

Uganda: Distriktgesundheitsprogramm

Ex Post-Evaluierungsbericht (Schlussprüfung)

OECD-Förderbereich	12220/Basisgesundheitsdienste	
BMZ-Projektnummer	1995 652 27	
Projekträger	Ministry of Health	
Consultant	EPOS Health Consultants	
Jahr des Ex Post-Evaluierungsberichts	2008	
	Programmprüfung (Plan)	Ex Post-Evaluierungsbericht (Ist)
Durchführungsbeginn	1. Quartal 1996	3. Quartal 1997
Durchführungszeitraum	5 Jahre	5,5 Jahre
Investitionskosten	6,65 Mio. EUR	6,64 Mio. EUR
Eigenbeitrag	0,26 Mio. EUR	0,45 Mio. EUR
Finanzierung, davon FZ-Mittel	6,39 Mio. EUR	6,19 Mio. EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	Weltbank, SIDA	Weltbank, SIDA
Erfolgseinstufung	3	
• Relevanz	3	
• Effektivität	2	
• Effizienz	3	
• Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	3	
• Nachhaltigkeit	3	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Programmziele mit Indikatoren

Das von der ugandischen Regierung (GoU) gemeinsam mit der Weltbank (WB), DFID, SIDA und der deutschen FZ landesweit durchgeführte Programm „District Health Services Pilot and Demonstration Project“ (DHSP) umfasste Maßnahmen zur Sicherstellung einer kostengünstigen Grundversorgung auf Distriktebene, die der Primärversorgung zuzuordnen sind. Im Mittelpunkt sollte ein "Essential Health Package“ (EHP) stehen, das die dringlichsten Versorgungsbedürfnisse aufgreift und zu deren Befriedigung die kostengünstigsten und nachhaltigsten Methoden verwendet werden sollten.

Oberziel war es, einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung im Programmgebiet zu leisten. Programmziel war die qualitative Verbesserung der Versorgung der Zielgruppe - insbesondere von Müttern und Kindern - mit Basisgesundheitsdiensten. Indikatoren für die Oberzielerreichung wurden bei Programmprüfung nicht definiert; im Rahmen der Ex Post-Evaluierung wurden die Mütter- und die Kindersterblichkeitsrate als Oberzielindikatoren angewandt. Programmzielindikator war eine Steigerung des Versorgungsgrades mit entsprechenden Basisgesundheitsleistungen von rd. 20% auf 60% in der Programmregion. Als Kriterien galten mind. ein jährlicher Patientenkontakt pro

Einwohner und steigende Zahlen der ambulant behandelten Patienten. Zielgruppe war die überwiegend arme ländliche Gesamtbevölkerung in den Einzugsgebieten, wobei durch einige Komponenten des essentiellen Gesundheitspakets (Mutter-Kind-Fürsorge, Familienplanung) Frauen und Kinder stärker berücksichtigt werden sollten.

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

Die Maßnahmen des DHSP-Programms beinhalteten:

- Bau/Rehabilitierung/Erweiterung und Ausstattung von Distriktgesundheitsverwaltungen, Lagerhäusern, Gesundheitszentren, Krankenhäusern und Ausbildungszentren;
- Ausstattung der Gesundheitszentren mit einem Anfangsbestand mit "essential drugs";
- Trainingsmaßnahmen (Capacity Building für das Gesundheitsministerium und Distriktverwaltungen);
- Übernahme laufender Kosten.

Im Rahmen des FZ-Vorhabens wurden v.a. Bau/Rehabilitierung und Neubau sowie Ausstattung von mehr als 200 größeren Baueinheiten (Lagerhäuser, Schulgebäude, Wohnhäuser, Entbindungsstationen sowie ambulante und medizinische Stationen) sowie ca. 450 kleinere Baueinheiten (Abfallgruben, Latrinen, u.ä.) für insgesamt 55 Gesundheitszentren, zwei Ausbildungszentren und drei Lagerhäuser in insgesamt neun Distrikten des Landes finanziert. Bei Programmprüfung war die Rehabilitierung und Ausstattung von rd. 190 Gesundheitseinrichtungen in 10 Distrikten vorgesehen. Die bedeutend geringere Zahl der unterstützten Gesundheitszentren ergab sich v.a. durch die auf Wunsch der Partner veranlasste Erweiterung des Unterstützungsumfangs der einzelnen Zentren um Personalhäuser und Entbindungsstationen.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Vorgesehene Wirkungen des Vorhabens betrafen eine qualitative Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung in den Programmdistrikten mit Basisgesundheitsdiensten. Durch besseren Zugang der Bevölkerung, insbesondere von Frauen und Kindern, wurde eine Verbesserung der Gesundheitssituation (Oberziel) erwartet. Die nachträglich definierten Oberzielindikatoren weisen auch einen positiven Trend aus: die Müttersterblichkeit fiel von 527 auf 510 pro 100.000 Lebendgeburten, die Kindersterblichkeit fiel von 147 auf 136 pro 1.000 Lebendgeburten. Inwieweit die Programmmaßnahmen zu diesem Ergebnis beigetragen haben, lässt sich jedoch schwer beziffern, da die epidemiologischen Daten nicht unmittelbar dem FZ-Vorhaben zugeordnet werden können und auch der Vergleich der Distrikte keine validen Ergebnisse erbringt.

Zielgruppe des Vorhabens waren arme Bevölkerungsgruppen in den Einzugsgebieten, insbesondere Kinder und Frauen. Der Anteil der Armen an der Bevölkerung Ugandas liegt bei ca. 36% und auf dem Land weitaus höher. Durch die Rehabilitierung und Erweiterung ländlicher Gesundheitsstationen ist daher davon auszugehen, dass vorrangig die arme Bevölkerung erreicht wurde. Das Vorhaben zur Bereitstellung sozialer Grunddienste hat die Lebensbedingungen der Armen graduell verbessert. Eine Einstufung als SUA ist daher weiterhin gerechtfertigt.

Die Bereitstellung frauenspezifischer Infrastruktur und Ausstattung (Entbindungsräume und -betten, Instrumente), die auf eine Verbesserung der Gesundheitssituation von Frauen zielen, sind prioritäre Programmbestandteile; Frauen und Kinder werden im PPB als spezielle Zielgruppe genannt (Kennung G1).

Die Dezentralisierung des Gesundheitssystems war ein wichtiges Ziel des Gesamtprogramms DHSP. Entscheidungsprozesse wurden auf die unteren Ebenen verlagert. Mit

Einführung verschiedener Managementinstrumente (u.a. ein Health Management Information System, HMIS) wurde versucht, die Abläufe auch im Ministerium transparenter und effizienter zu gestalten. Wenngleich dies durch die WB-Komponenten des Vorhabens geschah, bleibt die Einstufung als PD/GG 1 erhalten.

Für die anfallenden medizinischen Abfälle wurden Gruben zur Entsorgung angelegt, die - mit zwei Ausnahmen - funktionstüchtig waren und genutzt wurden. Die Umstufung auf die neue Kennung UR 0 bleibt gültig.

In der entwicklungspolitischen Gesamteinschätzung kommen wir zu folgenden Bewertungen:

Relevanz: Die Rehabilitierung von Gesundheitsinfrastruktur und Ausbildung von Gesundheitspersonal hatte nach Beendigung der Unruhen in Uganda hohe Relevanz, und in Zusammenhang mit den weiteren Maßnahmen des DHSP wurde auch aus ex-post Sicht ein prioritäres Entwicklungsproblem angesprochen. Das Gesamtprogramm DHSP trug zu einer verbesserten Geberabstimmung bei. Die Ziele des Vorhabens entsprachen den im Strategieplan des Health Sector Support Programmes dargestellten Vorstellungen des Partnerlandes und den Prioritäten der Bundesregierung. In der Entwicklungszusammenarbeit mit Uganda ist der Gesundheitssektor derzeit kein Schwerpunktsektor. Die unterstellte Wirkungskette, die von einer verbesserten Funktionsfähigkeit von Basisgesundheitsreinrichtungen über die qualitative Verbesserung der Gesundheitsversorgung bis zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung reichte, ist plausibel. Allerdings waren die auf die Sektororganisation zielenden Maßnahmen des Gesamtprogramms nicht so umfänglich, dass auch strukturelle Probleme (Management, laufende Finanzierung und Organisation von Betriebsmitteln) hätten gelöst werden können. Aus diesem Grund bewerten wir die Relevanz des Vorhabens als zufrieden stellend (Note 3).

Effektivität: Der Indikator für das Programmziel, die Steigerung des Versorgungsgrads, wurde gut erreicht. Die durchschnittliche Anzahl an neuen Patienten auf der ambulanten Station pro Tag und Einheit stieg von 25 im Jahr 1999 (Baubeginn) auf 29 im Jahr 2001 (Bauende). Misst man die Versorgung anhand der über das HMIS erhobenen Nutzungsrate der Gesundheitseinrichtungen (Anzahl der Patientenkontakte/Einwohner), ist die Nutzung im Landesdurchschnitt allein seit 2002 von 0,6 auf 0,83 im Jahr 2004 und 0,9 im Jahr 2006 gestiegen. Der Anstieg der Nutzungsraten dürfte u.a. auch auf die Abschaffung der Patientengebühren im Jahr 2001 zurückgehen, die für einige Bevölkerungsgruppen den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen überhaupt erst ermöglichte. Die verbesserte Qualität der Gesundheitszentren dürfte auch deshalb nicht allein für die gestiegenen Nutzungsraten ausschlaggebend gewesen sein, da die Versorgung mit Medikamenten, Laborreagenzien und anderen Verbrauchsstoffen noch nicht optimal und das Personal in entlegenen Gebieten oftmals wenig qualifiziert ist. Insgesamt bleibt es aber bei einer hohen Nutzung der Einrichtungen, da sie die erste und oft die einzige Anlaufstelle der ländlichen armen Bevölkerung sind. Die beiden rehabilitierten Ausbildungszentren verzeichnen hohe Wachstumsraten. Die rehabilitierten Wohnheime werden intensiv genutzt. Insgesamt bewerten wir die Effektivität des Vorhabens noch als gut (Note 2).

Effizienz: Die Auslegung der rehabilitierten Einrichtungen war weitestgehend angemessen und die Bauweise auf die Minimierung von Unterhaltungskosten ausgelegt, so dass die einzelwirtschaftlichen Wirkungen des FZ-Vorhabens positiv waren. Für die gesamtwirtschaftliche Wirkung muss aus heutiger Sicht auch der ab ca. 2000 einsetzende starke Ausbau der Gesundheitsinfrastruktur berücksichtigt werden, der die knappen finanziellen und humanen Ressourcen überfordert und somit nachteilige Wirkungen auf die Gesundheitsversorgung hat. Diese Entwicklung erfolgte unabhängig und zum Großteil nach Beendigung des Vorhabens. Insgesamt stufen wir die Effizienz des Vorhabens als noch zufrieden stellend (Note 3) ein.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: Als Oberziel des FZ-Vorhabens war bei Programmprüfung die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung benannt worden ohne - aufgrund der komplexen Wirkungszusammenhänge - mit einem Indikator belegt zu werden. Bei einer Nachbelegung mit den Indikatoren Mütter- und Kindersterblichkeit ist eine leicht positive Wirkung zu vermerken. Die Qualität in den beiden rehabilitierten Ausbildungszentren ist angabegemäß höher als in anderen nationalen Schulen, und die Absolventen werden bisher alle in den Gesundheitsdienst aufgenommen. Insgesamt bewerten wir die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen als zufrieden stellend (Note 3).

Nachhaltigkeit: Aus heutiger Sicht erscheint die langfristige Wirkung angesichts der aktuellen Sektororganisation begrenzt. Die Dezentralisierung wurde zwar mit Unterstützung der WB-Komponenten administrativ umgesetzt, funktioniert aber in der Abwicklung noch nicht vollumfänglich. Defizite sind dabei besonders auffällig bei der Organisation von Wartung und Verfügbarkeit von Medikamenten und der hierfür nötigen Budgetverfügbarkeit. Bei den Schulen war die Verantwortungsübernahme derzeit besser und die Nachhaltigkeit der Investitionen scheint größer. Die Nachhaltigkeit wird insgesamt als zufrieden stellend bewertet (Note 3).

Insgesamt messen wir dem Programm unter Würdigung der genannten Aspekte eine noch zufrieden stellende entwicklungspolitische Wirksamkeit bei (Stufe 3).

Programmübergreifende Schlussfolgerungen

Begrenzte Investitionsmittel sollten regional konzentriert statt landesweit verteilt eingesetzt werden, um ein genaueres Monitoring zu ermöglichen, ggf. komplementäre Maßnahmen (Medikamentenversorgung, Wartung etc.) finanziell zu unterstützen und um dadurch letztlich eine höhere Wirksamkeit zu erzielen.

Bei Dezentralisierungsbemühungen sollte besonders in Ländern mit schwachen Verwaltungsstrukturen und limitierter Kapazität der Humanressourcen verstärkt auf Limitationen der unteren Ebenen geachtet werden und der Übergang ggfs. mittel- bis langfristig ressourcenintensiv unterstützt werden, um langfristige negative Effekte für das Gesamtsystem zu vermeiden.

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den Kriterien Relevanz, Effektivität, Effizienz und übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen und 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.