

Philippinen: Städtische Familiengesundheitsdienste

Schlussprüfung

OECD-Förderbereich	12220 – Basisgesundheitsdienste	
BMZ-Projektnummern	1994 65 667 (Sachinvestition)	
Projektträger	Department of Health (DOH)	
Jahr der Schlussprüfung	2003	
	Projektprüfung (Plan)	Schlussprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	1994	1994
Finanzierung, davon FZ-Mittel	7,21 Mio EUR (FZ 2,97 Mio EUR)	6,08 Mio EUR (FZ 2,97 Mio EUR)
Andere beteiligte Institutionen/Geber	GTZ	GTZ
Erfolgseinstufung	5	
• Signifikanz/Relevanz	5	
• Effektivität	5	
• Effizienz	6	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren

Ursprüngliches Projektziel des FZ/TZ-Kooperationsvorhabens (KV) war die Verbesserung der Versorgung mit Familiengesundheitsdiensten in städtischen Armutsgebieten. Oberziel war es, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der städtischen Armen in den Provinzen Cavite, Quezon und Agusan del Norte zu leisten.

Als Indikatoren zur Messung der Projektzielerreichung wurde festgelegt, dass 3 Jahre nach Beginn der FZ-Komponente:

- die Menge der verkauften Basismedikamente zu mindestens 80% der Bedarfsschätzung entspricht;
- es jeweils für zwei Barangays (Orts- oder Stadtteile mit ca. 3.000 bis 3.500 Bewohnern) der Projektregion mindestens eine ausreichend ausgestattete Gesundheitsstation (Bestand an Basismedikamenten und Kontrazeptiva) mit mindestens einer Hebamme bzw. einem(r) ausgebildeten freiwilligen Gesundheitshelfer/helferin (Barangay Health Worker-BHW) sowie mindestens einem(r) BHW für 60 Familien gibt;
- der Revolving Fund sich auf mindestens 1,28 Mio EUR beläuft (entspricht dem Jahresbedarf an Basismedikamenten von 300.000 Personen);
- die Contraceptiva Prevalence Rate (CPR) ansteigt.

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

Die TZ-Komponente des Vorhabens begann in 1993. Bis zur ersten aus FZ-Mitteln finanzierten Lieferung wurden mehrfach wesentliche Änderungen im Projektkonzept vorgenommen. Das ursprünglich angebotsorientierte Projektkonzept sah die monatliche Abgabe eines so genannten Familiengesundheitskorbes an bedürftige Haushalte vor. Hierzu wurde von der TZ der Aufbau eines von der Gemeinde getragenen Gesundheitsinformationssystems unterstützt, das eine sozioökonomische Klassifizierung der Zielgruppe und eine daraus folgende Staffelung der Abgabepreise (Soziales Preissystem) ermöglichen sollte. Bessergestellte Haushalte sollten dabei über vergleichsweise höhere Medikamentenpreise die völlig verarmten Zielgruppen subventionieren. Aus der Differenz zwischen Ein- und Verkaufspreis sollten auf kommunaler Ebene revolvingende Fonds mit dem Ziel einer nachhaltigen Versorgung der Zielbevölkerung mit preisgünstigen Medikamenten etabliert werden. Die Abgabe der Medikamente sollte über ein dreistufiges Verteilungssystem erfolgen, das aus FAMUS-Apotheken auf Provinzebene sowie Satellitenapotheken und FAMUScy (FAMUS Pharmacy/ Arzneimittelverkaufsstelle) auf Gemeindeebene bestand. Die FAMUScies wurden gemeinschaftlich von freiwilligen Barangay Health Workers, Gemeindeorganisationen und neu gegründeten Arzneimittelkooperativen betrieben.

Das komplexe System zur Ermittlung der Bedürftigkeit der Haushalte erwies sich dabei als sehr zeit- und kostenaufwendig und damit als wesentliche Barriere für die Medikamentenverteilung. Zusätzlich hat sich der Aufbau neuer Vertriebsstrukturen (Arzneimittelkooperativen, FAMUS-Apotheken, Gemeindeorganisationen) als zu zeitaufwendig herausgestellt. Schließlich zeigte sich die große Abhängigkeit des Vertriebssystems von überwiegend unbezahlten Freiwilligen als nicht praktikabel.

Die FZ-Maßnahmen begannen Ende 1995. Aufgrund von Problemen bei der Registrierung der importierten Medikamente mussten die FZ-Lieferungen in Deutschland zwischengelagert werden und erreichten die Philippinen stark verspätet 1997. Ende Oktober 1998 befand sich noch der Großteil der FZ-finanzierten Lieferungen im FAMUS-Lager. Offensichtlich war die Aufnahmekapazität des FAMUScy-Vertriebsnetzes über- und der logistische Aufwand der Medikamentenverteilung unterschätzt worden. Die Absorptionskapazität der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Projektorganisation mit nur ca. 30 Vertriebsstellen (FAMUScies) war zu gering, um die gelieferten Medikamente vor Ablauf des Verfallsdatums an die Nutzer auszuliefern. Dies führte zu Ad-hoc-Anpassungen des Vertriebskonzepts: Das Konzept des so genannten Familiengesundheitskorbes wurde aufgegeben. Das Projektgebiet wurde von ursprünglich 3 auf 20 Provinzen ausgedehnt, die Fokussierung auf die städtischen Armen wurde zugunsten einer breiteren Armutsorientierung aufgegeben und die Vertriebsstruktur durch Beteiligung von 4 NRO auf rund 945 lokale Vertriebsstellen erweitert.

Die Durchführung des Vorhabens war durch die folgenden Schwächen gekennzeichnet:

- Die Kapazitäten der Projektverteilungsstruktur waren zu Beginn der FZ-Lieferungen zu gering, um die Medikamente innerhalb eines akzeptablen Zeitraums den Zielgruppen zugänglich zu machen. Die Hauptursachen lagen im angebotsorientierten Verteilungskonzept und seinen Komponenten der Zielgruppensegmentierung und Preisdifferenzierung. Das Problem wurde durch die verzögerten Lieferungen und den drohenden Ablauf des Verfallsdatums der Medikamente noch verschärft.
- Durch die Einschaltung von NRO gelang es zwar, den Anteil nicht mehr nutzbarer Medikamente auf unter 3% zu begrenzen. Allerdings führte die Ad-hoc Expansion des

Projekts zu Problemen bezüglich der Qualität, -kontrolle und Nachhaltigkeit der Maßnahmen. Es muss davon ausgegangen werden, dass das NRO-Personal nicht oder nur unzureichend bezüglich der Medikamentenabgabe geschult wurde. Als Konsequenz kann nicht ausgeschlossen werden, dass die fehlende Beratung der Zielgruppen zu unsachgemäßer Verwendung der Medikamente geführt haben (z.B. falsche Dosierung bei Antibiotika).

- Der im PPB im Vordergrund stehende präventive Projektansatz mit starker Betonung von Beratung und Aufklärung wurde im Verlauf der Projektimplementierung zugunsten eines rein kurativen Ansatzes aufgegeben.
- Die Beschaffung und der Vertrieb der Medikamente waren bis 2001 vor allem auf der Ebene der Regionallager und der lokalen FAMUScies mit großen Informations- und Kontrolldefiziten behaftet.
- Das TZ-Konzept der Preisdifferenzierung und damit der Quersubventionierung war nicht nur unpraktikabel, sondern hat das System auch kompliziert und intransparent gestaltet und so die Möglichkeit des Missmanagements begünstigt.
- Die Zusammenarbeit zwischen Projekt, kommunalen Gesundheitsdiensten und NRO war unzureichend, was zusammen mit ungenügenden monetären Anreizen (das in den Arzneimittelabgabestellen tätige Personal war zum Teil freiwillig oder zu sehr niedrigen Löhnen tätig) zu fehlender Ownership auf der philippinischen Seite führte.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Als Konsequenz der zahlreichen Konzeptionsänderungen in der TZ-Komponente waren die im Projektprüfungsbericht festgelegten Ziele nicht mehr realisierbar und die Indikatoren unbrauchbar für einen Soll-Ist-Vergleich. Der im Rahmen des Abschlusskontrollberichtes in 1999 an das DOH und die GTZ gestellten Forderung, bis Anfang 2000 neue angemessene Ziele und Indikatoren für das Vorhaben zu definieren, ist bisher nicht nachgekommen worden. Zum Zeitpunkt der Schlussprüfung war es nicht mehr möglich, ausreichende Daten über die tatsächlich erreichten Zielgruppen und die Auswirkungen des Vorhabens auf deren Gesundheitssituation zu erheben.

Ende 2002 stellte sich die Situation des Revolving Drug Fund (RDF) wie folgt dar: Aus Mitteln der FZ (80%), des Gesundheitsministeriums (19,7%) und in geringem Umfang der TZ (0,3%) wurden zwischen 1997 und 2001 Basismedikamente im Umfang von rund 143,1 Mio Philippine Pesos (PhP) geliefert. Hinzu kommen neue Medikamentenkäufe aus den Verkaufserlösen im Umfang von 2,6 Mio PhP.

Von den insgesamt bis zum 31.12.2002 zur Verfügung stehenden Medikamenten im Wert von 145,7 Mio PhP wurden 50,1% verkauft, 33% wurden wegen dem drohenden Ablauf des Verfallsdatums kostenlos abgegeben und 2,5% mussten wegen Überschreitung der Haltbarkeitsdauer ausgemustert werden. Der Wert der Lagerbestände lag zum Stichtag bei 4%. Die Verwendung der restlichen knapp 10% der Medikamente (14,1 Mio PhP) lässt sich heute nicht mehr zweifelsfrei nachvollziehen. Das derzeitige Projektmanagement vermutet als Ursachen Bewertungsprobleme bei den Lagerbeständen, willkürliche und uneinheitliche Preissetzungspraktiken und Fehler in der Einnahmenbuchhaltung in der Vergangenheit. Allerdings kann auch Missbrauch nicht ausgeschlossen werden.

Setzt man die bisher wieder verwendeten Rückflüsse (2,6 Mio PhP) ins Verhältnis zum ursprünglichen Kapital des Fonds (143,1 Mio PhP), so ergibt sich eine revolving rate von nur 1,8%. Noch problematischer ist allerdings die Differenz zwischen dem Wert der theoretisch verkauften

Medikamente (73,9 Mio PhP) und dem tatsächlich zurückgeflossenen Geld (27 Mio PhP). Dies bedeutet letztlich, dass vom ursprünglichen Kapital von 143,1 Mio PhP (2,5 Mio EUR¹) nur noch 27 Mio PhP (462 TEUR) oder knapp 19% vorhanden sind. Als Hauptgründe werden vom Projektmanagement das nicht funktionierende System der Quersubventionierung, fehlerhafte Preisfestsetzung und Klassifizierung der Medikamentenverwendung, unzureichende Buchführung und Missmanagement genannt. Hinzu kommt eine inflationsbedingte Entwertung des Fonds in der Größenordnung von 36%.

Als Zielgruppe des Vorhabens wurde im PPB die Bevölkerung in städtischen Armutsgebieten, vor allem Frauen, Säuglinge, Kinder und Jugendliche in den drei Projektprovinzen, definiert. Das monatliche Familieneinkommen der Zielgruppen lag dabei unterhalb der offiziellen philippinischen Armutsgrenze. Nach 3 Jahren sollten rd. 60% der Zielbevölkerung, d.h. ca. 530.000 Personen (98.000 Haushalte) durch das Vorhaben erreicht werden.

Die Zahl der durch das Vorhaben tatsächlich erreichten Haushalte lässt sich nicht mehr bestimmen. Das derzeitige Projektmanagement schätzt, dass es sich bei 80-90% der erreichten Bevölkerung um Arme handelt. Dies wird aus dem Standort der Verteilungsstellen in Kommunen mit einem hohen Anteil armer Bevölkerung geschlossen, kann allerdings nicht durch Daten untermauert werden. Bis 2001 war das Projekt in 20 Provinzen präsent. Allerdings befindet sich seit 2001 das Vorhaben in einer Konsolidierungsphase, die zu einer Reduzierung der lokalen Vertriebsstellen von 945 auf 250 in nur noch 8 Provinzen geführt hat. Eine weitere Verringerung der Vertriebsstellen wird vom Projektmanagement nicht ausgeschlossen.

Die bei Projektprüfung diagnostizierten Risiken waren:

- a) Mangel an freiwilligen Gesundheitshelfern für den Verkauf der Familiengesundheitskörbe (hohes Risiko),
- b) gefährdete Nachhaltigkeit wegen mangelnder Partizipation der Bevölkerung (mittleres Risiko),
- c) unsachgemäßer Umgang mit Medikamenten und Kontrazeptiva (geringes Risiko),
- d) unsachgemäße Abgabe der Antibiotika (geringes Risiko) und
- e) mittelfristig unzureichender philippinischer Eigenbeitrag (hohes Risiko).

Die Eintrittswahrscheinlichkeit der Risiken sollte durch die TZ-Komponente gemildert werden. Die unter a), b) und e) beschriebenen Risiken sind eingetreten. In Bezug auf c) und d) ist bedingt durch die schnelle Verteilung der Medikamente durch sehr viele Verkaufspunkte ohne ausreichende Schulung des Personals ebenfalls davon auszugehen, dass die beschriebenen Risiken eingetreten sind. Nicht zuletzt auch aufgrund des unzureichenden Monitoring liegen aber dazu keine konkreten Informationen vor.

In einer zusammenfassenden Bewertung aller dargestellten Wirkungen und Risiken des Vorhabens kommen wir zu folgender Bewertung:

Effektivität

Das Vorhaben sicherte für einen nicht genau abgrenzbaren Personenkreis temporär die Versorgung mit rein kurativen Basisedikamenten. Ob die im Rahmen der FZ-Komponente gelieferten Medikamente die Zielgruppen erreicht haben, kann nicht eindeutig nachgewiesen werden. Die fehlende bzw. unzureichende Beratung der Zielgruppen, der bei der Projektdurchführung dominierende kurative Projektansatz und der hohe Anteil von Schmerzmitteln bei den Me-

¹Wechselkurs bei Schlussprüfung

dikamentenlieferungen sprechen allerdings gegen einen effektiven Beitrag des Vorhabens zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Zielgruppen. Da es der TZ-Komponente nicht gelungen ist, eine funktionierende Verteilungsstruktur zu etablieren, ist eine Nachhaltigkeit der Projektmaßnahmen nicht gegeben. Wir beurteilen deshalb die **Effektivität** des Vorhabens als **eindeutig unzureichend** (Teilbewertung: **Stufe 5**).

Relevanz/Signifikanz

Bis zum Jahr 2001 war das Vorhaben mit 945 Vertriebsstellen in insgesamt 20 Provinzen vertreten. Zum Zeitpunkt der SP waren allerdings nur noch rund 250 Vertriebsstellen in 8 Provinzen in Betrieb bei weiter sinkender Tendenz. Vom ursprünglichen Kapital des RDF sind nur noch knapp 19% für einen Zweiteinsatz vorhanden. Insgesamt ist es dem KV nicht gelungen, einen nachhaltigen Beitrag zum Aufbau von Familiengesundheitsdiensten zu leisten. Daher bewerten wir die **Relevanz / Signifikanz** des Vorhabens als **eindeutig unzureichend** (Teilbewertung: **Stufe 5**).

Effizienz

Eingesetzten FZ-Mitteln in Höhe von knapp 3,0 Mio EUR stehen TZ-Mittel in Höhe von 2,4 Mio EUR gegenüber, was eine relativ hohe TZ/FZ-Relation bedeutet. Unter Berücksichtigung der ineffizienten Beschaffung der Medikamente, der nicht erfolgreichen Beratungsleistungen, des unbefriedigenden angebotsorientierten Konzeptes (mit Preisdifferenzierung und Quersubventionierung), der wiederholten Konzeptionsänderungen und dem Fehlen einer funktionsfähigen Verteilungsstruktur sowie der sehr hohen Entwertung des RDF ist die **Effizienz** des Vorhabens in **keiner Weise gegeben** (Teilbewertung: **Stufe 6**).

Unter Abwägung von **Effektivität**, **Effizienz** und **Signifikanz/Relevanz** wird die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens als **insgesamt eindeutig unzureichend (Stufe 5) bewertet**. Das Vorhaben ist als weitgehend gescheitert anzusehen.

Empfehlungen für die Betriebsführung

Bezüglich der Umsetzung des Konzepts des „Social Franchising“ sollte eine zu schnelle Expansion des Systems vermieden werden. Das Konzept wurde erst zum Ende von FAMUS I entwickelt und ist dementsprechend noch in der Aufbauphase. Folgende Voraussetzungen sind vor einer Fortsetzung in einer zweiten Phase aus derzeitiger Perspektive zu erfüllen:

- Die Verwaltung des revolving drug funds (RDF) durch das Gesundheitsministerium bedingt, dass der Zugriff der National Pharmaceutical Foundation (NPF) auf die Mittel sehr bürokratisch ist. Ein vollständiger Transfer des RDF vom Gesundheitsministerium zur NPF ist vereinbart, aber noch nicht erfolgt. Der tatsächliche Transfer sollte möglichst bald, d. h. auf jeden Fall noch vor Beginn der zweiten Phase erfolgen.
- Bei der Vergabe der offiziellen Zulassung an die Verkaufsstellen als HealthPlus-Apotheken müssen deutliche Fortschritte erreicht werden. Derzeit sind nur drei HealthPlus-Outlets lizenziert.
- Der dreistufige Vertriebsweg ist als sehr teuer einzuschätzen. Die Vertriebskosten müssen reduziert werden oder zumindest sollte eine Perspektive für eine mittelfristige Kostenreduktion gegeben sein. Ebenfalls sollten beim Vertrieb mehr marktwirtschaftliche Strukturen zugelassen werden.
- Insgesamt sollte das neue System vorsichtig ausgebaut und getestet werden; dafür reichen die noch vorhandenen Mittel im RDF aus.

Projektübergreifende Schlussfolgerungen

Im Laufe des Projektverlaufes von FAMUS I hat die KfW sich im Wesentlichen auf die Finanzierung der Medikamente beschränkt und die konzeptionelle Weiterentwicklung des Projektes überwiegend der GTZ überlassen. Insbesondere in Anbetracht der erheblichen Probleme bei der Umsetzung des Projektkonzepts ist eine stärkere inhaltliche Beteiligung der KfW auch dann erforderlich, wenn die GTZ die Federführung für das KV übernommen hat. Schließlich ist darauf zu achten, dass die Kooperationsvereinbarung umgesetzt und der gegenseitige Informationsfluss gesichert ist (hier: Abstimmung bzw. Kenntnisnahme der Berichterstattung des Kooperationspartners).

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 unten 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, sozio-ökonomischen 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 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.