중 30%정도가 유용되었다 (World Bank, 1994).²⁾ 이와 같은 사례를 참고할 때에 베트남에 지원을 해야 할 정당성이 약해진다.

2) 왜 북부고지인가?

부패가 심하고 시민의 권리와 자유가 극히 제한된 베트남에 지원이 이루어져야 하더라도, 왜 북부고지에 지원이 되어야 하는지 정당화되어야 할 것이다. 세계은행은 북부고지 주민의 소득수준이 전국평균보다 낮고 건강상태가 열악하다는 사업배경을 설명하면서 지역선택의 근거를 간접적으로 제시한다. 그러나 베트남에는 이와 같은 특성을 가진 사람들이 북부고지 외에도 많고, 특히 하노이, 호치민과 같은 대도시에는 빈민촌이 형성되어 있다. 전국평균보다 낮은 소득수준 또는 건강상태를 보이는 사람들이 지원 대상이라면 북부고지와 같이 기존 도로, 항만, 전기 등의 인프라가 부족한 지역보다 이와 같은 인프라가 상대적으로 잘 구축되어 있는 지역에서 사업이 수행된다면 더욱 적은 금액으로 동일한 수의 빈민에게 지원 혜택을 제공할 수 있을 것이다.

3) 왜 의료지원인가?

베트남 북부고지가 지원대상이 되어야 한다고 하더라도 지원이 의료의 형태로 이루어져야 하는지의 문제가 남는다. 세계은행은 베트남 내 건강상태 불균형이 심하고 특히 유아사망률의 경우 베트남 전국 평균이 1,000명당 18.1명인데 반해 북부고지 중 하 지양(Ha Giang) 지역의 유아사망율은 전국 평균의 3배를 상회하는 1,000명 당 60명이고 다른 건강지수도 비슷한 경향을 보이기 때문에 의료 지원이 필요하다고 암시한다. 그러나 사업이 효율적으로 이루어지기 위해서는 지역 주민이 현재 가장 필요로 하는 재화와 용역이 과

2) 지원금을 포함해서 개발도상국에서 일어나는 공공지출의 유용의 심각성은 의료부문에만 한정되어 있지 않다. 표 4는 5시기 4개국의 초등교육에 쓰이는 공공지출이 얼마나 심각하게 유용되는지 보여준다.

표 4. 초등교육에서의 비임금 자금의 유용

국가	연도	지출프로그램	표본 수	유용률 (%)
가나	1998	초등교육에 대한 비임금 지출	126	49
탄자니아	1998	초등교육에 대한 비임금 지출	45	57
우간다	1995	학생 일인당 보조금	250	78
잠비아	2001	고정 학교 보조금	182	10
잠비아	2001	임의 비임금 보조금 프로그램	182	76

주: 표본 수는 설문대상 학교 수이고, 유용률은 약속된 자금 중 학교까지 도달하지 않은 자금의 비율임.

자료: Reinikka & Svensson (2004), p. 697.

연 의료서비스인지 먼저 파악되어야 한다. 지역 주민이 가장 원하는 재화와 용역이 의료서비스가 아닌 다른 재화와 용역이라면 의료서비스 제공은 비효율적이라고 할 수 있다.

또한 미시메카니즘에 대한 고려가 없이 의료서비스를 지원했을 때 지원대상자의 건강상태가 개선된다는 보장도 없다 (Filmer, Pritchett, 1999; Filmer, Hammer, Pritchett, 2000). 앞에서 언급한 바와 같이 개발도상국에서의 지원금 유용이 큰 문제이지만, 지원금이 유용되지 않고 모두 의료서비스의 개선으로 이어진다고 해도 공공부문의 지출증가로 개인부분이 의료서비스가 감소할 수도 있다. 이와 같이 의료서비스에서 구축현상(crowd-out)이 발생할 경우, 공공부문의 의료서비스가 한 단위 증가한다고 하더라도 사회 전체적으로 볼 때 의료서비스는 한 단위 미만 증가한다고 할 수 있다. 특히, 이 사업에서와 마찬가지로 의료서비스 중 기초의료서비스가 주요 지원대상일 때 구축현상이 심하다.

4) 왜 소수민인가?

단순히 지역 주민 전체를 지원 대상으로 하기보다 세계은행은 북부고지 주민 중 소수민을 주요 지원 대상으로 삼고 있다. 세계은행이 제시하는 근거는 북부고지의 킨족과 한족의 일인당 외래진료 방문이 2.93회인데 반해 소수민은 1.40회이며 1,000명당 입원진료 방문의 경우, 킨족과 한족은 77회인 반면 소수민은 41회이다. 그러나 소수민이 킨족이나 한족에 비해서 의료서비스 이용 수준이 낮기 때문에 소수민에 의료서비스를 제공해야한다는 주장은 설득력이 없다. 동일한 소득을 가진 서로 다른 두 사람이 상이한 선호를 갖고 있다면 동일한 소비 형태를 보일 수 없을 것이다. 같은 논리로 동일한 소득 하에 소수민이 킨족이나 한족보다 의료서비스를 적게 이용한다면 소수민은 의료서비스보다 다른 재화와 용역을 선호한다고 할 수 있다. 이 경우, 소수민의 선호에 관계없이 의료서비스를 임의로 제공하는 사업은 효율적이라고 볼 수 없다. 소수민의 선호 파악이 선행이 되고 소수민의 선호에 따른 사업 수행이 더욱 효율적일 것이다.

나. 사업 수행의 차질을 막기 위한 세계은행의 방안

베트남 북부고지에 거주하는 소수민에 대한 지원이 의료 형태로 이루어져야 한다고 하더라도 이 사업수행 전, 중, 후에서 많은 문제점이 발견된

다. 세계은행도 이와 같은 문제점을 인식하고 이를 해결하려는 노력을 보인다. 본 절에서는 사업목적과 사업 활동에 해당하는 위험 중 사업진행에 큰 차질을 빚고 다른 위험에 대한 응용가능성이 높은 위험을 각각 하나씩 선택하여 세계은행이 제시한 문제해결 방법에 존재하는 약점을 지적하겠다.

1) 사업목적에 해당하는 문제의 예

각 지역에서 부유층이 양질의 의료서비스를 장악한다면 의료서비스 이용 격차를 줄이려는 사업목표에 차질이 생길 수 있다. 이와 같은 문제를 해결하기 위해서 세계은행은 빈민 지원과 서비스 이용 관찰 및 사업 중 설문 조사를 통해서 사업 활동을 조절한다는 막연한 계획을 고려하고 있다. 그러나 비록 빈민에 대한 금융지원이 증가하고 사후 관찰을 통해서 사업 활동이 조절된다고 하더라도 부유층이 개선된 의료서비스에 대해서 빈민보다 더 많은 금액을 지불한다면 결국 부유층이 의료서비스 수혜자가 될 것이다. 이 경우, 빈민을 위해서 의료서비스를 개선하였지만 부유층에 의료서비스를 보조한 결과를 가져올 수밖에 없다.

의료서비스의 양적 팽창을 통해서 빈민의 의료서비스 소비를 진작시킬 수 있겠지만 이 지역에 애초에 의료서비스가 부족했다는 사실을 상기할 때 빈민에 대한 재정 지원만으로는 의료서비스의 양적 팽창을 이루기는 어려울 것으로 판단된다. 앞에서 언급한 바와 같이, 빈민을 위해서 의료서비스를 양적으로 팽창해야 할 유인이 존재하지 않는 상황에서 자금을 지원했을 때 이 자금이 개인적인 목적으로 유용되거나 빈민이 혜택을 받기보다는 정치적 또는 경제적 권력을 가진 집단이 혜택을 받을 가능성이 농후하다. 의료기계 또는 의약품이 암시장에 거래되는 점이 한 예가 될 것이다. 설사 의료서비스가 양적으로 팽창한다고 하더라도 부유층과 빈민 간 의료서비스 소비의 질적 격차 문제는 여전히 남는다. 세계은행이 언급한 “사업 활동 조절”이 부유층에 대한 특정 의료서비스의 소비제한이라면 세계은행은 소비의 자유를 침범하는 우를 범하게 된다.

2) 사업 활동에 해당하는 문제의 예

의료서비스의 소비격차 해소라는 큰 틀에 존재하는 문제 외에 구체적인 사업 활동에서도 여러 문제가 존재한다. 한 예로, 세계은행은 이 지역의 거주환경이 열악하기 때문에 고급기술을 가진 의료진을 이 지역으로 끌어들

이기는 힘들다는 점을 인식하고 있다. 이와 같은 판단 하에 세계은행은 이 지역에 거주하는 의료진을 훈련시켜 의료서비스를 개선하고자 한다. 이렇게 훈련된 의료진이 이 지역을 떠나 거주환경이 더 나은 지역으로 이주하는 문제를 방지하기 위해서 세계은행은 기술훈련을 위한 전략적인 인적자원 계획과 노동시장연구로 의료진 이탈을 방지한다는 모호한 계획을 갖고 있다. 훈련을 받은 의료진이 해당 거주지에서 3년 동안 의무적으로 거주를 해야 한다는 훈련수혜조건이 이와 같은 대책 중의 하나이다.

그러나 의료진 이탈을 위한 대책이 과연 효과적일 수 있을지는 확실하지 않다. 훈련이 효과적이기 위해서는 훈련을 받는 사람이 훈련의 내용을 습득할 능력이 있어야 하고 훈련을 받을 의지가 있어야 한다. 능력과 의지를 고려해서 사업을 계획한다면, 현지 의료진에게 훈련을 제공하기 전, 의료진이 낮은 기술을 소유하고 있는 원인을 추정하는 것이 선행되어야 할 것이다.

그 원인이 부족한 훈련에 기인한다면 추가적인 훈련으로 의료진의 기술수준을 향상시킬 수 있을 것이다. 그러나 노동경제학에서 널리 받아들여지고 있는 Mincer(1958)의 교육수준 결정 모형에 따르면, 신용제한이 없다는 가정 하에 개인은 자신의 능력에 따라서 추가적인 훈련의 비용과 효용을 비교한 후 그에 합당한 수준의 인적자본을 축적한다. 능력이 높은 개인은 인적자본 축적에 따른 금전 또는 비금전적 비용이 상대적으로 낮기 때문에 더욱 높은 수준의 인적자본을 축적하는 반면, 능력이 낮은 개인은 이 비용이 높기 때문에 낮은 수준의 인적자본을 축적하게 된다. 이 논리를 사업에 적용하면, 의료진은 이미 개인의 능력에 적합한 수준의 기술을 습득하고 있다는 결론을 내릴 수 있다. 즉, 의료진의 기술 수준이 낮은 이유는 의료진의 능력이 낮기 때문이고 추가적인 훈련은 의료진의 능력을 초과하기 때문에 훈련이 효과적이지 않을 것이라고 추정할 수 있다.

기술 습득에 대한 제한이 능력이 아닌 유인에 기인할 수도 있다. 신용제한이 존재해서 높은 능력을 소유한 개인이 추가적인 훈련을 통해서 기술수준을 높일 수 있다고 해도 개인이 기술을 습득한 후 이 기술로 무엇을 얻을 수 있을지 고려해야 한다. 고급기술을 사용하는 의료진과 저급기술을 사용하는 의료진이 받는 보상에 큰 차이가 없다면 개인은 훈련을 받을 유인을 잃게 된다. 특히, 베트남과 같이 근로자 간 임금격차를 줄이기 위한 정책을 펴는 국가에서는 유인의 결여가 기술습득에 장애가 될 수 있다.

훈련의 유인이 존재해서 의료진이 고급기술을 습득했다고 하더라도 의료진이 고급기술을 빈민에게 사용하리라는 보장은 없다. 표 5에서 나타나듯이 개발도상국에서는 의사와 간호사가 병원에 등록되어 있어도 결근하는 경

우는 흔하다. 이 경우, 습득한 기술이 의료진에 머물러 있게 된다. 또는 훈련을 받은 의료진이 결근하고 고급기술을 비공식적인 통로를 통해서 부유층에 적용하여 개인적인 이득을 얻을 수 있다. 더욱이 훈련이 제공되지 않았더라면 빈민을 치료했을 의료진이 훈련 후 부유층을 대상으로 의료행위를 한다면 이 사업은 오히려 목표에 반하는 결과를 낳을 우려도 있다.

표 5. 국가 간 공급자 부재 비율

국가	1차 의료기관에서의 의료진 부재 비율 (%)
방글라데시	35
인도	40
인도네시아	40
페루	25
우간다	37
단순평균	35

자료: Chaudhury, Hammer, Kremer, Muralidharan, & Rogers (2006), p. 92.

참고문헌

- Chaudhury, Nazmul, Jeffrey Hammer, Michael Kremer, Karthik Muralidharan, & F. Hasley Rogers. 2006. Missing in action: Teacher and health worker absence in developing countries. *Journal of Economic Perspectives*. 20(1), 91-116.
- Filmer, Deon & Lant Pritchett. 1999. The impact of public spending on health: Does money matter?. *Social Science & Medicine*. 49(10), 1309-1323.
- Filmer, Deon, Jeffrey S. Hammer, & Lant H. Pritchett. 2000. Weak links in the chain: A diagnosis of health policy in poor countries. *World Bank Research Observer*. 15(2), 199-224.
- Foster, S. D. 1990. *Improving the supply and use of essential drugs in Sub-Saharan Africa*. World Bank WPS # 456. Washington, D.C.: World Bank.
- Mincer, Jacob. 1958. Investment on human capital and personal income distribution. *Journal of Political Economy*. 66(4), 281-302.
- Reinikka, Ritva & Jakob Svensson. 2004. Local capture: Evidence from a central government transfer program in Uganda. *Quarterly Journal of Economics*. 119(2), 679-705.
- World Bank. 1994. *Better health in Africa: Lessons and experiences learned*. Washington, D.C.: World Bank.