

**Tansania: Gesundheitsreform /
Förderung der reproduktiven Gesundheit einschließlich HIV/AIDS-Prävention**

Ex Post-Evaluierungsbericht (Schlussprüfung)

OECD-Förderbereich	13030 / Gesundheit	
BMZ-Projektnummer	2000 65 813	
Projektträger	Gesundheitsministerium	
Consultant	Entfällt	
Jahr des Ex Post-Evaluierungsberichts	2008	
	Programmprüfung (Plan)	Ex Post-Evaluierungsbericht (Ist)
Durchführungsbeginn	4. Quartal 2001	4. Quartal 2001
Durchführungszeitraum	24 Monate	24 Monate
Investitionskosten	705,6 Mio. EUR (Fiskaljahre 2000/01-2002/03)	776,8 Mio. EUR (Fiskaljahre 2001/02-2003/04)
Eigenbeitrag	354,1 Mio. EUR (Fiskaljahre 2000/01-2002/03)	381,3 Mio. EUR (Fiskaljahre 2001/02-2003/04)
Finanzierung, davon FZ-Mittel	5,1 Mio. EUR	5,1 Mio. EUR
Andere beteiligte Institutionen/ Geber	DANIDA, DFID, Irish Aid, Niederlanden, NORAD, SDC, Weltbank, GTZ	DANIDA, DFID, Irish Aid, Niederlanden, NORAD, SDC, Weltbank, GTZ
Erfolgseinstufung	3	
• Relevanz	2	
• Effektivität	3	
• Effizienz	3	
• Übergeordnete entwicklungs-politische Wirkungen	3	
• Nachhaltigkeit	3	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Programmziele mit Indikatoren

Seit 1994/1995 verfolgt der tansanische Staat ein umfassendes Reformprogramm zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (Health Sector Reform Programme). Die Reformen setzen an den Kernproblemen des Sektors an und zielen auf die Dezentralisierung von Verantwortung, die Priorisierung von Basisgesundheitsdiensten und vorbeugenden Maßnahmen sowie die Verbesserung von Effizienz und Koordination beim Einsatz knapper Ressourcen. Die FZ-Finanzierung ist Teil einer Gemeinschaftsfinanzierung (Basket Fund), die 1999 zusammen mit DANIDA, DFID, Irish Aid, den Niederlanden, NORAD, SDC, der Weltbank und der GTZ eingerichtet wurde, um die Gesundheitsreformen Tansanias im Rahmen einer gemeinsamen Sektorstrategie (SWAp) zu unterstützen. Der FZ-Beitrag zielte konkret auf die Verbesserung der Basisgesundheitsdienste ab und umfasste Maßnahmen zur Förderung der reproduktiven Gesundheit und der HIV-Prävention. Die tansanische Regierung hatte sich bereit erklärt, für den Gegenwert von mind. 5,1 Mio. EUR bisher nicht budgetierte Maßnahmen zur Förderung der reproduktiven Gesundheit und HIV/AIDS-Prävention in die Gemeinschaftsfinanzierung aufzu-

nehmen, darunter auch die bislang aus einem FZ-Sektorprogramm (BMZ-Nr. 1998 66 443) finanzierten Dreimonatsspritzen zur Empfängnisverhütung.

Das Vorhaben stellt eine Mischung bzw. einen Übergangsfall aus FZ-Programm (im Bereich der reproduktiven Gesundheit und der HIV/AIDS-Prävention) und Basket Fund dar. Im Rahmen der Schlussprüfung wurde daher die Wirksamkeit beider Ansätze untersucht. Die Aussagen bzgl. des Basket Funds beruhen im Wesentlichen auf den Ergebnissen der 2007 veröffentlichten gemeinsamen Evaluierung des tansanischen Gesundheitssektors („Joint External Evaluation – The Health Sector in Tanzania, 1999-2006“). Für die Berücksichtigung der durch das FZ-Programm zusätzlich aufgenommenen Maßnahmen wurden zudem KfW-interne Dokumente sowie Daten bzgl. der Familienplanungs- und HIV/AIDS-Situation in Tansania (Demographic and Health Survey, Daten der WHO und der Weltbank) ausgewertet. Aktuelle Daten zum tansanischen Gesundheitssektor wurden zusätzlich dem Health Sector Performance Report (HSPR, 2008) entnommen.

Das Oberziel der Gesundheitsreform und somit auch des FZ-Vorhabens war es, zur Verbesserung der Gesundheit der tansanischen Bevölkerung, insbesondere der Armen, Frauen und Kinder (Zielgruppe) beizutragen. Da das FZ-Vorhaben Teil einer landesweiten Gesundheitsreform war, wurden zur Messung der Oberzielerreichung im Rahmen der Schlussprüfung folgende Indikatoren genutzt: Reduzierung der Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit, Anstieg des Anteils der Geburten, die von medizinisch geschultem Personal betreut werden, Anstieg der Impfrate für Diphtherie, Polio und Tetanus bei Kindern im Alter von 12-23 Monaten sowie Rückgang der HIV/AIDS-Prävalenz und der Geburtenrate.

Durch die Gesundheitsreform sollten die Effizienz und Wirksamkeit der Ressourcennutzung und –Allokation im Hinblick auf Gesundheitsleistungen und somit deren Qualität verbessert werden. Für den FZ-Beitrag als integralem Bestandteil des Sektorreformprogramms wurde das Programmziel spezifiziert als qualitative Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen vor allem im Bereich der reproduktiven Gesundheit und der HIV/AIDS-Prävention. Dieses Ziel sollte durch die Verfügbarkeit ausreichender Labormaterialien, Medikamente und Kontrazeptiva sowie die Finanzierung von Infrastrukturmaßnahmen erreicht werden. Für den FZ-Beitrag wurden keine eigenen Programmzielindikatoren entwickelt, sondern auf die entsprechenden Indikatoren des Gesundheitsreformprogramms hingewiesen. Diese beziehen sich auf strukturelle und institutionelle Veränderungen im Gesundheitssektor und wurden wie folgt definiert:

- a. Nationale Standards für ein Basisgesundheitspaket sind entwickelt, Managementteams auf Distriktebene sind zur Anwendung ausgebildet, und ein Qualitätssicherungssystem ist eingeführt.
- b. Nationale Institutionen zur Aufsicht der multisektoralen HIV/AIDS-Initiative sind voll funktionsfähig; deren Personal ist ausgebildet.
- c. Das Gesundheitsreformprogramm ist in das „Medium-Term Expenditure Framework“ (MTEF) der Regierung integriert, wobei mindestens 50% der Gebermittel im Gesundheitssektor im MTEF berücksichtigt sind.
- d. Planungs- und Managementsysteme auf Distriktebene und Finanzierung durch Blockzuweisungen („block grants“), die an Projektziele, Ergebnisse und Leistung gekoppelt sind, sind in mindestens 30% der 114 Distrikte eingeführt und werden angewandt.
- e. Ein multisektoraler nationaler HIV/AIDS-Fonds ist eingerichtet und wird eingesetzt.

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

Das Sektorreformprogramm beinhaltete eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen, die im Haushalt des Gesundheitsministeriums aufgeführt waren und vom „Basket Finance Committee“ genehmigt wurden. Neue Planungs- und Managementsysteme auf zentraler und lokaler Ebene wurden eingeführt, um die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Die Mittel aus der Gemeinschaftsfinanzierung wurden überwiegend für laufende Kosten und nur in geringem Umfang für Reinvestitionen verwandt; Neuinvestitionen waren in Anbetracht des Ausbaustandes weder vorgesehen noch sinnvoll. Reinvestitionen in Infrastruktur wurden für Basis-

gesundheitsseinrichtungen verwandt, u.a. zur Verbesserung der diagnostischen Infrastruktur für HIV/AIDS und der Therapie von Begleitinfektionen.

Das FZ-Programm war als Kooperationsvorhaben mit der GTZ konzipiert. Die TZ-Maßnahmen umfassten Beratung in den Bereichen Gesundheitsfinanzierung, Distriktmanagement, HIV/AIDS-Prävention sowie reproduktive Gesundheit. Die FZ- und TZ-Maßnahmen haben sich sinnvoll ergänzt. Das FZ-Programm wurde planungsgemäß in einem Zeitraum von 24 Monaten durchgeführt. Während die FZ-Mittel gemäß Programmprüfung lediglich für die erste Phase der Gesundheitsreform (Fiskaljahre 2001/02 und 2002/03) bereit gestellt werden sollten, erfolgte die letzte Auszahlung der FZ-Mittel erst während der zweiten Reformphase (im Fiskaljahr 2003/04), da sich die Programmumsetzung auf Distriktebene, insbesondere die Erstellung von Distriktgesundheitsplänen, verzögerte. Es haben sich keine wesentlichen Abweichungen von der Programmkonzeption ergeben.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Die Indikatoren für die Erreichung des Oberziels wurden weitgehend erreicht:

- a. Die Müttersterblichkeit konnte allerdings seit Programmbeginn nicht verringert werden. Sie ist von 529 (1996) auf 578 pro 100.000 Lebendgeburten (Tanzanian Demographic and Health Survey, DHS, 2004/05) sogar angestiegen. Dies könnte allerdings mit einer verbesserten Datenlage zu begründen sein.
- b. Der Anteil der Geburten, die von medizinisch geschultem Personal betreut werden, ist von 44% (Tanzanian Reproductive and Child Health Survey, TRCHS, 1999) auf 51%, (HSPR, 2008) gestiegen, wenngleich etwa 40% der Gesundheitszentren keine separaten Räumlichkeiten für die Betreuung von Müttern und Kindern besitzen.
- c. Die Säuglingssterblichkeit hat sich von 99 (TRCHS, 1999) auf 58 (HSPR 2008) pro 1.000 Lebendgeburten verringert.
- d. Die Kindersterblichkeit der Unter-5-Jährigen konnte ebenfalls deutlich von 146 (TRCHS 1999) auf 91 (HSPR 2008) pro 1.000 Lebendgeburten reduziert werden.
- e. Die Fortschritte bei der Bekämpfung von Diphtherie, Polio und Tetanus bei Kindern haben sich wie folgt entwickelt: die Impfrate ist bei 12-23 Monate alten Kindern von 81% (TRCHS 1999) zunächst von 87% (HSPR 2008) in 2006 gestiegen, jedoch in 2007 wieder auf 83% gefallen (HSPR 2008).
- f. Die HIV/AIDS-Prävalenzrate bei Erwachsenen ist laut Weltbank im Jahr 2007 auf etwa auf 6,2% (2003: 8,8% laut WHO) gesunken und ist damit auf gutem Weg zur Erreichung des Millenium Development Goals, einer Prävalenzrate von 5,5% in 2015.
- g. Die Geburtenrate fiel von 5,6 im Jahr 1998 (Weltbank) auf 4,9 im Jahr 2004 (WHO).

Auch wenn die positiven Entwicklungen nicht allein dem SWAp und der Basketfinanzierung zuzuordnen sind, ist davon auszugehen, dass diese einen positiven Beitrag zur Oberzielerreichung geleistet haben.

Die Indikatoren zur Programmzielerreichung wurden ebenfalls weitgehend erreicht:

- a. Nationale Qualitätsstandards für ein Basisgesundheitspaket, Infrastruktur, Ausrüstung, Qualitätssicherung und Personal wurden eingeführt. Managementteams auf Distriktebene wurden für deren Anwendung ausgebildet. Die Qualifikation des Personals reicht allerdings noch nicht aus, um eine effektive Qualitätssicherung auf Distriktebene zu gewährleisten.
- b. Nationale Institutionen zur Aufsicht der multisektoralen HIV/AIDS-Initiative sind voll funktionsfähig; deren Personal ist ausgebildet.
- c. Das Gesundheitsreformprogramm ist in das MTEF der Regierung integriert, wobei im Fiskaljahr 2002/03 61% (Zielwert: mindestens 50%) der Gebermittel im Gesundheitssektor im MTEF berücksichtigt sind.
- d. In allen 114 Distrikten sind reformierte Planungs-, Management- und Finanzierungssysteme („block grants“) eingeführt.
- e. Ein multisektoraler nationaler HIV/AIDS-Fonds ist eingeführt.

Neben der dargestellten Indikatorenentwicklung ist für die Programmzielerreichung, einer qualitativen Verbesserung der Gesundheitsleistungen, wesentlich, dass sich die nationalen Systeme

zur Verteilung von Medikamenten, medizinischem Versorgungsmaterial, Ausrüstung, die Infrastruktur sowie das Gesundheitssystem deutlich verbessert haben. Es wird geschätzt, dass 90% der tansanischen Bevölkerung gegenwärtig innerhalb von fünf Kilometern einer Gesundheitseinrichtung leben. Zusätzlich zu den Distriktverwaltungen kommt den Krankenhäusern (Tertiär- und Sekundärversorgung) eine wesentliche Rolle bei der Verbesserung der Gesundheitsleistungen zu. Im Management durch die Krankenhäuser liegt jedoch eine wesentliche Schwäche des Reformprozesses. Probleme liegen in der verzögerten Mittelbereitstellung, mangelhaft ausgebildetem Personal, erheblichen Defiziten bei der Medikamentenversorgung sowie beim Unterhalt von Infrastruktur und Ausrüstung. Im Transportmanagement wurden ebenfalls kaum Verbesserungen erzielt, was sich negativ auf Zugang und Nutzung der Gesundheitseinrichtungen auswirkt, wobei arme Bevölkerungsgruppen in entlegenen ländlichen Räumen besonders benachteiligt werden. Die Qualität der Gesundheitsleistungen insbesondere zur Bekämpfung von HIV/AIDS und Malaria hat sich verbessert. Die kontrazeptive Prävalenzrate ist mit 25% (1999) bzw. 26% (2004/05) in etwa konstant geblieben; dies ist in Anbetracht der umfangreichen Investitionen in diesem Bereich noch nicht zufrieden stellend.

Als Zielgruppe wurden bei Programmprüfung die Nutzer von Gesundheitseinrichtungen mit öffentlichem Versorgungsauftrag sowohl in staatlicher als auch in privater bzw. kirchlicher Trägerschaft definiert. Damit sollten etwa 80% der Bevölkerung, für das FZ-Vorhaben insbesondere Frauen und sozial schwache Bevölkerungsgruppen, die in hohem Maße von der HIV/AIDS-Epidemie betroffen sind, erreicht werden. Wir gehen davon aus, dass das Sektorreformprogramm die Zielgruppe erreicht hat. Bzgl. der Erreichung von Frauen und benachteiligten Bevölkerungsgruppen ist darauf hinzuweisen, dass es laut AK immer wieder signifikante Mangel an einzelnen Kontrazeptiva in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen gegeben hat, so dass in diesem Zusammenhang von einer eingeschränkten Zielgruppenerreichung auszugehen ist. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass Gesundheitsdienstleistungen im Bereich der HIV/AIDS-Prävention und –Behandlung in ländlichen Gebieten des Landes nur sehr eingeschränkt zur Verfügung stehen.

Das Sektorreformprogramm hat unmittelbar zur Bekämpfung von Armut beigetragen (Kennung: SUA). Der Anteil der Armen an der Gesamtbevölkerung (Zielgruppe) beträgt in Tansania 36% (Weltbank 1999-2005). Es hat die Lebensbedingungen und das produktive Potential der Armen verbessert, die von Krankheiten einschließlich HIV/AIDS sowie von geringer Lebenserwartung besonders betroffen sind. Auf Distrikt- und lokaler Ebene sind die Armen in Planung und Management von Gesundheitsleistungen eingebunden, auch wenn ihre Beteiligung insbesondere auf Gemeindeebene während der ersten Phase der Gesundheitsreform nicht den Erwartungen entsprochen hat. Um den Zugang zu Gesundheitsleistungen für arme Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten, sind bei den im Rahmen der Reform eingeführten Gebührensysteme Arme, Kinder und Ältere von der Gebührenpflicht ausgenommen; für reproduktive Gesundheitsleistungen fallen keine Gebühren an.

Das Vorhaben hat positive Wirkungen auf die Gleichberechtigung der Geschlechter gehabt. Insbesondere die Maßnahmen zur Verbesserung reproduktiver Gesundheitsleistungen ist Frauen zu Gute gekommen. Das Vorhaben erhält daher die Kennung G1. Das Vorhaben war nicht auf den Umwelt- und Ressourcenschutz ausgerichtet. Es hatte keine signifikanten negativen Umweltwirkungen (Umweltkennung UR 0). Partizipative Entwicklung und gute Regierungsführung waren entscheidend für die Programmdurchführung. Die Gesundheitsreform hat den Dezentralisierungsprozess wesentlich beschleunigt und zu erweiterten Entscheidungsspielräumen für Arme beigetragen (PD/GG 2).

In der entwicklungspolitischen Gesamtschätzung kommen wir zu folgenden Bewertungen:

Relevanz: Die Konzeption des Sektorreformprogramms war dazu geeignet, zur Lösung der Kernprobleme im Gesundheitssektor – Unterfinanzierung, mangelnde Budgetallokation, mangelnde Geberkoordinierung, Zentralismus, mangelnde Qualifikation des Personals sowie unzureichende Qualität von Gesundheitsdienstleistungen – beizutragen. Die mangelhafte Gesundheitssituation der Bevölkerung, insbesondere infolge der Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemie, stellt weiterhin ein wesentliches Hemmnis für die soziale und wirtschaftliche Entwicklung Tansanias dar und hat höchste Priorität in der Armutsbekämpfungsstrategie PRSP II der tansanischen Regierung. Wir gehen davon aus, dass die Verbesserung der Gesundheit signifikant zur

Armutsminderung beigetragen hat, und zwar direkt (Leistungsfähigkeit und Humankapitalbildung) sowie indirekt (Vermeidung von Krankheit, die zum Verlust von Ernte, Einkommen, Ausbildung etc. führt). Drei der acht Millennium Development Goals (MDG) beziehen sich auf die Verbesserung der Gesundheitssituation, dem Oberziel des Vorhabens: die Reduzierung der Kindersterblichkeit (MDG 4), die Verbesserung der Müttergesundheit (MDG 5) sowie die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten (MDG 6). Das FZ-Vorhaben fügte sich in die Gesundheitspolitik Tansanias sowie in den sektorweiten Ansatz (SWAp) ein. Es wurde im Rahmen der Gemeinschaftsfinanzierung in enger Koordination mit der Gebergemeinschaft konzipiert und umgesetzt. Der Gesundheitssektor gehört darüber hinaus zu den drei Schwerpunkten der deutsch-tansanischen Entwicklungszusammenarbeit. Durch die Vielzahl der am SWAp beteiligten Geber war eine kohärente Ausrichtung an den nationalen Gesundheitszielen gegeben. Daneben flossen über große bi- und multilaterale Programme (GFATM, JICA, USAID) Mittel zur HIV-Prävention und Bekämpfung von Malaria und Tuberkulose in den tansanischen Gesundheitssektor. Diese waren nicht in den SWAp integriert und führten teilweise zu Verzerrungen und Verlagerungen von Personal- und Finanzressourcen. Das Vorhaben hat eine hohe entwicklungspolitische Relevanz (Teilbewertung: Stufe 2).

Effektivität: Die Programmziele wurden weitgehend erreicht, wie oben anhand der Indikatoren dargestellt. Als Indikatoren wurden sektorale Rahmenbedingungen definiert, die erfüllt sein müssen, um die Qualität der Gesundheitsleistungen zu verbessern. Dies ist im Hinblick auf den Charakter des Vorhabens als programmorientierte Gemeinschaftsfinanzierung in der ersten Phase der Gesundheitsreform gerechtfertigt, da hier die Strukturreform im Vordergrund steht. Schwächen bestehen weiterhin vor allem in den Bereichen Personalausbildung, Partizipation der Bevölkerung, reproduktive Gesundheitsleistungen und Krankenhausreform. Die kontrazeptive Prävalenzrate ist in Tanzania laut DHS zwischen 1999 und 2005 etwa konstant geblieben. Die ausreichende Verfügbarkeit von einzelnen Kontrazeptiva (Pillen, Kondome, Dreimonats-spritzen) in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in der Durchführungsphase des FZ-Vorhabens – mit zu erwartenden Einbußen bei der Effektivität – konnte nicht durchgängig sichergestellt werden. Wir bewerten die Effektivität des Vorhabens daher mit zufrieden stellend (Teilbewertung: Stufe 3).

Effizienz: Die Einführung des SWAp und des Basket Funds haben zu Effizienzgewinnen geführt; unterschiedliche Regelwerke und Strategien von Geberorganisationen wurden von harmonisierten bzw. koordinierten Verfahren abgelöst. Es besteht jedoch weiterhin Handlungsbedarf, um den Monitoring- und Koordinierungsprozess der Geber zu verschlanken. Die Einführung des Basket Funds zur Finanzierung der Gesundheitsreform hat dazu beigetragen, die Finanzierung des Gesundheitssystems zu sichern und zu erhöhen. Auch auf lokaler Ebene tragen Regionalzuschüsse („block grants“), die an Ergebnisse, Zielerreichung und Leistung gekoppelt sind, zur Sicherung der Finanzierung in den Distrikten bei. Zu einer erhöhten Produktionseffizienz tragen die reformierten Planungs- und Managementsysteme in allen Distrikten bei. Erhebliche Fortschritte wurden bei Planung, Budgetierung, Management und Qualitätskontrolle von Gesundheitsleistungen auf lokaler Ebene erzielt. Darüber hinaus konnte das Referenzsystem, das für die Effizienz des Gesundheitssystems von erheblicher Bedeutung ist, noch nicht signifikant verbessert werden, was zu erhöhten Behandlungskosten führt. Bei der Personalausbildung, die ebenfalls erheblichen Einfluss auf die effiziente Mittelverwendung hat, wurden zwar Fortschritte erzielt, jedoch sind hier insbesondere auf lokaler Ebene noch erhebliche Anstrengungen erforderlich. Das Transportsystem wurde ebenfalls kaum ausgebaut. Im Hinblick auf die Allokationseffizienz des Programms ist der Anteil der präventiven Gesundheitsausgaben sowie der Ausgaben für HIV/AIDS am Gesamtbudget gestiegen. Die Budgetallokation für die Distrikte erfolgt nach Effizienz- und Gleichheitskriterien unter Berücksichtigung von Bevölkerungs-, Armut- und Krankheitsprofilen der Distrikte. Insgesamt halten wir die Effizienz des Vorhabens für zufrieden stellend (Teilbewertung: Stufe 3).

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: Das Oberziel wurde wie oben dargestellt mit Ausnahme der Verbesserung der Müttergesundheit erreicht. Positive Entwicklungen können vor allem im Bereich der Kinder- und Säuglingssterblichkeitsrate verzeichnet werden. Positiv auf die Gesundheitsindikatoren haben sich Impfkampagnen, eine effektive Tuberkulose-Kontrolle, Nahrungsergänzungsprogramme, die verbesserte Diagnose und Behandlung von Malaria, eine verbesserte Medikamentenverfügbarkeit und der erhöhte Gebrauch von Moskitonetzen ausge-

wirkt. Das Sektorreformprogramm hat breitenwirksame Strukturveränderungen herbei geführt, die wichtige Voraussetzungen für die Erhöhung von Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung darstellen. Im Verlauf der Umsetzung der Sektorreform ist zudem ein Rückgang bei der HIV-Prävalenz sowie der Geburtenrate zu verzeichnen. Zusammenfassend wird die übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit gut eingestuft (Teilbewertung: Stufe 2).

Nachhaltigkeit: Das Programm hat zu strukturellen, langfristig wirksamen Reformen im Gesundheitssektor geführt. Das sektorweite Programm (SWAp) und der Basket Fund sind langfristig konzipiert, auch wenn einige Geber künftig Budgetfinanzierungen gewähren werden. Die Anzahl der Geber, die an dem Basket Fund beteiligt sind, hat sich gegenwärtig auf 11 erhöht, was als Indiz für das wachsende Vertrauen in diese Finanzierungsmodalität gewertet werden kann. Sowohl die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit (von USD 4,2 in 2000 auf USD 14 in 2007/2008) als auch der Anteil der Gesundheitsausgaben am Gesamthaushalt (von 8% in 2000/01 auf 10,8% in 2007/08) sind gestiegen. Gebermittel tragen dem regionalen Kontext entsprechend zur Finanzierung des Gesundheitssystems in hohem Maß bei. Das Gebührensystem, die Gesundheitsfonds der Gemeinden sowie das Krankenversicherungssystem für staatliche Angestellte tragen, wenn auch bisher in geringem Ausmaß, zur Finanzierung bei. Die Diversifikation der Finanzierung von Gesundheitsleistungen hat zu einer erhöhten Krisenresistenz des Gesundheitssystems beigetragen. Die relevanten Institutionen, insbesondere das Gesundheitsministerium und die lokale Gesundheitsverwaltung, haben neue Rollen eingenommen, was die Umsetzung der Reformen begünstigt. Allerdings beinträchtigen Defizite bei der Ausbildung, Einstellung und Platzierung des Gesundheitspersonals (vor allem im ländlichen Raum, welcher von hoher Personalfuktuation und Unterbesetzung gekennzeichnet ist) auch weiterhin die Nachhaltigkeit von Gesundheitsprogrammen und –Dienstleistungen. Wir schätzen die Nachhaltigkeit des Programms insgesamt als zufrieden stellen ein (Teilbewertung: Stufe 3).

Gesamtbewertung: Wir stufen die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens insgesamt als zufrieden stellend ein (Stufe 3).

Projektübergreifende Schlussfolgerungen

- Die Konzeption des FZ-Vorhabens als Teil des Sektorprogramm (SWAp) hat sich bewährt, um Reformen im Gesundheitssektor zu fördern. Verbesserungsbedarf liegt in der Koordination zwischen den beteiligten Gebern.
- Die Korbfinanzierung als innovatives Finanzierungsinstrument ist gut geeignet, um Koordinierungsaufwand für die Regierung zu vermeiden und zusätzliche Mittel für den Sektor zu mobilisieren. Die Korbfinanzierung hat nicht zu einem „crowding out“ von Eigenbeiträgen der Regierung geführt. Von Anfang an sollte jedoch auf eine konsequente Einführung eines transparenten Finanzsystems bei Regierung und Projektträger geachtet werden, was den Nachweis der Mittelverwendung ermöglicht und dadurch das Risiko von Fehlverwendungen minimiert.
- In den folgenden Phasen des Reformprogramms sollte die Beteiligung der Bevölkerung ausgebaut werden, um den Zugang der armen Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen sowie den Betrieb und die Instandhaltung der Gesundheitseinrichtungen zu verbessern. Der Dezentralisierungsprozess sollte dadurch beschleunigt werden, dass bei neu gegründeten bzw. reformierten Institutionen klare Kompetenzen angesiedelt werden, d.h. Rechte und Pflichten auf allen Regionalebenen eindeutig aufgeteilt sind.
- Da rd. 40% der Gesundheitsleistungen in Tansania von nicht-staatlichen Einrichtungen (NGO, Privatsektor) erbracht werden, ist die Koordination zwischen staatlichem, NGO- und Privatsektor wesentlich (Einbeziehung nicht-staatlicher Anbieter in Gesundheitsplanung und –Management der Distrikte, Abschluss von Finanzierungs- und Leistungsverträgen).

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den Kriterien Relevanz, Effektivität, Effizienz und übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen als auch zur abschließenden Gesamtbewertung der entwicklungspolitischen Wirksamkeit wird eine sechsstufige Skala verwandt. Die Skalenwerte sind wie folgt belegt:

Stufe 1	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
Stufe 2	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
Stufe 3	zufrieden stellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
Stufe 4	nicht zufrieden stellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
Stufe 5	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
Stufe 6	das Vorhaben ist nutzlos bzw. die Situation ist eher verschlechtert

Die Stufen 1-3 kennzeichnen eine positive bzw. erfolgreiche, die Stufen 4-6 eine nicht positive bzw. nicht erfolgreiche Bewertung.

Das Kriterium Nachhaltigkeit wird anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet:

Nachhaltigkeitsstufe 1 (sehr gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit unverändert fortbestehen oder sogar zunehmen.

Nachhaltigkeitsstufe 2 (gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nur geringfügig zurückgehen, aber insgesamt deutlich positiv bleiben (Normalfall; „das was man erwarten kann“).

Nachhaltigkeitsstufe 3 (zufrieden stellende Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich zurückgehen, aber noch positiv bleiben. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die Nachhaltigkeit eines Vorhabens bis zum Evaluierungszeitpunkt als nicht ausreichend eingeschätzt wird, sich aber mit hoher Wahrscheinlichkeit positiv entwickeln und das Vorhaben damit eine positive entwicklungspolitische Wirksamkeit erreichen wird.

Nachhaltigkeitsstufe 4 (nicht ausreichende Nachhaltigkeit): Die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens ist bis zum Evaluierungszeitpunkt nicht ausreichend und wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht verbessern. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die bisher positiv bewertete Nachhaltigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit gravierend zurückgehen und nicht mehr den Ansprüchen der Stufe 3 genügen wird.

Die Gesamtbewertung auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der fünf Einzelkriterien gebildet. Die Stufen 1-3 der Gesamtbewertung kennzeichnen ein „erfolgreiches“, die Stufen 4-6 ein „nicht erfolgreiches“ Vorhaben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Vorhaben i.d.R. nur dann als entwicklungspolitisch „erfolgreich“ eingestuft werden kann, wenn die Projektzielerreichung („Effektivität“) und die Wirkungen auf Oberzielebene („Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“) als auch die Nachhaltigkeit mindestens als „zufrieden stellend“ (Stufe 3) bewertet werden.

