

Bangladesch: Gesundheits- und Bevölkerungsprogramm V

Schlussprüfung

OECD-Förderbereich	Bevölkerungspolitik und Familienplanung (13030)	
BMZ-Projektnummer	1) 1998 65 353 (Tranche 1)	2) 2000 66 043 (Tranche 2)
Projektträger	Gesundheitsministerium (Ministry of Health and Family Welfare, MoHFW)	
Consultant	EPOS Health Consultants	
Jahr der Schlussprüfung	2005	
	Programmprüfung (Plan)	Schlussprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	1) IV/1998 2) III/ 2002	1) I/2000 2) III/2002
Durchführungszeitraum	1) 5 Jahre 2) 1 Jahr	1) 4 Jahre 2) 1 Jahr
Investitionskosten	Gesamtprogramm (SWAP): 2,8 Mrd. USD	
Eigenbeitrag	ca. 65% finanziert durch die Regierung ca. 35% durch die Gebergemeinschaft	
Finanzierung aus FZ-Mitteln	1) 23,0 Mio. EUR 2) 5,1 Mio. EUR	1) 23,0 Mio. EUR 2) 5,1 Mio. EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	Geberkonsortium im Rahmen des SWAp (Pool- und Parallelfiananzierung): Weltbank, DFID, CIDA, SIDA, USAID, UNFPA, UNICEF, JICA, EC, WHO, KfW/GTZ Im Subsektor Bevölkerungspolitik: CIDA, SIDA, USAID, UNIFEM, KfW	
Erfolgseinstufung	3	
• Signifikanz/Relevanz	3	
• Effektivität	3	
• Effizienz	3	

1 Kurzbeschreibung, Oberziel und Programmziele mit Indikatoren

Das FZ-Programm umfasste die Beschaffung und Verteilung von oralen Kontrazeptiva (Pillen) als Teil der Familienplanungskomponente des sektorweiten Gesundheits- und Familienplanungsprogramms (HPSP). Das HPSP wurde von 1998 bis Juni 2003 und einschl. Überbrückungsphase bis 2005 von einem Geberkonsortium unter Führung der Weltbank umgesetzt. Der deutsche Programmteil wurde als Parallelfiananzierung in zwei Tranchen (23 Mio. EUR und 5,1 Mio. EUR) im Rahmen einer FZ-TZ-Kooperation umgesetzt. Das FZ-Programm (i) beschaffte etwa 30% (175 Mio. Zyklen) der landesweit nachgefragten oralen Kontrazeptiva des Landes und verteilte diese über staatliche Institutionen, (ii) unterstützte den Träger über Consultingleistungen bei Beschaffungsaufgaben, Qualitätskontrollen und im Monitoring der Verteilung der Pillen sowie der Berichterstattung und (iii) sollte über das TZ-Projekt und die Mitfinanzierung des Geberkonsortium-Programmbüros am Sektordialog des HPSP mitwirken. Das TZ-Vorhaben konzentrierte sich auf die Konzeption von Fortbildungsprogrammen in der Basisgesundheit. Ein Nachfolgevorhaben - als Programmbeitrag zum nächsten Gesundheits-SWAP, dem *Health, Nutrition, and Population Sector Program* (HNPS) wird gerade von der KfW Entwicklungsbank vorbereitet. Die Programmkenndaten befinden sich in Anlage 1.

Entwicklungspolitisches Ziel des HPSP war eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung von Bangladesch unter besonderer Berücksichtigung von Frauen, Kindern und Armen, u. a. durch Bereitstellung wesentlicher Gesundheitspakete (*essential service packages*, ESP) und durch Sektorreformen (Zielsystem vgl. Anlage 2). Oberziel des FZ-Programms war es, innerhalb der Familienpla-

nungskomponente des HPSP einen Beitrag zur Konsolidierung bzw. Reduzierung der Fruchtbarkeitsrate (und damit des Bevölkerungswachstums) zu leisten. Indikatoren waren die Steigerung der Kontrazeptiva-Nutzung (Prävalenzrate) von 49% (Tranche 1) bzw. 54% (Tranche 2) auf 60% (2004) und die Konsolidierung bzw. Reduzierung der Gesamt-Fruchtbarkeitsrate von 3,3 (Tranche 1) bzw. 3,2 (Tranche 2). Programmziel war die Erleichterung des Zugangs zu Familienplanungsdienstleistungen über eine flächendeckende (quantitativ und qualitativ angemessene) Versorgung insbesondere der peripheren Einrichtungen (staatliche Basisgesundheitsstationen) mit niedrig dosierten Kontrazeptiva (Pillen) und ihre Nutzung durch die Nachfrager, d.h. Frauen im gebärfähigen Alter unter Berücksichtigung von Armen und benachteiligten Gruppen.

2 Konzeption des Vorhabens / Wesentliche Abweichungen von der ursprünglichen Programmplanung und deren Hauptursachen

Ende der 90er Jahre hat die bangladeschische Regierung landesweit 126 verschiedene Geber unterstützte Einzelvorhaben und 66 Einzelkomponenten aus dem vierten Gesundheitsplan zu einem gemeinsamen sektorweiten Programm (SWAp), dem HPSP, zusammengeführt. Ziel des HPSP war die Bereitstellung von notwendigen Gesundheitsmaßnahmen (*essential service packages*, ESP) für Arme und Frauen. HPSP unterstützte auch Gesundheitsreformen auf Distriktebene (*community clinics and hospital improvement initiative*), die Koordinierung zwischen den Verwaltungsebenen, Effizienzsteigerungen bei der Sektorplanung (Aufbau eines *management information system*, *stärkere* Ausrichtung auf Armutsminderung und Gender, Abbau der informellen Gebühren) und im Beschaffungswesen (einschließlich der Reduzierung des Schwundes an Material) sowie die Verbesserung der Gesundheitsfinanzierung. Mit einem Umfang von 2,8 Mrd. USD (davon 1,6 Mrd. USD für die ESPs einschließlich Familienplanung) in der Programmlaufzeit 1998 bis 2004 gilt das HPSP weltweit als der erste und größte SWAp. Das Geberkonsortium brachte durch Pool- (Weltbank, CIDA, DFID, EU, die Niederlande und SIDA) und Parallelförderung (BMZ über FZ und TZ, UN, USAID, ADB) knapp ein Drittel der Gesamtkosten des HPSP auf. Familienplanungsaktivitäten wurden primär (ca. 60%) aus dem HPSP-Pool finanziert, außerdem von USAID (*Social Marketing*), der KfW Entwicklungsbank (orale Kontrazeptiva im staatlichen Sektor) und UNFPA.

94% der FZ-Mittel wurden für die Beschaffung von niedrig dosierten Kontrazeptiva (Pille) genutzt, 5% für Consultingleistungen und 1% für die Mitfinanzierung von HPSP-Verwaltungskosten (0,53 Mio. EUR für das Programmverwaltungs- und Monitoringbüro des HPSP *Support Office*).

Über die Laufzeit des Programms gesehen wurden etwa 30% der landesweit nachgefragten oralen Kontrazeptiva aus FZ-Mitteln und 20% aus den HPSP-Poolmitteln beschafft; diese Pillen wurden im Rahmen des staatlichen Systems verteilt. Außerdem wurden 45% der oralen Kontrazeptiva von NGOs (über *Social Marketing*) angeboten (primär finanziert von USAID, mit einer breiteren Produktpalette) und die restlichen 5% vom Privatsektor vertrieben. Moderne Kontrazeptiva werden nahezu überall durch die staatlich bezahlten Krankenhäuser und *family workers* formal kostenlos - sowie über *Social Marketing* gegen Gebühren in sehr vielen Apotheken - angeboten. Das FZ-Programm war als FZ-TZ-Kooperationsvorhaben angelegt.

Zu wesentlichen Änderungen der Programmkonzeption kam es nicht. Einsparungen aus der ersten Tranche des FZ-Programms wurden genutzt, um knapp 6 Mio. mehr orale Kontrazeptiva zu beschaffen als ursprünglich geplant. Die Consultingleistungen von insgesamt 1,2 Mio. EUR für die Unterstützung im Beschaffungswesen wurden aus der ersten Tranche finanziert und für beide Tranchen genutzt. Auf Grund verschiedener Schwierigkeiten in der Verwaltung und bei den Sektorreformen des HPSP verzögerte sich die Durchführung des FZ-Programms leicht.

Es liegen uns keine Hinweise auf eine nicht ordnungsgemäße Mittelverwendung vor. Derzeit sind noch Restmittel in Höhe von ca. 36 TEUR aus der Tranche 1 vorhanden. Diese sollen im derzeit in Vorbereitung befindlichen Nachfolgevorhaben für den Kauf von Kontrazeptiva verwendet werden. Sofern sich hierbei noch Probleme ergeben, womit wir derzeit nicht rechnen, wird die KfW gesondert darüber berichten.

Bewertung des Gesamtkonzepts des HPSP und des FZ-Programms

Das HPSP hat sich auf die flächendeckende Bereitstellung der wesentlichen Gesundheitsdienstleistungen (ESP) konzentriert. Im kürzlich vorgelegten Entwurf des Schlussberichts der Weltbank (*Implementation Completion Report*) wurden die Gesamtwirkungen des HPSP nur mit „*moderately unsatisfactory*“ bewertet. Kritisiert wurden insbesondere die fehlenden Erfolge beim Armutstargeting und der mangelnden Gender-Orientierung, bei der Qualität der angebotenen Dienstleistungen und bei den nur unzureichend umgesetzten Sektorreformen (insbesondere Dezentralisierung, Zusammenlegung der Familienplanungs- und Gesundheitsbereiche im Ministerium, Beschaffungswesen, Personalpolitik).

Ausgehend vom HPSP-Konzept stand beim FZ-Familienplanungsprogramm die möglichst breite Bedienung der gebärfähigen Frauen im Mittelpunkt. Dabei stimmten sich die an Familienplanung (FP) beteiligten Geber und das MOHFW in der Nachfrage orientierten Bereitstellung der verschiedenen Kontrazeptiva hinsichtlich Menge und Methoden bzw. Produkte ab. Das FZ-Programm ordnete sich mit den niedrig dosierten Pillen für den staatlichen Sektor in die Logistik dieses Gesamtprogramms ein, so dass Beschaffung und Verteilung der aus FZ finanzierten oralen Kontrazeptiva in einem arbeitsteiligen und grundsätzlich kohärenten landesweiten System erfolgte.

Diese Systematik führte zu einer Nachfrage orientierten Verteilung der Kontrazeptiva im Land, vernachlässigte aber eine sinnvolle und langfristig erforderliche Fokussierung auf benachteiligte bzw. arme Zielgruppen, bei denen in besonderem Maße ein unbefriedigter Bedarf (*unmet needs*) hinsichtlich Familienplanung existieren:

- Besonders groß ist der Anteil der *unmet needs* bei sehr jungen Frauen zwischen 10 und 20 (nämlich 23,3% bei den 10-14jährigen und 15,1% bei den 15-19 jährigen, während er bei den 20-35jährigen 12,3% und bei den 40-44jährigen nur 6,8% beträgt).
- Stärkere Fokussierung auf die Regionen Chittagong und Sylhet (und zu einem geringeren Maße auch Dhaka), wo es schlechte *Social Marketing*-Verteilungsstrukturen und die geringsten Fortschritte im Familienplanungsbereich gibt. In diesen Regionen ist der Anteil an *unmet needs* überdurchschnittlich hoch: In Sylhet (20,6%) und in Chittagong (17%).

Durch den geplanten Rückgang der *family workers* wurden diese Zielgruppen nur unzureichend erreicht, denn diese jungen Frauen gehen selten in die neu errichteten staatlichen Gesundheitszentren (*community clinics*). Sie brauchen besondere Aufklärungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen (wie zum Beispiel Hausbesuche, die ihre Männer mit einschließen, oder Diskussionen über das Thema in der Schule), die über die sonst sehr erfolgreichen Fernsehspots der Regierung hinausgehen. Pillen, wie im FZ-Programm finanziert, sind für diese Gruppe das bevorzugte Verhütungsmittel.

Diese Ergebnisse zeigen, dass das Targeting der Familienplanungsprogramme im Rahmen des HSPS konzeptionell noch verbesserungsbedürftig war. So wurde zwar eine armutsorientierte Mittelallokation zwischen dem Ministerium und dem Geberkonsortium ausführlich diskutiert, während der Laufzeit des HPSP konnte man sich jedoch nicht auf eine praktikable Umsetzung einigen. Dieses Defizit konnte auch nicht im Rahmen des FZ-Programms behoben werden.

Der Sektordialog für das FZ-TZ-Kooperationsvorhaben sollte aufgrund einer Abstimmung zwischen BMZ, Botschaft, GTZ und KfW über das TZ-Projekt geführt werden. Das TZ-Projekt (1998.2187.7) engagierte sich jedoch in einem völlig anderen Subsektor (Personalqualifizierung) und hatte den Sektordialog zu Familienplanung auch nicht als Ergebnis oder Aktivität geplant. Im Schlussbericht des TZ-Vorhabens (2004) wurde von einer weiteren Phase abgeraten.

3 Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Seit seiner Gründung 1975 konnte Bangladesch die Armut (gemessen an 1 USD pro Kopf - *purchasing parity power*) von 49,7% der Haushalte (1991) auf 40,2% (2000) (PRSP Bangladesch, 2005) erfolgreich senken. Mit einer Bevölkerung von 135,2 Mio. und einem Pro-Kopf-Einkommen von 421 USD (2004) gehört das Land aber immer noch zu den ärmsten Ländern der Welt. Aufgrund des recht hohen Bevölkerungswachstums von derzeit 1,9% p. a. werden die MDGs - trotz Fortschritten vor allem im sozialen Bereich und bei der Einkommensarmut - bis 2015 nur teilweise erreicht werden.

Die bedeutenden Fortschritte in Bangladeschs sozialer Entwicklung (Verbesserung des *Human Development Index* um 23% zwischen 1990 und 2002) sind vor allem auf Erfolge im Gesundheitssektor zurück zu führen (s. Anlage 5, Tabelle 1). Die Sterblichkeitsrate bei Kleinkindern (*infant mortality rate, IMR*) konnte von 153 pro 1000 Lebendgeborenen in 1974 auf 65/1000 in 2004 gedrückt werden. Gleichzeitig wurde die Kindersterblichkeit unter 5 Jahren von 133 (1989) auf 88/1000 (2004) reduziert. Die Müttersterblichkeit konnte zwischen 1986 und 2000 um 36% gesenkt werden; dennoch bleibt sie hoch bei 320 pro 100.000. Die durchschnittliche Lebenserwartung verbesserte sich deutlich von 45 (1975) auf 68 Jahre (2005). Trotz vieler Probleme in Bezug auf Transparenz, Effektivität und Effizienz des Sektors konnte das Land auch erste Sektorreformen durchsetzen, wie zum Beispiel die Schaffung ländlicher Gesundheitsdienste durch Barfußärzte und Familienplanungshelferinnen. Vor 1997 wurde der öffentliche Anteil der Gesundheits- und Familienplanungsprogramme vor allem von den Gebern über Zuschüsse finanziert. Hinzu kamen sehr hohe Eigenbeiträge der Endnutzer, da praktisch kein Krankenversicherungssystem existiert und die meisten Gesundheitsleistungen vom Privatsektor angeboten werden. Im Rahmen des HPSP setzte der Staat erste Schritte hin zu einer nachhaltigeren und effektiveren Sektorfinanzierung um.

Während sich auch in der Zeit des HPSP die meisten Indikatoren im Gesundheitsbereich – u. a. bedingt durch externe Faktoren wie Wirtschaftswachstum, Armutsreduzierung und bessere Gleichstellung der Geschlechter - weiter verbessert haben (Anlage 5, Tabelle 2), waren viele vorgesehene strukturelle Reformen im HPSP weniger erfolgreich. Der letzte HPSP *Annual Program Review (APR)* vom Mai 2005 bemängelt insbesondere (1) eine Verringerung der Dienstleistungsqualität im staatlichen Sektor, (2) unzureichende Zielgruppenfokussierung auf Arme und jugendliche Frauen sowie bestimmte ländliche Regionen und die Hauptstadt Dhaka sowie (3) die langsame Umsetzung von Sektorreformen (Probleme in der Sektorkoordinierung, insbesondere zwischen Familienplanung und dem übrigen Gesundheitsbereich, der Einbindung des Privatsektors, einer nachhaltigen Beitragsfinanzierung und der Dezentralisierung). Regierung und Gebergemeinschaft haben das HPSP anlässlich des *APR* 2005 als bedingt erfolgreich evaluiert und in ein sektorweites Nachfolgeprogramm (das *Health, Nutrition and Population Sector Program*, HNPSP, 2005-2010) überführt. Das HPSP setzte vor allem auf die flächenmäßige Verteilung von ESPs ,in geringem Maße auch auf die besondere Berücksichtigung benachteiligter Zielgruppen. Im Nachfolgeprogramm HNPSP, das ein noch höheres Mittelvolumen umfasst (4,3 Mrd. USD, Anteil der ESP an den Gesamtausgaben rd. 78%), sollen Qualitätsmerkmale stärker im Mittelpunkt stehen, um so die entwicklungspolitische Wirksamkeit zu erhöhen.

Seit 1960 hat sich die Bevölkerung von Bangladesch verdreifacht. Sollte sich die heutige Reproduktionsrate bis 2010 stabilisieren, wird das Land im Jahre 2050 rd. 250 Mio. Einwohner haben. Dies stellt die Regierung vor große Probleme. Sie beabsichtigt deshalb, die Geburten- und Fruchtbarkeitsraten (*total fertility rate, TFR*) substanziell zu senken. Die Familienplanung (FP) wird in der nationalen Entwicklungs- und Armutsminderungsstrategie (PRSP) und in der Gesundheitspolitik des Landes als besonders wichtiger und erfolgreicher Sektor hervorgehoben. Insbesondere in den 80er Jahren konnte das Bevölkerungswachstum fast halbiert werden. Im HPSP-Abschlussbericht werden die Wirkungen im Subsektor Familienplanung besser eingestuft als diejenigen im Gesamtsektor.

Nachfolgend bewerten wir das Vorhaben anhand der Schlüsselkriterien **Effektivität, Relevanz bzw. Signifikanz** und **Effizienz**:

Das FZ-Vorhaben war in Absprache mit anderen Gebern im Rahmen des HPSP im staatlichen Sektor aktiv und hat zu einer Erhöhung der Nutzung oraler Kontrazeptiva von 21% (1997) auf 26% (2004) beigetragen (Anlage 5, Tabelle 4). Der Anteil der Frauen, die Kontrazeptiva aller Art nutzen wollten, aber keinen Zugang dazu hatten (*unmet needs*), hat sich während des HPSP von 15% auf 11,3% reduziert. Der Anteil der über den Staat verteilten Pillen (FZ-Segment) hat sich zu Gunsten von *Social Marketing* (SM) von 83% in 1993 und 74% in 1997 auf 56% in 2004 deutlich reduziert (Anlage 5, Tabelle 3). Die Verschiebung vom kostenlosen staatlichen zum gebührenpflichtigen privaten bzw. NGO-Sektor ist im Prinzip positiv zu bewerten, weil dies die finanzielle Nachhaltigkeit des Gesamtsystems erhöht.

Das HPSP hatte unter anderem zum Ziel, die Gesundheit von besonders armen Bevölkerungsgruppen zu fördern. Dieses Ziel wurde aber im Gesamtprogramm mangels entsprechender Ausrichtung nicht zufrieden stellend erreicht. Daher wurden auch im Rahmen des FZ-Programms die kostenlosen oralen Kontrazeptiva Zielgruppen unspezifisch verteilt. Die fehlende Fokussierung stellt angesichts der großen Zahl weiterhin bedürftiger, aber mit dem Vorhaben nur unzureichend erreichter Frauen (insbesondere junger Frauen und Frauen in spezifischen Landesteilen) ein wichtiges Defizit des Vorhabens dar. Durch die Fokussierung der Maßnahmen hätte sich der Zugang von Frauen mit *unmet needs* zu Familienplanungsdiensten insgesamt deutlich erhöhen können.

Die Beteiligung des TZ-Projekts am Sektordialog mit Blick auf die relevanten Themen des FZ-Programms war aufgrund anderer Prioritäten gering. Im Rahmen der verbleibenden Möglichkeiten hat sich die FZ wiederholt für die Einführung von Nutzergebühren eingesetzt und trug über den Consultant zur Verbesserung im Beschaffungswesen der Familienplanung und im Gesamtgesundheitssektor bei. Das FZ-Programm hat aber seine Potenziale, sich aktiver am Sektordialog zu beteiligen und seine Erfahrungen im Subsektor Familienplanung einzubringen, nicht ausreichend genutzt.

Zusammenfassend bewerten wir die **Effektivität** des FZ-Programms als noch ausreichend (Teilnote 3).

Seit Beginn des HPSP (1997) ist die Kontrazeptiva-Nutzung (*Contraceptive Prevalence Rate, CPR*) der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren (moderne und traditionelle Methoden zusammengenommen) auf ca. 58,1% gestiegen. Der CPR-Wert ist im Vergleich zu anderen Entwicklungsländern relativ hoch, auch wenn der durchschlagende Erfolg bei der Anwendung von modernen Familienplanungsmethoden sich bereits in den 80er und 90er Jahren zeigte und sich insbesondere auch auf die weite Verbreitung der Pille zurückführen lässt. Laut *Annual Progress Review* 2005 ist die Gesamt-Fruchtbarkeitsrate (TFR) von 3,3 auf ca. 3,0 gefallen (Anlage 5, Tabelle 5). Somit können die Oberzielindikatoren insgesamt als noch erreicht angesehen werden. Die Wachstumsrate der bangladeschischen Bevölkerung liegt derzeit bei 1,9%, etwas

höher als der Durchschnitt Asiens ohne China (1,6%), aber doch fast im Durchschnitt aller Entwicklungsländer (1,8%) und deutlich niedriger etwa als Pakistan (2,4%)

Trotz dieser positiven Entwicklung hat die HPSP-Evaluierung - abgesehen von der mangelhaften Fokussierung auf junge Frauen und Frauen in benachteiligten Regionen - weitere Schwachstellen im Bereich der Familienplanung kritisiert, die auch für das FZ-Vorhaben gelten (siehe Anlage 4): (a) Mangelnde Einbindung des Privatsektors und der NGOs in das HPSP-Gesamtprogramm, (b) deutliche Kritik der Nutzer an der Qualität von staatlichen Dienstleistungen, (c) Probleme im Beschaffungswesen, zum Beispiel durch schlecht ausgebildetes Personal und fehlende Managementinformationssysteme, (d) das Fehlen einer auf soziale Gerechtigkeit aufbauenden Strategie bzw. einer erfolgreichen Umsetzung eines solchen Plans zur Förderung armer und benachteiligter Zielgruppen und Regionen, und (g) die unzureichende Berücksichtigung von Gender-relevanten Aspekten einschließlich einer fehlenden Umsetzung der für den Subsektor entwickelten Gender-Strategie.

Insgesamt hat das FZ-Programm im Rahmen des Geberprogramms einen wichtigen Beitrag zur Versorgung des Marktes für orale Kontrazeptiva in Bangladesch geleistet. Da mangelhaftes Gender- und Armutstargeting im Rahmen des HPSP den Beitrag zur Oberzielerreichung eingeschränkt haben, stufen wir **Relevanz und Signifikanz** des FZ-Vorhabens insgesamt nur als entwicklungspolitisch noch ausreichend (Teilnote 3) ein.

In Bezug auf die **Effizienz** ist anzumerken:

- Die oralen Kontrazeptiva wurden effizient besorgt. Die Beschaffung der Pillen lag - trotz der auf Deutschland beschränkten Ausschreibung - am untersten Weltmarktpreissegment. Der Durchschnittspreis betrug (ohne Verschiffung und Lagergebühren im Land) 0,13 EUR pro Pillenzyklus. Das FZ-Programm konnte durch Preiseinsparungen bei der Kontrazeptiva-Beschaffung und der Logistik statt wie vorgesehen 169 Mio. insgesamt 174,5 Mio. Zyklen niedrig dosierter oraler Kontrazeptiva beschaffen und verteilen.
- Die oralen Kontrazeptiva wurden effizient flächendeckend im Land verteilt. Die Logistikstruktur wurde vom FZ-Consultant und durch das USAID finanzierte „Deliver-Project“ unterstützt und in seiner Leistungsfähigkeit deutlich verbessert. Das FZ-Vorhaben hat die Leistungsfähigkeit des Logistiksystems im Bereich der Familienplanung insbesondere durch regelmäßige Überprüfung der Lagerbestände gesteigert. Es hat mitgeholfen, den Schwund bei oralen Kontrazeptiva von 15% auf 5% (ähnlich wie bei den ESP generell) zu reduzieren. Die Leistungen des Consultants im FZ-Programm werden insgesamt als zufrieden stellend beurteilt; sie wurden vom Träger teilweise internalisiert. Die festgestellten baulichen Mängel in den Lagern und der Personalmangel für den Betrieb der Lagerhäuser wurden von der Regierung allerdings bisher noch nicht nachhaltig beseitigt.
- Pillen sind im Vergleich zu langfristigeren Verhütungsmitteln volkswirtschaftlich und für den Endnutzer relativ teure Produkte. Die oralen Kontrazeptiva-Kosten für eine Paar-Jahr-Verhütung (CYP) in Bangladesch liegen bei 4-7 EUR niedrig, im weltweiten Vergleich bei 14-24 EUR. Die CYP für orale Kontrazeptiva liegen für die Endnutzerin de facto bei 40 bzw. 80 Taka (0,5-1 EUR) für von der Regierung verteilte Pillen (einschl. einer inoffiziellen Abgabe von 5-20 Taka (0,1-0,5 EUR) pro Besuch einer Gesundheitsstation bei 4 Besuchen pro Jahr)¹ und für *Social Marketing* je nach Pillenart bei 60-234 Taka (0,8-3 EUR).
- Die vom FZ-Vorhaben befürwortete Einführung von Nutzergebühren für staatliche Familienplanungsleistungen ist im Rahmen des HPSP nicht gelungen, durch den steigenden Marktanteil für sozial vermarktete Kontrazeptiva hat die Kostendeckung allerdings zugenommen. Der Anteil der Staatsfinanzierung am HPSP ist mit ca. 65% gleich geblieben, entgegen den Erwartungen aber nicht gestiegen. Im Rahmen des folgenden HNPSP wird der Anteil der Geberfinanzierung (bei allerdings 50% höherem Gesamtvolumen) leicht steigen. Die Regierung hat den Anteil der Gesundheitsfinanzierung an den Haushaltsausgaben von 6% (1996) auf 7,5% (2005) - um ca. 12% real - erhöht. Pro-Kopf ist der Anstieg allerdings nur minimal; mit 4 USD an jährlichen staatlichen Ausgaben liegt Bangladesch weltweit

¹ Auch im staatlichen Bereich bestehen bereits jetzt de facto Nutzergebühren durch illegale Abgaben. 1996 sagten etwa 40% aller Frauen, dass sie bei staatlichen Dienstleistern inoffizielle Beiträge zahlten. Dies hat sich im Rahmen des HPSP wesentlich verbessert: Ende 2003 zahlten etwa 23% aller Befragten für ESPs illegale Beiträge von durchschnittlich 10 Taka. Bei Familienplanungsaktivitäten und vor allem bei oralen Kontrazeptiva liegen aber sowohl bei Anzahl (bis zu 70%) wie auch Preis (5-20 Taka) die informellen Abgaben wesentlich höher. Dies betrifft vor allem arme Frauen, die von der Illegalität dieser Zahlungen oft nichts wissen und sich gegenüber dem Gesundheitspersonal argumentativ nicht durchsetzen können. Mehrere Studien haben gezeigt, dass formelle Gebühren von 10 Taka für Kontrazeptiva akzeptiert und von den Endnutzerinnen auch bezahlt werden könnten. Diese de facto „Kosten“ für staatlich verteilte Pillen liegen bei 0,4% der jährlichen Ausgaben noch unter dem *Chapman Index* (1%). Nur die ärmsten 10% der Frauen, darunter auch die sehr jungen Frauen, hätten Probleme, wenn sie neben den formellen Gebühren für die Kontrazeptiva auch noch informelle Abgaben zahlen müssten, die 5 Taka pro Besuch der Gesundheitsstation (also 20 Taka pro Jahr) übersteigen.

im unteren Bereich. Bangladesch muss daher noch erhebliche Effizienzpotenziale nutzen, um eine nachhaltige eigenständige Finanzierung zu realisieren.

Unter Abwägung der o. g. Punkte bewerten wir die **Effizienz** des Vorhabens als entwicklungspolitisch noch ausreichend (Teilnote 3).

Die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens beurteilen wir als insgesamt ausreichend (Stufe 3).

Das Vorhaben hat wegen der Bedeutung der Bereitstellung von Kontrazeptiva für die Reduzierung der Bevölkerungsrate auch substantiell zur Armutsminderung beigetragen. Die Einstufung des Vorhabens in die Armutskennung SUA wurde im Prüfungsbericht nur sehr allgemein mit einer Verbesserung der Lebensbedingungen der armen Bevölkerung und einem Beitrag zum Wirtschaftswachstum begründet. Auch der *Implementation Completion Report* der Weltbank kritisiert, dass die staatlich angebotenen Gesundheitsdienste den ganz Armen nicht geholfen haben. Eine detaillierte Zielgruppenanalyse bzw. ein Armutstargeting wurde nicht vorgenommen, weder nach Genderaspekten, noch nach Regionen oder Kaufkraft (*affordability*). 47% der Nutzerinnen von Pillen, die über den Staat kostenlos verteilt werden, kommen aus den obersten drei Einkommensklassen, die durchaus einen finanziellen Eigenbeitrag leisten können, während 53% zu den armen Frauen zählen. Das Vorhaben erhält daher die Armutskennung SUA.

Das Vorhaben zielte auf einen verbesserten Zugang zu modernen Familienplanungsmethoden zur Verbesserung der Lebenssituation von Frauen, indem ihnen Wahlmöglichkeiten zur persönlichen Lebensgestaltung eröffnet werden und mit hohen Geburtenzahlen und kurzen Geburtsabständen verbundene Gesundheitsrisiken reduziert werden. Aufgrund seiner konzeptionellen Ausrichtung wird es in G1 eingestuft. Das Vorhaben hat aber zu wenig Maßnahmen ergriffen, diese generell richtigen Argumente zu untermauern. Vor allem junge Frauen (mit hohen *unmet needs*) hätten ein großes Interesse gehabt, ihre Wahlmöglichkeiten in Bezug auf die persönliche Lebensgestaltung mit Kindern zu erweitern.

Das Vorhaben hatte keine umweltrelevanten Ziele (UR0) und besaß nur geringe konzeptionelle Ansätze für Dezentralisierung und Good Governance (PD/GG0).

4 Projekt übergreifende Schlussfolgerungen

- Familienplanung ist für die Armutsbekämpfung in vielen Ländern ein prioritärer Bereich. Die EZ sollte sich deshalb in ausgewählten Ländern signifikant in diesem Sektor engagieren. Dabei muss sie allerdings wesentlich stärker als bisher - auch im Rahmen von Programmfinanzierungen - die Armutswirkungen ihrer Maßnahme begründen und im Programmdesign zum Beispiel durch geographisches und Armutstargeting, die Einbeziehung frühkindlicher Mutter- und Kind-Programme (einschließlich Ernährung) in die Familienplanungspolitik und durch ex-ante Wirkungsanalysen und Armutsmonitoring aufgreifen.
- Familienplanungsprogramme müssen wesentlich stärker Gender-sensible Maßnahmen im Programmdesign aufgreifen. Hierzu gehören u. a. eine stärkere Konzentration auf junge Frauen und Frauen in besonders benachteiligten Regionen des Landes, die Einbeziehung der Männer in die Familienplanungsaktivitäten, und ggf. ein breiteres Verständnis von Familienplanungsmaßnahmen bis hin zu Fragen der sozialen und Einkommenssicherung von Frauen und des Abbaus familiärer oder gesellschaftlicher (sexueller) Gewalt gegen Frauen (u. a. *outreach worker* für besonders benachteiligte Frauen und junge Mädchen, Aufklärungskampagnen über Medien und Schulen, Fortbildung der Apotheker und *outreach worker*).
- Zur Steigerung der finanziellen Nachhaltigkeit und zur Förderung der Nutzergerechtigkeit ist die (schrittweise) Einführung von Gebühren für Familienplanungsleistungen notwendig. Bereits vorhandene informelle Abgabensysteme sollten dabei abgebaut und in offizielle Preissysteme überführt werden. Sehr arme Zielgruppen, die durch die Einführung von Gebühren von Familienplanungsleistungen ausgeschlossen würden, sollten durch Targeting weiterhin in die Programme einbezogen werden.
- Bei sektorweiten Programmen, bei denen die FZ signifikante Beiträge zur Verbesserung der Gesundheitssituation leisten kann, sollte sich die FZ in ihren Kernkompetenzen, z.B. Familienplanung, stärker in den Sektordialog einbringen und z. B. die Themenführerschaft übernehmen für familienpolitische Aspekte (wie zum Beispiel gerechtere Finanzierung und Einführung von Nutzergebühren zur Stärkung der Nachhaltigkeit), Zielgruppenrelevante Fragen und Verteilungsstrukturen. Auch sollte die Unterstützung im Rahmen der Geberharmonisierung stärker systemisch angelegt sein.

Legende

Entwicklungspolitisch erfolgreich: Stufen 1 bis 3	
Stufe 1	Sehr gute oder gute entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 2	Zufriedenstellende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 3	Insgesamt ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Entwicklungspolitisch nicht erfolgreich: Stufen 4 bis 6	
Stufe 4	Insgesamt nicht mehr ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 5	Eindeutig unzureichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 6	Das Vorhaben ist völlig gescheitert

Kriterien der Erfolgsbeurteilung

Bei der Bewertung der "entwicklungspolitischen Wirksamkeit" und Einordnung eines Vorhabens in die verschiedenen, weiter oben näher beschriebenen Erfolgsstufen im Rahmen der Schlussprüfung stehen folgende Grundfragen im Mittelpunkt:

- Werden die mit dem Vorhaben angestrebten Projektziele in ausreichendem Umfang erreicht (Frage der Effektivität des Projekts)?
- Werden mit dem Vorhaben in ausreichendem Maße entwicklungspolitisch wichtige Wirkungen erreicht (Frage der Relevanz und Signifikanz des Projekts; gemessen an der Erreichung des vorab festgelegten entwicklungspolitischen Oberziels und den Wirkungen im politischen, institutionellen, sozioökonomischen und -kulturellen sowie ökologischen Bereich)?
- Wurden und werden die Ziele mit einem angemessenen Mitteleinsatz/Aufwand erreicht und wie ist der einzel- und gesamtwirtschaftliche Beitrag zu bemessen (Frage der Effizienz der Projektkonzeption)?
- Soweit unerwünschte (Neben-)Wirkungen auftreten, sind diese hinnehmbar?

Der für die Einschätzung eines Projekts ganz zentrale Aspekt der Nachhaltigkeit wird von uns nicht (wie etwa bei der Weltbank) als separate Bewertungskategorie behandelt sondern als Querschnittsthema bei allen vier Grundfragen des Projekterfolgs. Ein Vorhaben ist dann nachhaltig, wenn der Projektträger und/oder die Zielgruppe in der Lage sind, nach Beendigung der finanziellen, organisatorischen und/oder technischen Unterstützung die geschaffenen Projektanlagen über eine insgesamt wirtschaftlich angemessene Nutzungsdauer weiter zu nutzen bzw. die Projektaktivitäten eigenständig mit positiven Ergebnissen weiter zu führen.

Verzeichnis der Anlagen

- 1a Programmkenndaten für die erste Tranche
- 1b Programmkenndaten für die zweite Tranche
- 2 Zielsystem des HPSP und der beiden Tranchen der Bevölkerungsprogramme V
- 3 Auszüge aus dem letzten Annual Program Review des HPSP
- 4 Ergebnisse des HPSP Program Review zum Thema Familienplanung (Auszüge)
- 5 Sektorkenndaten

Stand: Dezember 2005

PROGRAMMKENNDATEN FÜR TRANCHE 1

<u>Land</u>	<u>BMZ-Nr.</u>	<u>Betrag</u>	
Bangladesch	1998 65 353 (Sachinvestition)	FZ/Z	23.008.134,65 EUR

<u>Programmbezeichnung</u>	<u>Förderbereich / Förderbereichsschlüssel</u>
Gesundheits- und Bevölkerungsprogramm V	Familienplanung / 13030

<u>Empfänger</u>	<u>Programmdurchführende Stelle</u>
Volksrepublik Bangladesch, vertreten durch das Finanzministerium	Ministry of Health and Family Welfare

<u>Regierungsabkommen</u>	<u>Programmprüfungsbericht</u>
09.08.1998	29.06.1998

<u>Consultant</u>	<u>Letzte FK</u>
22.12.1999	19.09.2002

<u>Finanzierungsvertrag</u>	<u>Auszahlungsreife</u>
20.10.1998	16.09.1999

<u>Belegungsstand (Mio. Euro)</u>	<u>Auszahlungsstand (Mio. Euro)</u>
23,01 = 100 %	22,972 = 99,8 %

Ziele und Ergebnisse des Vorhabens

- Ober- und Programmziel(e) des Vorhabens (mit Zielindikatoren)

<u>Oberziel:</u>	Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen und Kindern der ärmeren Bevölkerung von Bangladesch
Indikatoren:	Verringerung der Müttersterblichkeit, der Säuglings- und Kindersterblichkeit, bestimmter übertragbarer Krankheiten, der Unterernährung und der unerwünschten Schwangerschaften
<u>Programmziel:</u>	Nachfrageorientierte Bereitstellung von essentiellen Gesundheits- und Familienplanungsleistungen und ihre Nutzung durch die Nachfrager
Indikatoren:	Anteil der Bevölkerung, insbesondere der ärmeren Frauen und Kinder, der die definierten essentiellen Dienstleistungen benötigt und erhält
<u>Ziel des FZ-Beitrags:</u>	Konsolidierung bzw. weitere Reduzierung der Wachstumsrate der Bevölkerung
Indikatoren:	Konsolidierung und weitere Steigerung der kontrazeptiven Prävalenz von derzeit 54% Konsolidierung und weitere Verringerung der zusammengefassten Geburtenziffer von derzeit 3,3

- Programmmaßnahmen und deren Ergebnisse

Das Sektorinvestitionsprogramm umfasst den gesamten Gesundheits- und Familienplanungssektor.

- Die aus der FZ zu finanzierende Maßnahmen umfassen
 - Lieferung von ca. 141 Mio. Zyklen niedrig dosierter oraler Kontrazeptiva;
 - Mitfinanzierung des Health and Population Support Office (HPSO)
 - Einsatz des Durchführungsconsultants für einen Zeitraum von 42 Monaten

Zeitplan

	<u>PP</u>	<u>AK</u>	<u>SP</u>
Durchführungsbeginn	12/98	01/00	01/00
Durchführungszeit	60 Monate	48 Monate	48 Monate
Inbetriebnahme	nicht anwendbar	./.	./.
Ende Anlaufphase	nicht anwendbar	./.	./.

Gründe für Abweichungen gegenüber letztem Bericht: entfällt

Kosten

<u>(FZ-Maßnahmen):</u>	<u>PP</u>	<u>AK</u>	<u>SP</u>
Gesamtkosten Mio. Euro)	23,01	23,01	23,01
Devisenkosten Mio. Euro)	23,01	23,01	23,01
Inlandskosten Mio. Euro	-	-	-
Consultingkosten Mio. Euro	0,51	1,2*	1,2*
Wechselkurs 1 Euro) = BDT	52,7	65,2	77,2

Gründe für Abweichungen gegenüber letztem Bericht: entfällt

Einordnung des Projekts

	<u>PP</u>	<u>AK</u>	<u>SP</u>
Gleichberechtigung der Geschlechter (Handlungsbedarf ja/nein)	FP -	G 1 nein	G 1 -
Umwelt- und Ressourcenschutz (UVP-Handlungsbedarf ja/nein)	UR0 -	UR0 nein	UR0 -
Armutsbekämpfung	SUA	SUA	SUA
Partizipation/gute Regierungsführung	-	PD / GG 0	PD / GG 0
GTZ-Kooperation (KV)	nein	ja	ja
Kofinanzierung	ja	ja	ja
Programmrisiko	hoch	mittel	-
Beeinflussbarkeit	mittel	mittel	-

* 0,128 Mio EUR wurden für Consultingleistungen der Tranche II aufgewendet.

Entwicklungspolitische Erfolgseinstufung

ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit (Stufe 3)

Teilbewertungen

- Effektivität 3
- Effizienz 3
- Signifikanz/Relevanz 3

Legende zur entwicklungspolitischen Einordnung

Entwicklungspolitisch erfolgreich: Stufen 1 bis 3

Stufe 1 Sehr gute oder gute entwicklungspolitische Wirksamkeit

Stufe 2 Zufriedenstellende entwicklungspolitische Wirksamkeit

Stufe 3 Insgesamt ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit

Entwicklungspolitisch nicht erfolgreich: Stufen 4 bis 6

Stufe 4 Insgesamt nicht mehr ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit

Stufe 5 Eindeutig unzureichende entwicklungspolitische Wirksamkeit

Stufe 6 Das Vorhaben ist völlig gescheitert

Stand: Dezember 2005

PROGRAMMKENNDATEN FÜR TRANCHE 2

<u>Land</u>	<u>BMZ-Nr.</u>	<u>Betrag</u>
Bangladesch	2000 66 043 (Sachinvestition)	FZ/Z 5.112.918,81 EUR

<u>Programmbezeichnung</u>	<u>Förderbereich / Förderschlüssel</u>
Gesundheits- und Bevölkerungsprogramm V, Tranche 2	Familienplanung / 13030

<u>Empfänger</u>	<u>Programmdurchführende Stelle</u>
Volksrepublik Bangladesch, vertreten durch das Finanzministerium	Ministry of Health and Family Welfare

<u>Regierungsverhandlungen</u>	<u>Programmprüfungsbericht</u>
2.11.2000	29.10.2001

<u>Consultant</u>	<u>Letzte FK</u>
EPOS/GOPA	19.09.2002

<u>Finanzierungsvertrag</u>	<u>Auszahlungsreife</u>
23.12.2002	27.12.2002

<u>Belegungsstand (Mio. Euro)</u>	<u>Auszahlungsstand (Mio. Euro)</u>
5,11 = 100 %	5,11 = 100 %

Ziele und Ergebnisse des Vorhabens

- Ober- und Programmziel des Vorhabens (mit Zielindikatoren)

Oberziel HPSP: Leistung eines Beitrags zur Verbesserung der Gesundheit insbesondere von Frauen, Kindern und Armen.

Indikatoren: U. a. Verringerung der Mütter- (2,8 pro 1.000 Lebendgeburten), Säuglings- (50 pro 1.000 Lebendgeburten) und Kindersterblichkeit (70 pro 1.000 Kinder zwischen 0 und 4 Jahren), Reduzierung der Syphilis-Fälle (um 30 %) sowie Verringerung der mäßigen und strengen Unterernährung (auf 35 % bzw. 8 %). Weitere Indikatoren vgl. „Indicators and Milestones for Monitoring HPSP“.

Programmziel HPSP: Nachfrageorientierte Bereitstellung von essentiellen Gesundheits- und Familienplanungsleistungen und ihre Nutzung durch die Nachfrager.

Indikatoren:

- 60 % der Bevölkerung, insbesondere der Frauen, Kinder und Armen, erhalten mindestens eine Leistung aus dem Paket der essentiellen Gesundheitsdienstleistungen (ESP);
- 65 % der Staatsausgaben für den Sektor werden für das ESP ausgegeben;
- 50 % der Beiträge der im Konsortium vertretenen Geber werden zur Finanzierung des ESP verwendet;
- weitere Indikatoren vgl. „Indicators and Milestones for Monitoring HPSP“.

Programmziel FZ-Vorhaben: Konsolidierung des Bevölkerungswachstums.

Indikatoren: Bis Programmende in 2003: Konsolidierung der Geburtenrate (Zahl der Kinder pro Frau) bei 3,2 und Erhöhung der Kontrazeptiven Prävalenzrate auf 60 %.

- Programmmaßnahmen und deren Ergebnisse

Das Gesamtprogramm umfasst den gesamten Gesundheits- und Familienplanungssektor in Bangladesch.

Das FZ-Vorhaben umfasst die Unterstützung des öffentlichen Gesundheitssektors durch Lieferung von rd. 28 Mio. Zyklen oraler Kontrazeptiva sowie durch FZ-Consultingleistungen zur Unterstützung des MoHFW bei der Koordination der FZ-Maßnahmen und bei Beschaffungsaufgaben.

- aus FZ zu finanzierende Maßnahmen

s. Programmmaßnahmen / FZ-Vorhaben (die Consultingleistungen werden aus den Restmitteln des laufenden Gesundheits- und Bevölkerungsprogramms V finanziert)

Zeitplan

	<u>PP</u>	<u>AK</u>	<u>SP</u>
Durchführungsbeginn	2. HJ 2002	2. HJ 2002	2. HJ 2002
Durchführungszeit	1 Jahr	1 Jahr	1 Jahr
Inbetriebnahme	-	-	-
Ende Anlaufphase	-	-	-

Gründe für Abweichungen gegenüber letztem Bericht
entfällt

Kosten (nur FZ-Vorhaben)

	<u>PP</u>	<u>AK</u>	<u>SP</u>
Gesamtkosten Mio. Euro	5,11	5,11	5,11
Devisenkosten Mio. Euro	5,11	5,11	5,11
Inlandskosten Mio. Euro	-	-	-
Consultingkosten Mio. Euro	0,128*	0,128 *	0,128*
<i>Wechselkurs 1 Euro) = BDT</i>	<i>52,7</i>	<i>65,2</i>	<i>77,2</i>

Gründe für Abweichungen gegenüber letztem Bericht: entfällt

Einordnung des Programms

	<u>PP</u>	<u>AK</u>	<u>SP</u>
<u>Gleichberechtigung der Geschlechter</u>			
G-Kennung	G1	G1	G1
Handlungsbedarf	nein	nein	-
<u>Umwelt- und Ressourcenschutz</u>			
a) UR-Kennung	UR0	UR0	UR0
b) UVP-Handlungsbedarf	nein	nein	-
<u>Armutsbekämpfung</u>	SUA	SUA	SUA
<u>Partizipation/gute Regierungsführung</u>	PD/GG1	PD/GG1	PD/GG0
<u>GTZ-Kooperation (KV)</u>	Ja	ja	ja
<u>Kofinanzierung</u>	nein	nein	nein
<u>Programmrisiko</u>	hoch	mittel	-
<u>Beeinflussbarkeit</u>	mittel	mittel	-

Gründe für Abweichungen gegenüber letztem Bericht

Die Einstufung in PD/GG1 wegen Maßnahmen zur Dezentralisierung hat sich auch rückblickend als wenig effektiv erwiesen. Daher erfolgt Anpassung an Einstufung bei Tranche 1.

* Consultingkosten wurde aus den Restmitteln des vorangehenden Vorhabens finanziert.

Entwicklungspolitische Erfolgseinstufung

ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit (Stufe 3)

Teilbewertungen

- Effektivität 3
- Effizienz 3
- Signifikanz/Relevanz 3

Legende zur entwicklungspolitischen Einordnung

Entwicklungspolitisch erfolgreich: Stufen 1 bis 3

Stufe 1 Sehr gute oder gute entwicklungspolitische Wirksamkeit

Stufe 2 Zufriedenstellende entwicklungspolitische Wirksamkeit

Stufe 3 Insgesamt ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit

Entwicklungspolitisch nicht erfolgreich: Stufen 4 bis 6

Stufe 4 Insgesamt nicht mehr ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit

Stufe 5 Eindeutig unzureichende entwicklungspolitische Wirksamkeit

Stufe 6 Das Vorhaben ist völlig gescheitert

Zielsystem des HPSP und der beiden Tranchen der Bevölkerungsprogramme V

	PP-Bericht 1998 bzw. AK-Bericht 2003
Sektorales Oberziel des HPSP	<p>Verbesserung der Gesundheit insbesondere von Frauen, Kindern und Armen</p> <p><u>Indikatoren:</u></p> <p>Verringerung der Mütter, Säuglings - und Kindersterblichkeit</p> <p>Reduzierung von Unterernährung</p> <p>Weitere Indikatoren siehe: Indicators and Milestones for Monitoring HPSP</p>
Programmziel des HPSP	<p>Nachfrageorientierte Bereitstellung von essentiellen Gesundheits - und Familienplanungsleistungen und ihre Nutzung durch die Nachfrager</p> <p><u>Indikatoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 60% der Bevölkerung, insbesondere Frauen, Arme und Kinder erhalten ESP • 65% des Budgets geht in ESP • 50% der Geberbeiträge werden für ESP verwendet
Oberziel des FZ Programms	<p>Steigerung der kontrazeptiven Prävalenzrate und Konsolidierung bzw. Reduzierung der zusammengefassten Fruchtbarkeitsrate</p> <p><u>Indikatoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tranche 1: Steigerung der kontrazeptiven Prävalenzrate bis 2003, bei AK Konsolidierung und weitere Steigerung der kontrazeptiven Prävalenzrate von 54% (PPB Tranche 2) • Tranche 2: Erhöhung der kontrazeptiven Prävalenzrate auf 60% • Tranche 1: Konsolidierung und weitere Verringerung der Gesamt-Fruchtbarkeitsrate (PPB Tranche 2: 3,2) • Tranche 2: Konsolidierung und Reduzierung der Gesamt-Fruchtbarkeitsrate bei 3,2
Ziel des FZ-Programms	<p>Nachfrageorientierte Bereitstellung von essentiellen Gesundheits - und Familienplanungsleistungen und ihre Nutzung durch die Nachfrager im Rahmen der staatlichen Programme im Rahmen des HPSP, insbesondere Frauen im gebärfähigen Alter unter Berücksichtigung von Armen und benachteiligten Gruppen</p>

AUSZÜGE AUS DEM LETZTEN ANNUAL PROGRAM REVIEW DES HPSP

Bangladesh HPSP: Annual Program Review April 2005 (excerpts)

III. PROGRESS IN HEALTH INDICATORS: 1998-2005

Most health status outcome indicators improved during the HPSP period, however in some cases the rate of increase has faltered, and in others the outcomes are behind the original targets. In summary:

- Total fertility rate remained at about 3.3 during most of the 1990s but recent evidence show an encouraging fall below the 'above 3' plateau;
- Use of skilled care at birth has slowly increased from 8% to 13% (BDHS 2004)
- Child health during HPSP shows declines in under-five mortality, but infant mortality has remained constant;
- Child survival is 'on track' in reaching the MDG, and Maternal Mortality Ratio (MMR) declined from 4.1 per 1000 live births (1998) to 3.2 (2001).
- Annual immunization coverage rates show a steady upward trend during the HPSP period after years of stagnation. About 73% of Bangladeshi children 12-23 months can now be considered fully immunized;
- Percentages of wasting, stunting, and of underweight children is in decline but maternal and children protein energy malnutrition in Bangladesh remains amongst the highest in the world;
- Between 1997 and 2004, the share of public sources in contraceptive provision declined from 74% to 57%, largely due to the diminishing role of the government's outreach program. The share of field workers in public provision of contraception declined from 39% to 23% during this time;
- Case detection rate for tuberculosis has increased but remains far from agreed norms and HPSP targets (70%);
- Life expectancy is estimated to have increased from 60 (1998) to 65 years (2005);
- During HPSP, awareness of HIV and its transmission routes has risen considerably, but risk behaviors remain widespread among the general community and high-risk groups. STDs are still high, though falling among high risk groups under surveillance. HIV rates are rising among drug users, but not elsewhere.

The trends above are discussed in detail in the Independent Technical Report commissioned by the APR Steering committee and discussed in the joint GOB-DP policy dialogue session held on April 21, 2005. There is no clear evidence to define HPSP's overall contribution to the modest improvements made in many of these development objectives due to the fact that MOHFW's performance explains only partly the gains made in health outcomes. Other important factors include, rising incomes, improvements in water and sanitation, increased education of women, improved food security. Nonetheless, for the overall HPSP period, almost 2/3 of the agreed indicators showed a positive trend.

WICHTIGE ERGEBNISSE ZU FAMILIENPLANUNG AUS DEM HPSP APR

APR 2005 - Independent Technical Report: Excerpts

The 1998 Baseline Situation in Family Planning

Bangladesh entered the HPSP in 1998 with a history of impressive declines in fertility and increases in contraceptive prevalence. The total fertility rate (TFR) among married women 15-49 years of age had declined from a high of 6.3 in 1975 to 3.3 in 1997. Age specific fertility rates had also been declining for every age group, except in the 15-24 age group). During the same period, the contraceptive prevalence rate among currently married women (10-49 years of age) increased from 5% to 42%. The country's family planning program played an important role in these achievements. In particular, the large network of community based fieldworkers brought modern contraception directly to households.

By 1998, family planning was characterized by relatively high coverage but generally poor service quality. The **choice of methods** offered increased from five (oral pill, condom, IUD, vasectomy and tubectomy) in 1975 to seven in 1997 with the introduction of injectable contraceptives and implants – a quality improvement. Despite the wide variety available, re-supply methods like pills were the most popular.

Awareness of most modern contraception was near universal. However, awareness does not always translate into knowledge of method. For example, 50% of users discontinued using a contraceptive method within 12 months of acceptance. The vast majority did so for reasons other than a desire to get pregnant. This indicates that the use of method might not have been properly explained by providers –an important quality problem.

Technical competence of providers was also likely to be poor. One study found that only 22% of service providers in Family Welfare Centers (FWCs) disinfected the injectable site before inserting the injectable, and only one-third of IUD providers in FWCs washed their hands or used sterile gloves before conducting a pelvic examination (Population Council, 1997).

User satisfaction with services gives an insight into the quality of interpersonal relations. In 1999, only 50% of public health and family welfare users were satisfied with the services received (Figure 2.6). Observations of user-provider interactions also found that providers spent inadequate time with users, and had insufficient discussions with clients about methods and the user's reproductive goals (Population Council, 1997).

To encourage **continuity of contraceptive use**, the family planning program provided an extensive community-based contraceptive distribution system in addition to networks of clinics to ensure that family planning services were within easy reach of users. However, this emphasis on supply did not prevent the high discontinuation rates (50%), suggesting poor performance on this quality aspect. In 1998, family planning was not integrated with other RCH and health services, though all of them were generally provided at the same service points (Population Council, 1997). This likely prevented the program from offering an appropriate constellation of services which comprehensively addressed women's reproductive health needs.

To summarize: the family planning program in Bangladesh in 1998 was characterized by a strong emphasis on coverage and supply-side interventions. This emphasis ignored service quality. While certain aspects of quality such as choice of methods improved, the available evidence suggests that the program performed badly on the other quality dimensions.

2.4 Procurement

Prior to the inception of HPSP in 1998, DFP and CMSD procurement units were concerned almost entirely with local procurement under GOB revenue budgets. UN Agencies and bilateral organizations arranged most of the off shore procurement, and many items were supplied as donations "in kind". Both DFP and CMSD processed incoming deliveries from foreign as well as local sources, and were responsible for storage and distribution of these goods, but neither dealt with international suppliers or trade procedures. Contraceptives were moved downward to service delivery points on a regular basis according to forecasting and stock balance data compiled with the assistance of the FPLM program; and later, by the DELIVER project, both funded by USAID.

Major Lessons Learned 1998-2005 in Family Planning

TFP and CPR and role of the state: Between 1997/99 and 2004 the total fertility rate (TFR) in Bangladesh declined from 3.3 to 3.0. This reported decline is important given that the TFR had stagnated at around 3.3 since 1991. Age-specific fertility rates across all age groups also declined during this period, except for women 20-24 years of age. Contraceptive prevalence increased from 43% in 1999/00 to 47% in 2004. In keeping with past performance, fertility rates and contraceptive prevalence continued to be higher in urban relative to rural areas. While this performance is indicative of improved performance of the family planning sector in Bangladesh, it cannot be attributed solely to particular programs like HPSP. In particular, this was because the public sector's role in service delivery diminished in this period. Between 1997 and 2004, the share of public sources in contraceptive provision declined from 74% to 57%, largely due to the diminishing role of the government's outreach program. The share of field workers in public provision of contraception declined from 39% to 23% during this time. This suggests falling supply standards in the public sector. Nevertheless, the public sector continues to be the major supplier of contraceptives in Bangladesh, though the increases in contraceptive prevalence are increasingly driven by non-public sources.

Method mix and choice: The current contraceptive method mix in Bangladesh is dominated by re-supply methods. Even reproductive age women (and men) continue to use re-supply methods even after they have achieved their desired family size. The dominance of re-supply methods places an avoidable burden on the family planning program. An important reason behind this, besides consumer preference, is the inability of many health centres to provide quality clinical contraception. This deters users from adopting long lasting methods and effectively reduces their method choice. While it is important for the government to ensure availability and quality of all methods, for this to be effective co-ordination between health and family planning services is critical.

Quality of training and technical competence of providers: Available evidence indicates that family planning services are not yet client-centred. Further, the technical competence of providers also can be further improved. This has resulted in low satisfaction with public providers and is also likely responsible for the persistently high discontinuity rates. Training providers to deliver client-friendly services should be an important focus of provider training programs in Bangladesh. While this has been recognized by the government and donors, it has often resulted in increasing coverage with little attention to quality and curriculum. It is important to evaluate if the training is improving client satisfaction or important family planning outcomes. Further, these evaluations should feed back to the training curricula so they can be made more effective.

The role of outreach workers – The necessity of outreach family planning workers has been much debated. On the one hand, the increasing contraceptive use, driven by non-governmental sources of contraception, and despite falling public sector outreach visits suggests that the latter might not be so important. Further, local level studies have shown that contraceptive use might not be affected by stopping outreach services if there are well functioning and accessible clinic based sources. However, the falling share of the public sector in contraceptive provision is

largely due to the falling share of contraceptives sources from outreach workers. On the other hand, proponents of domiciliary visits suggest that they play an important role in reaching non-acceptors and counselling users which can encourage continuity of use. However, in some quarters, it is believed that outreach services in Bangladesh are of poor quality and expensive to maintain. A model for the future is clearly needed.

Focus on younger age groups – Bangladesh's young age structure suggests that 40% of the population, currently under the age of 15, will begin its reproductive years in the near future (WHO). To reduce the impact of this age group on population growth, it is important to increase age at first marriage and broaden the time between marriage and first birth. While fertility has declined over time across all ages, it has failed to do so for the 20-24 age group. This highlights the importance of focusing family planning services on younger age groups. The importance of this has been recognized by policy makers: action is now needed.

Partnership with the private sector – The private sector is playing a progressively larger role in the provision of family planning services in Bangladesh. Over the last decade, the share of non-governmental provision of contraceptives has been steadily increasing. The government should usefully partner with the private sector so that services are not duplicated. Further, the private sector should be encouraged to provide long lasting methods such as sterilizations. Currently, the public sector provides the vast majority of longer-lasting methods. Another possibility is the contracting out of family planning services. However, it is important that mechanisms to monitor the private sector are also simultaneously put into place, to enable government to play its rightful role as 'steward' of the public interest.

EOC -Availability of Emergency Obstetric Care (EOC) is yet to become a reality all over the country. According to the Bangladesh Demographic and Health Survey 2004, only one in ten births in Bangladesh are delivered at a health facility with substantial variations among the six divisions. The neonatal mortality rate remains a concern and this is associated with low rates of institutional delivery, low attendance of deliveries by skilled personnel, high incidence of low birth weight, and low utilization of antenatal care. Early pregnancy remains common in Bangladesh; one in every seven 15 year olds is a mother. In order to prevent early, unplanned and high-risk pregnancies a broader reproductive health approach would be critical, thereby contributing to lowering maternal and neonatal mortality.

Concerns about **procurement** have been well documented. Here, a few specific lessons are highlighted:

- Procurement personnel can affect the speed of procurement only until the time it leaves their responsibility. Other divisions, levels and Ministries have a key part to play as well. Inaction on their part may bring about unwanted delays in completion of the procurement process.
- Good specifications play a significant role in how fast and effectively procurement can be carried out. Relatively few Line Directors have the capacity to write proper specifications and CMSD does not yet have this capacity either. Poor specifications make bid evaluation very difficult and open the door to manipulation in selection of a winning bid.
- The DFP procurement and distribution system for condoms is built around 18 months of stock on hand. This long lead time can be shortened: by adopting other contract modalities that allow phased deliveries of the supplies; and, also, by conducting procurement within a group of already prequalified suppliers. Prequalification coupled with post shipment inspections are the best measures to ensure quality.
- Poor forecasting leads to emergencies and puts the whole programme at risk (e.g. currently, there is only 7.1 months on hand and stock outs will happen by January 20, 2006 if immediate remedial measures are not taken).
- To date, there has been little activity specifically aimed at the rational selection of medical equipment. While MOHFW still needs to set norms as to what each level of the health care system is entitled to have, experience has shown a wide disparity in interpretation and requests for procurement. At the same time, there are frequent reports of inoperable equipment throughout the health system, many for want of a spare part or simple repair, and

equipment maintenance has remained a challenge throughout HPSP and remains at the present time.

Equity:

Socio-economic: As mentioned earlier, notwithstanding the successes during HPSP in improving health outcomes, inequalities between the rich and poor have remained in many areas; and, in some cases, have increased over time. One reason for this is the lack of proper targeting of the poor. HPSP had approached pro-poor targeting by trying to allocate adequate resources to ESP, which was assumed to address the health needs of the poor and vulnerable. However, resource allocation of public monies was based upon past facility and staffing norms and not on needs, demographic or socioeconomic differentials. As a result, HPSP was unable to increase the access of the poor and improve equity.

Gender: Obstacles to improving gender and health equity also reflect broader societal factors, including political powerlessness and economic inequality. Women and girls in better off households may still suffer poor health and nutrition despite greater economic prosperity. More disaggregation of data by age/gender/socio-economic status is needed in order to monitor linkages between poverty, health and gender. This can be linked to the PRSP monitoring process. The GES gave gender issues legitimacy through their incorporation into the annual planning cycle. It enabled interested Line Directors to implement activities. But, mainstreaming has had limited permanent success for lack of consistent champions in the MOHFW and corresponding low influence, limited ownership and major institutional failures. These include placing gender with other weak areas such as stakeholder participation and under inappropriate line management, confusion of roles between relevant units, under-resourcing of both basic tools and technical capacity in the GIO, and resistance to approving external financial support and technical assistance to improve these areas. Levels of understanding of issues such as pro-poor health policy and reaching poor women and children were also low and efforts to raise awareness hampered by the resource problems.

Targeting: An informed policy response is yet to translate into a major transformation at the level of service delivery, increased utilisation by poor people of public services, and in markedly improved health indicators in priority areas such as maternal mortality. Major changes to existing policies and priorities are not needed: rather, the focus should be on their implementation in the key areas of quality, access and accountability. Despite having relatively good data on poverty and health needs, it has not proved easy in Bangladesh to develop targeting in the health sector. This is because it requires geographical and household/ individual level targeting. At the same time, any system must not be over complex to administer. The allocation of resources under HPSP – including both revenue and development expenditures was made to facilities, which were very unevenly distributed across different districts and upazilas. The size of allocations was determined by the capacity of the facilities and historical norms but did not take into consideration existing per capita needs. Given the variations in existing health facilities across different districts, the per capita allocations to districts varied widely. Poor districts, measured in terms of human development and human poverty indices, received lower per capita allocations compared to richer districts. Using multiple socio-economic and human development indicators, in addition to the district head count ratio, for identifying poor districts and allocating resources according to their health needs, is now what is required. The use of the proxy means test (PMT) on easily observable household characteristics, which has been successfully tried in a number of countries for providing various social services to the poor on a large scale, has been proposed as one tool to identify poor users. The criteria together with other identification mechanisms presently under implementation in the country could be used by MOHFW in the new HPN sector programme.

NGO Contracting and Demand-Side Financing: The government has acknowledged the advantages of contracting NGOs to deliver health care, particularly to certain client groups who are hard to reach. It has shown enthusiasm for piloting new demand-side financing models to target poor women and households to get access to better quality services. There is now significant

experience of working with NGOs and other non-government providers through open competitive tendering of contracts, which also helps to facilitate the stewardship agenda. NGOs have mainly been contracted through donor funds but there are some reporting links to the MOHFW. Nonetheless, institutional processes and capacity will still require considerable development and strengthening. For instance, new mechanisms are needed for quality control, monitoring, accreditation etc. Technical capacity in the MOHFW on these matters is weak. DSF, in particular, is a relatively new idea in the MOHFW (although there is good experience in the education sector). There is a clear need to develop technical understanding and know-how in developing pilots, and in managing the new stewardship agenda. A recent study to evaluate contracting options for HNP services has distilled a number of guidelines and criteria for the contracting out of services, including an independent management agency for managing competitive tendering, assisted by accreditation, supervision and consumer rights' organisations, and financial arrangements that enhance transparency and improve performance.

Citizens Voice/Stakeholder participation: There were major failures in developing citizen and stakeholder involvement in HPSP. The good dialogue before HPSP was not sustained during the programme. Prevailing power structures in Bangladesh disempower the poor and women from having a voice. Efforts to develop structures of accountability in the health sector are trapped at the local level due to the overly centralised bureaucracy and resistance to more open government from officials who would then be held accountable. The extensive consultation process for HPSP did not get carried forward. One simple step would be to consider their active participation in the HNP Consortium itself. The Health Watch groups did not have legitimacy with providers and so lacked the power to enforce demands or demand a response. There was no institutional framework to link local groups with groups at other levels, and no information and communication pathways for their voice to be heard up through the bureaucracy. The institutional structure and culture of the service is not tuned towards transparency, participation and inclusion, and does not reward or sanction behaviours that reinforce or undermine these principles.

Cross sectoral linkages: There has been little or no linkage between successive HNP programmes and other areas relevant to health outcomes. Actions taken purely in the HNP sector will not be adequate to address inequalities in health status. Within HNPSP there is commitment to create operational linkages to other sector programs and activities which also have a direct impact on the health status of the poor. These include: water and sanitation, social welfare and social protection, education, women's rights, and sustainable livelihoods. It will be important to ensure that these inter-sectoral mechanisms are set up and given the appropriate financial and institutional support to operate effectively. Monitoring for poverty reduction needs to be brought together with sectoral initiatives on pro-poor targeting. Structures and mechanisms are needed to provide a sound basis for the strategic linking of HNSP activities and progress to macro-economic policy. Linkages are needed between existing bodies concerned with poverty reduction and those charged to make health sector improvements. These bodies include the GED of the Planning Commission which has a poverty focal point for tracking progress in poverty reduction and meeting the MDGs, and the newly-formed National Poverty Reduction Council. The WHO and MoHFW are facilitating a Macro-economic Commission on Health. These bodies could provide the framework for intersectoral links.

Sektorkennndaten

(Hauptquelle: Bangladesh Demographic Health Survey, BDHS, 2004)

Tabelle 1: Fortschritte im Gesundheitssektor Bangladeschs

Bangladesh key indicators				
	1975	pre HPSP (1997-99)	post HPSP (latest 2004- 2005)	HPSP target
economy				
GDP per capita (US\$)	180	380	421	
GDP per capita (PPP, US\$)		1602		
population (million people)	65	123	140	
poverty incidence (percent, PPP)		58,8 (1991)	49,6	29,4 (2015)
rural / urban		61 / 65	53 / 37	14 (2015)
extreme poverty (%)		28 (1991)		
health results				
Life expectancy at birth (males/females)		60.7 / 60.5	62 / 65	62 / 63
mother mortality rate (per 1000 live births)	6,2	4,4	3,2	2,8
deliveries by skilled personnel (%)	3	8	13,4	30
antenatal care (% of women)	3	26,4	55,9	65
infant mortality rate (per 1000 live births)	168	87	66,7	50
under five mortality rate (per 1000 live births)	144 (1990)	94	88	70
life expectancy at birth (years)	47	61		
children suffering from malnutrition (%; severe / moderate)		20,6 / 35,7	12,1 / 33,5	8 / 35
health sector outcomes				
system losses (%)		30	5	5
client satisfaction (%)		52	54	80
unofficial payment for services (% of people who pay and amount in Takka)		40% / 20	25% / 10	0 / 0
budget allocation for ESP (%)		60	72	65
improved gender awareness		no strategy	gender strategy	gender budget

Sources: APR 2005, BHNS.

Tabelle 2: Indikatoren im Subsektor Familienplanung

Bangladesh key indicators						
	1975	1996/97 (pre HPSP)	2001	2004 (post HPSP)	HPSP target	2010 (HNPSP target)
Population policies and family planning						
population (million)			143,3			
women aged 15-49 (million)			35,7			
population growth (%)	2,45		1,48			
crude birth rate (per 1000 population)				31,45		
total fertility rate	6,3	3,4	3,2	3,0	2,5	2,2
adolescence						
contraceptive prevalence rate (percent)	7,7	49,2	50,8	58,1	60	
modern methods		41,6		47,3	48	70
pills (percent of modern methods)						
adolescence						
discontinuation rate (percent)		46,9	48,6	50,0	25,0	
unmet needs for family planning (%)			15	11		
age group: 10-14 / 15-19 / 40-44 (%)				23,3 / 15,1 / 6,8		
mean age of marriage (female)				18		
median age of first birth				18		
overall sex ratio (female per 1000 male)				963		
deliveries attended by medically trained attendants (%)				12		
estimated annual resources requirements for family planning programs (US\$ million)				528		

Tabelle 3: Social Marketing hat sehr hohen Anteil an der Vertreibung von Pillen

use of pill brands 2004 (percent of pill users by brand and residence)			
	total	rural	urban
Government distribution system (Shuki brand)	55,8	59,4	43,6
Social Marketing distribution system (brands: Maya, Ovacon, Nonquest, Nordette, Fernicon, Minicon)	40,1	38,0	47,7
of which Fernicon	30,2	29,7	31,9
Private sector and pharmacies' distribution	3,5	2,2	7,8
Others, statistical errors	0,6	0,5	0,8

source: BDHS 2004, page 74

Tabelle 4: Nutzung von Familienplanungsmethoden

Percentage of married women (10-49 years of age) currently using contraceptive methods					
	1975	1991	1997	2000	2004
any method	7,7	39,9	49,2	53,8	58,1
modern methods	5,0	31,2	41,5	43,4	47,3
short term methods					
pills	2,7	13,9	20,8	23,0	26,2
condoms	0,7	2,5	3,9	4,3	4,2
vaginal methods	0,0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
long term methods					
Norplant	n.a.	n.a.	0,1	0,5	0,8
injectables	n.a.	2,6	6,2	7,2	9,7
IUD	0,5	1,8	1,8	1,2	0,6
female sterilization	0,6	9,1	7,6	6,7	5,2
male sterilization	0,5	1,2	1,1	0,5	0,6
traditional methods (withdrawals, periodic abstinence, others)	2,7	8,7	7,7	10,3	10,8

Source: BDHS 2004,

Tabelle 5: Hohe Geburtenrate bei jungen Frauen

age specific fertility rates (per 1000 women)					
	1975	1991	1996	2000	2004
15-19	109	179	147	144	135
20-24	289	230	192	188	192
25-29	291	225	150	165	135
30-34	250	169	96	99	83
35-39	185	114	44	44	41
40-44	107	56	18	18	16
45-49	35	18	6	3	3
total fertility rate (15-49)	6,3	5,1	3,3	3,3	3,0

source: BDHS, 2004, page 53

Tabelle 6: Geographische und Einkommenshintergrund hoher Geburtenraten

Fertility by background characteristic		
background characteristic	total fertility rate	mean number of children ever born to women age 40-49
total	3,0	5,1
poverty / wealth index		
poorest 20%	4,0	5,4
second	3,2	5,6
third	3,0	5,3
fourth	2,3	5,1
richest 20%	2,5	4,3
residence		
rural	3,2	5,3
urban	2,5	4,4
by area		
Barisal division	2,9	5,5
Chittagong division	3,7	5,6
Dhaka division	2,9	4,9
Khulna division	2,8	4,5
Rajshahi division	2,6	4,9
Sylhet division	4,2	5,8
source: BDHS 2004, page 51		

Tabelle 7: Offizielle und informelle Gebühren für Familienplanung

unofficial payments for receiving oral contraceptives		
	percent making payments	payments (amount, Taka)
government (informal payment)	70	2-20
SMC (social marketing)	100	10-20
private sector, pharmacies	100	4-40
NGOs (informal payments)	n.a.	2-6
source:		