

# Ex-post-Evaluierung – Burkina Faso

>>>

**Sektor:** Gesundheitspolitik und Verwaltung des Gesundheitswesens (CRS-Code: 1211000)

**Vorhaben:** Korbfinanzierung Gesundheit I und II, BMZ-Nr. 2008 66 392\* (A) und BMZ-Nr. 2011 65 299 (B)

**Träger des Vorhabens:** Gesundheitsministerium (Ministère de la Santé)



## Ex-post-Evaluierungsbericht: 2020

Alle Angaben in Mio. EUR	Vorhaben A (Plan)	Vorhaben A (Ist)	Vorhaben B (Plan)	Vorhaben B (Ist)
Investitionskosten (gesamt**)	6,00	29,27	6,00	6,00
Eigenbeitrag	0,00	0,07	0,00	0,00
Ko-Finanzierung	0,00	23,20	0,00	0,00
Finanzierung	6,00	6,00	6,00	6,00
davon BMZ-Mittel	6,00	6,00	6,00	6,00

\*) Vorhaben in der Stichprobe 2018, \*\*) Gesamtvolumen der zweckungebundenen Mittel Ko-Finanzierung und Eigenbeitrag des Korbes 2011-2015 bei Vorhaben A. Planzahlen für Ko-Finanzierung und Eigenbeitrag sind nicht verfügbar

**Kurzbeschreibung:** Das "Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS)" war ein Finanzierungsinstrument, das darauf abzielte, die Gesundheitsversorgung in Burkina Faso zu verbessern. Das von vielen Gebern ko-finanzierte Programm unterstützte die Umsetzung der burkinischen Gesundheitsstrategie (« Plan National de Développement Sanitaire » PNDS 2001-2010, und PNDS II 2011-2020). Sein Fokus lag in der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch ein dezentralisiertes Gesundheitsversorgungssystem (Stärkung der regionalen und Distrikt-Ebene hinsichtlich Ausstattung, Kapazitäten und Verwaltung), um den Zugang der Bevölkerung zu Basisgesundheitsdienstleistungen zu verbessern. HIV/AIDS-Prävention / -Behandlung und reproduktive Gesundheit hatten dabei als zwei von sieben Prioritäten einen beträchtlichen Anteil. Explizit ebenfalls Gegenstand der Finanzierung waren nach einem öffentlichen Wettbewerb ausgewählte und unter Vertrag genommene NROs, die vor allem im Bereich der Krankheitsprävention arbeiteten. Die zweckungebundene (FZ-)Finanzierung des PADS lief 2015 aus.

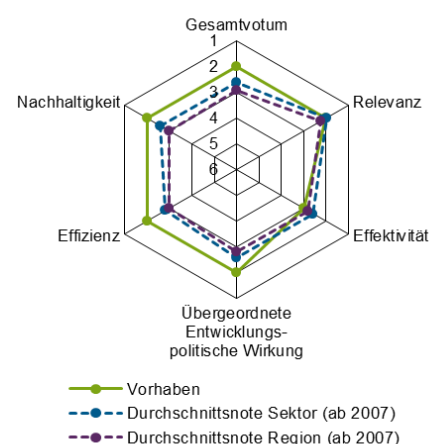
**Zielsystem:** Das entwicklungspolitische Ziel auf Impact-Ebene war ein Beitrag zur Senkung der Morbiditäts- und Mortalitätsraten der Bevölkerung. Das Ziel auf Outcome-Ebene war die Nutzung des verbesserten Zugangs und der besseren Qualität der Gesundheitseinrichtungen und -dienstleistungen durch die Finanzierung prioritärer Gesundheitsmaßnahmen über das PADS.

**Zielgruppe:** Zielgruppe waren alle Nutzer öffentlicher Gesundheitseinrichtungen; es sollten 90 % der Bevölkerung erfasst werden, davon 80 % im ländlichen Raum mit Schwerpunkt auf Frauen (Schwangere, Mütter) sowie sozial schwache Bevölkerungsgruppen.

## Gesamtvotum: Note 2

**Begründung:** Das Ziel, einen Beitrag zur Senkung der Krankheits- und Sterblichkeitsrate der Bevölkerung zu leisten, konnte in Zusammenarbeit mit anderen Gebern erreicht werden, insbesondere in Bezug auf Mutter-/Kind-Gesundheit. Die Stärkung des Gesundheitssystems über das Finanzierungsvehikel PADS war und ist von großer Bedeutung, nach Auslaufen der zweckungebundenen Finanzierung dient es weiter als Vehikel für gebundene Geberfinanzierungen, die von den aufgebauten Strukturen profitiert.

**Bemerkenswert:** Positiv ist, dass während der FZ-Finanzierung Planungs-, Umsetzungs- und Monitoring-Verfahren entwickelt werden konnten, die der Stärkung des Gesundheitssystems und Abstimmung der Versorgungsebenen insgesamt dienen und noch heute Verwendung finden.



# Bewertung nach DAC-Kriterien

## Gesamtvotum: Note 2

Die beiden FZ-Zusagen entstammen einer Vorratsprüfung, die Vorhaben unterscheiden sich konzeptionell nicht und wurden deshalb zusammen evaluiert und benotet.

### Teilnoten:

Relevanz	2
Effektivität	3
Effizienz	2
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	2
Nachhaltigkeit	2

### Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens (nur für komplexe Vorhaben)

Das Programm zur Unterstützung der Gesundheitsentwicklung (PADS<sup>1</sup>) wurde 2002 vom burkinischen Gesundheitsministerium und internationalen Gebern als Finanzierungsinstrument geschaffen, um die notwendige Finanzierung zur Umsetzung der Gesundheitssektorstrategie (PNDS) zu ermöglichen, diese selbst zu verwalten und zu koordinieren. Die strategische Steuerung des PADS erfolgt über regelmäßige Sitzungen des Steuerungskomitees, in dem sich neben Repräsentanten des Gesundheits- und des Finanzministeriums auch Vertreter der NROs sowie Sprecher der Geberorganisationen treffen. In jährlichen Plänen wurden die einzelnen zu finanzierenden Maßnahmen (insb. Ausstattung) auf den unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems abgestimmt. Die Finanzierung bestand während der FZ-Vorhaben (2011-2015) aus zweckgebundenen und ungebundenen Mitteln in Höhe von insgesamt rund 101 Mio. EUR. Der zweckungebundene Teil betrug rund 35 Mio. EUR: davon finanzierten die FZ 34 %, die Niederlande 54 %, die französische AFD 7 %, UNICEF 3 %, UNFPA 2 % und der burkinische Staat unter 1 %. Die Evaluierung bezieht sich ausschließlich auf die zweckungebundene Finanzierung.

Von 2006 bis 2010, vor dem Start der FZ-Vorhaben, waren bei einem Gesamtvolumen von rd. 24 Mio. EUR 41 % zweckungebundene und 59 % zweckgebundene Mittel. Seit 2016 wird das PADS nur noch zweckgebunden finanziert: die Mittel in Höhe von rd. 77 Mio. EUR verteilen sich 2019 auf den GFATM (62 %), die Weltbank (27 %), GAVI (10 %) und UNFPA (1 %), während der burkinische Staat das Programm durch Steuer- und Zollbefreiungen unterstützt.

Eine frühere Phase des PADS (2008-2012) wurde im Auftrag des Gesundheitsministeriums durch ein burkinisches Büro 2014 evaluiert und kam zu dem Ergebnis, dass das PADS höchst relevant, kohärent mit den Strategien und Politiken sowie effizient hinsichtlich Zielerreichung war.

### Relevanz

Burkina Faso zählte damals wie heute zu den am wenigsten entwickelten Ländern der Welt (Platz 161 von 169 (2010) bzw. 182 von 188 (2019) im Human Development Index). Dazu führten u. a. schlechte Gesundheitsdaten wie die hohe Müttersterblichkeit und die hohe Kindersterblichkeit (vgl. übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen). Gründe für die hohe Kindersterblichkeit waren laut UNFPA (2009) Mangelernährung, akute Atemwegsinfektionen, Durchfall, Malaria, Masern sowie die häufig schlechte Versorgung unter der Geburt. Der Anteil der betreuten Geburten lag 2006 bei nur 54 % (2010 bei 66 %, Weltbank 2018). Die HIV-Prävalenz wurde für 2010 mit 1,2 % angegeben, 2003 wurde sie noch auf 2,7 - 6,5 % geschätzt (WHO 2005) und war damit im besorgniserregenden Bereich hinsichtlich weiterer Ausbreitung.

<sup>1</sup> Programme d'Appui au Développement Sanitaire, PADS

Insgesamt wurde die Gesundheitssituation der Bevölkerung richtig eingeschätzt. Die Wahl der Zielgruppe, nämlich die gesamte Bevölkerung, aber insbesondere Frauen und sozial schwache Bevölkerungsgruppen, war konsequent.

Das Vorhaben entsprach der Gesundheitsstrategie PNDS<sup>2</sup> (2011-2020), die auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung und die Erreichung der Millenium Development Goals bzw. später der Sustainable Development Goals zielt, und auch der nationalen Armutsbekämpfungsstrategie (2011-2015)<sup>3</sup>.

Die FZ-Finanzierung folgte in ihrer Konzeption der "Paris Declaration" (2005), d.h. der Harmonisierung der Verfahren und Anpassung der Strategien in einem "Korb" und war damit auf der Höhe der Zeit. Die Mittel der Bundesregierung waren zweckungebunden und konnten damit nach Maßgabe des Gesundheitsministeriums verwendet werden. Sie wurden entsprechend den Prioritäten der burkinischen Regierung und ihrer Planung (PNDS) vorwiegend für reproduktive Gesundheit und HIV-Bekämpfung sowie für die Stärkung des Gesundheitssystems durch Finanzierung insbesondere der unteren Versorgungsebenen (Distrikt- und Regionaldirektionen) eingesetzt. Die Wirkungskette war plausibel.

Parallel wurde ein bilaterales Vorhaben zum Social Marketing für reproduktive Gesundheit durchgeführt, das sich gleichfalls im Rahmen des PNDS bewegte und damit komplementär zum PADS wirkte. Durch die Verbesserung der Aufklärung, insbesondere von Jugendlichen und Frauen, konnte die Versorgung mit und Nutzung von Kontrazeptiva erhöht werden.

Aus heutiger Sicht ist es nach wie vor relevant, strukturell das System der Gesundheitsversorgung auf den unterschiedlichen Versorgungsebenen sowie die Koordination zwischen den Ebenen zu stärken und den Prioritäten der Partnerregierung zu folgen.

### Relevanz Teilnote: 2

### Effektivität

Das Projektziel (Outcome) war die Nutzung des verbesserten Zugangs und besserer Qualität der Gesundheitseinrichtungen und -dienstleistungen durch die Finanzierung prioritärer Gesundheitsmaßnahmen. Zur Überprüfung des Ziels wurden für die Ex-post-Evaluierung sieben Indikatoren herangezogen. Bei der Analyse bleibt zu berücksichtigen, dass die FZ-Finanzierung nur einen Teil des Korbes ausmacht und zudem parallel zweckgebundene Mittel weiterer Geber in signifikantem Umfang umgesetzt wurden:

Indikator	Status PP (2010)	Zielwert* (für 2015)	Ex-post-Evaluierung (2019)**
(1) Durchschnittliche Entfernung zur nächsten Gesundheitsstation (km)	7,3 km	6,8 km	6,5 km
(2) Anteil der Gesundheitsstationen (CSPS), die die Mindestanforderungen an Personal erfüllen (in %)	83,1 %	90 %	91 %
(3) Anteil der Gesundheitsstationen ohne Bestandslücken (stock-outs) bei den wichtigsten Medikamenten (in %)	90,8 %	> 95 %	13 % (2014 mit Geberfinanzierung noch 81,3 %)
(4) Impfrate der 12-23 Monate alten Kinder (Masern, in %)	92 %	95 %	88 %
(5) Anteil der betreuten Geburten (in %)	76 %	85 %	84 %

<sup>2</sup> Plan National de Développement Sanitaire, PNDS

<sup>3</sup> Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable; SCADD

(6) Nutzungsrate junger Frauen (15-24 Jahre) von modernen Methoden der Familienplanung (in %)	15-19: 5,9 % 20-24: 17,3 % (***EDS 2010)	n.n.	15-19: 50 % 20-24: 55,6 % (****PRSR)
(7) Anteil der Schwangeren mit mind. 4 pränatalen Vorsorgeuntersuchungen (CPN4) (in %)	22,3 %	40 %	38 %

\*) Zieldaten, die im Rahmen des PNDS für das Jahr 2015 festgelegt wurden

\*\*\*) Daten aus „Annuaire Statistique 2018“ (z.T. Abweichungen zu Angaben in der AK aufgrund unterschiedlicher Quellen)

\*\*\*\*) EDS: Enquête Démographique et de Santé

\*\*\*\*\*) PRSR: Programme Régional de Santé Reproductive (OOAS)

Die Daten speisen sich aus unterschiedlichen Quellen, die nicht immer übereinstimmen. In der Regel werden Daten im Fünf- oder Zehnjahresabstand erhoben, die in den landesweiten "Enquêtes Démographique et de Santé" veröffentlicht werden. Die Neuauflage steht aktuell (2020) an.

Die Indikatoren spiegeln die Zielsetzung des burkinischen Programms. Indikator 1 ist übererfüllt. Zwar handelt es sich beim Indikator 2 um einen Output-Indikator, er bildet aber im besonderen Maße die Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen ab. Das medizinische Personal wurde signifikant aufgestockt - von den in der Peripherie wichtigen Krankenpflegern (2013: 3.500 auf 2017: 5.400) bis zu den Ärzten (2013: 803 auf 2017: 1.363), wobei aber die Verteilung zwischen Land und Stadt nicht belegt ist<sup>4</sup>. Die Aufstockung des Personals führte zu einer verbesserten Motivation der Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Der Indikator 3 (Stock-out bei bestimmten „tracer“-Medikamenten) zeigt eines der zentralen Probleme im heutigen burkinischen Gesundheitssystem. Die Verfügbarkeit von Medikamenten ist, nach dem Rückzug vieler Geber im Jahr 2015, dramatisch gesunken: 2014 lag der Anteil der Gesundheitsstationen mit ausreichend Medikamenten noch bei 81,3 % - fünf Jahre später verfügten nur noch 13 % der Stationen über ausreichend Medikamente. Fehlende finanzielle Mittel sind ein Hauptgrund, dazu kommt aber auch die prekäre Sicherheitslage im Land, die ganz besondere Herausforderungen stellt, u.a. wegen Bevölkerungsbewegungen in Richtung gesicherter Zonen. Auch die Impfrate der Kleinkinder ging zurück - sie liegt unterhalb der notwendigen 95 % für eine Herdenimmunität zur Vermeidung einer Masernepidemie.

Die Indikatoren 4 (Impfrate), 5 (Anteil fachlich begleitete Geburten) und 7 (Anteil Schwangere mit 4 Vorsorgeuntersuchungen), die fast erreicht sind, verdienen besondere Aufmerksamkeit: sie sind direkt mit Mutter-/Kind-Gesundheit verbunden und daher die Priorität des Gesundheitsministeriums und des PADS. Die weitgehende Zielerreichung im Hinblick auf Mutter-/Kind-Gesundheit trotz der aktuellen Situation ist u.a. auf die Interventionen mehrerer Projekte verschiedener Geber (UNICEF, GAVI, Weltbank und andere), die zweckgebunden waren und zum Teil auch außerhalb des PADS erfolgten, sowie Anstrengungen des Gesundheitsministeriums zurückzuführen.

Positiv hat sich mit Blick auf die Kindergesundheit die Prävalenz der untergewichtigen Kinder unter 5 Jahren entwickelt: während 2008 noch 37 % aller Kinder unter 5 Jahren untergewichtig waren, konnte diese Zahl um 10 % verbessert werden (27 % in 2018); leider ist sie aber immer noch viel zu hoch.<sup>5</sup> Diese Zahl wird im HDI 2018 genannt, während das Gesundheitsministerium ((Annuaire statistique 2017/2018)<sup>6</sup> von 16 % ausgeht und damit deutlich besser liegt. Diese Verbesserung kann u.a. auf die Aufklärungsarbeit der vom PADS eingebundenen NROs zurückgeführt werden, die in den Gesundheitszentren und Gemeinden tätig waren.

<sup>4</sup> (Annuaire Statistique 2017/2018).

<sup>5</sup> Human Development Index 2018. Laut Annuaire Statistique 2017/18 sind 16,2% der Unterfünfjährigen untergewichtig

<sup>6</sup> Es liegen keine neueren Daten des Gesundheitsministeriums vor

Die Zielerreichung zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird durch fehlende Finanzierung aufgrund des Rückzugs vieler, insb. bilateraler Geber aus dem Gesundheitsbereich und die schwierige Sicherheitslage in den letzten Jahren beeinträchtigt. Die Erfolge im Bereich Mutter-/Kind-Gesundheit und der Aufklärung sind vor diesem Hintergrund bemerkenswert und wurden im Zusammenspiel mit anderen Interventionen erreicht. Insgesamt liegt das Ergebnis aufgrund der externen Faktoren (schwindender Finanzierung und volatiler Sicherheitslage) unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse.

### Effektivität Teilnote: 3

#### Effizienz

Eine einzelwirtschaftliche Betrachtung ist aufgrund der Korbfinanzierung nicht möglich. Die zweckungebundenen Mittel wurden schwerpunktmäßig für die Gesundheitszentren auf Regional- und Distriktebene eingesetzt. Während der FZ-Finanzierung wurden 2,2 Mio. EUR für Bau- und Rehabilitierungsmaßnahmen an zwei Gesundheitseinrichtungen (Yagma und Pisis in der Nähe von Ouagadougou) eingesetzt. Die durchschnittlich ermittelten Baukosten dieser Hauptbaumaßnahmen im Unterstützungszeitraum ) lagen mit 306 EUR pro Quadratmeter im angemessenen Bereich.

Das PADS wurde gegründet, um einen harmonisierten Finanzierungsmechanismus zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsstrategie zu haben und Direktfinanzierungen nach Präferenzen einzelner Geber ohne Nachweis im Staatshaushalt und ohne parlamentarische Kontrolle zu verringern. Das Ziel einer überwiegend zweckungebundenen Finanzierung des PADS wurde nicht erreicht. Dennoch ist für den zweckungebundenen Korb festzuhalten, dass dieser aus Allokationssicht effizient die von anderen nicht berücksichtigten Lücken in der Förderung des Gesundheitsbereichs bedienen konnte. Dies ist insbesondere wichtig für die Stärkung des Gesundheitssystems an den Stellen, die von thematischen Programmen nicht erfasst werden, z.B. für die Ausstattung auf Regional- und Distriktebene (z.B. Ambulanzen, Büroausstattung), Logistik (bspw. Kühlgeräte), Koordinierung zwischen den Distrikten, innerhalb der Distrikte und auf der Ebene der Gesundheitszentren, für die Fortbildung von Gesundheitspersonal und die Überwachung beispielsweise von Medikamentendepots.

Entlang von Jahresplänen, die sowohl die zweckgebundenen als auch die ungebundenen Mittel umfassten, wurden die Maßnahmen koordiniert und umgesetzt. Die Abläufe und Verfahren der PADS-Verwaltung mit Steuerungskomitee und Jahresplanungen waren vor Beginn der FZ-Finanzierung bereits gut etabliert und haben sich bewährt. Während der FZ-Finanzierung wurde über den "Korb" auch der leistungsorientierte Ansatz im PADS eingeführt, der heute weiterverfolgt wird: spezifische Indikatoren werden formuliert, und die Distrikte und Gesundheitseinrichtungen, die diese erreichen, erhalten mehr Mittel als andere. Dies führte nach Aussage des PADS zu erhöhter Effizienz hinsichtlich Planung und Umsetzung. Die Arbeit mit rd. 250 Nichtregierungsorganisationen (NROs) erscheint hinsichtlich der Untervertragnahme zunächst aufwändig, sie war aber für die breitenwirksame Aufklärung der Bevölkerung über Gesundheitsfragen hinsichtlich Familienplanung, Ernährung u.a. notwendig. Die zielgruppengerechte Ansprache der Bevölkerung außerhalb staatlicher Einrichtungen führte zu besserer Aufklärung und zudem zur Entlastung des Personals in den öffentlichen Zentren.

Die Implementierungskosten des PADS (Personal-, Ausstattungs- und Betriebskosten der Verwaltungseinheit) werden nach Schätzung des Gesundheitsministeriums und des PADS heute auf kostengünstige 2 % der Gesamtkosten geschätzt, während Verwaltungskosten für ein stand-alone Projekt durchschnittlich 7 % betragen (2019). Zur Zeit der Abschlusskontrolle (2016) wurden sie noch auf 9 % geschätzt. Die Kostensenkung wurde u.a. ermöglicht durch vereinheitlichte Ansatz Planungs- und Monitoringverfahren, die auch im Durchführungszeitraum der FZ-Finanzierung erarbeitet und eingeübt werden konnten. So konnte beispielsweise die Planung auf Distriktebene verbessert und auf die jeweilige Situation angepasst werden; bis dahin war diese Ebene noch nicht fest eingebunden.

Insgesamt wird die Effizienz als gut bewertet. Der harmonisierte Ansatz des Korbes, der einer gemeinsamen Strategie (PNDS) folgte, erlaubte eine gute Allokationseffizienz. Die etablierten Verfahren schlagen sich noch heute in geringen Implementierungskosten von nur noch 2 % nieder.

### Effizienz Teilnote: 2

## Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Ziel auf Impact-Ebene war ein Beitrag zur Senkung der Morbiditäts- und Mortalitätsraten der Bevölkerung.

Die Erreichung des Ziels auf der Impact-Ebene wird für die Evaluierung anhand der folgenden Indikatoren zusammengefasst. (Zielniveaus für diese generellen Indikatoren wurden ex-ante nicht definiert, als Referenz wird das globale SDG- und das politische PNDS-Ziel angegeben:

Indikator	Status PP (2010)	Ex-post-Evaluierung (2019)	Ziel PNDS 2020	Ziel SDG 2030
(1) Müttersterblichkeit (auf 100.000 Lebendgeburten) (Quelle: Tableau de Bord Social 2017)	341	330 (2015)	242	70
(2) Säuglingssterblichkeitsrate (auf 1.000 Lebendgeburten)	65	43 (2015)	9,16	12
(3) Kontrazeptive Prävalenz von jungen Frauen (15-24 Jahre)	16 % (alle Frauen 15-49 Jahre, traditionelle und moderne Mittel) (Quelle: Weltbank)	32 % (alle Frauen 15-49 Jahre, traditionelle und moderne Mittel) (Quelle: Weltbank 2019)  15-19 Jahre: 50 %; 20-24 Jahre: 58,4 % (moderne Mittel) 2019, Studie OOAS	-	-
(4) HIV-Prävalenz (P) in % und Inzidenz (I) pro 1.000 Nichtinfizierte (15-49 Jahre) (Quelle: P: WHO 2018; I: UNAIDS 2018)	P: 1,2 % I: 0,3/1.000 (2010)	P: 0,8 % (2018) I: 0,12/1.000 (2018)	-	0

Die Gesundheitsindikatoren verbesserten sich nur langsam, insbesondere wegen der schlechten Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten.

Zwei Prioritäten wurden vom PADS und damit auch von den beiden FZ-Vorhaben verfolgt: die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit und die Verringerung von HIV-Infektionen. Alle vier Indikatoren drücken diese Präferenzen aus: mit erhöhter kontrazeptiver Prävalenz werden HIV-Infektionen und ungewollte Schwangerschaften reduziert, und ein Beitrag zu einer Reduktion der Anzahl von Geburten je Frau geleistet. Es ist plausibel davon auszugehen, dass damit auch gewisse positive Effekte auf eine geringere Mütter- und Säuglingssterblichkeit einhergehen.

Die kontrazeptive Prävalenz (Indikator 3) wurde bei allen Frauen im reproduktiven Alter mit allen, also traditionellen und modernen Kontrazeptiva verdoppelt. Eine aktuelle Studie der Westafrikanischen Gesundheitsorganisation (OOAS) zeigt die Nutzung moderner Kontrazeptiva (inkl. Kondomen) von jungen Frauen (15-24 Jahre). Die Hälfte (50 %) der 15- bis 19-Jährigen nutzte moderne Methoden sowie mehr als die Hälfte (58 %) der jungen Frauen zwischen 20 und 24 Jahren. Der Unterschied zwischen Stadt (57 %) und Land (55 %) ist so gut wie aufgehoben, während 2010 die Unterschiede noch groß waren (Stadt 31 %, Land 11 %, alle Frauen 15-49 Jahren: EDS 2010). Das dürfte mit der verstärkten Aufklärung gerade im



ländlichen Bereich zusammenhängen, die u. a. von NROs im Rahmen des „Korbes“ und von Social Marketing-Kampagnen, die sich besonders an junge Leute richteten, durchgeführt wurden. Die Nutzung von Kontrazeptiva gilt als Proxy-Indikator für die Selbstbestimmung der Frau über ihre Fruchtbarkeit und die Aufklärungsfortschritte zeigen v. a. bei den jungen Frauen zwischen 20 und 24 Jahren ein beeindruckend positives Bild.

Die HIV-Prävalenzrate (Indikator 4) war entsprechend der Situation in Westafrika in den vergangenen zehn Jahren bis heute gering (bei rd. 1 %) und blieb in etwa auf dem gleichen Stand, was auch auf die Verfügbarkeit antiretroviraler Medikamente zurückzuführen ist. Die HIV-Inzidenz konnte von 0,3/1.000 (2010) auf 0,12/1.000 (2018) gesenkt werden (UNAIDS).

Die beteiligten NROs trugen wesentlich zur Entwicklung der Indikatoren für die HIV-Prävention und die sexuelle und reproduktive Gesundheit auf Gemeindeebene bei. Sie waren für die Kommunikation mit der Zielgruppe in Gesundheitszentren wie auch in abgelegenen Dörfern unverzichtbar.

Ein positiver Nebeneffekt, der anfangs nicht explizit intendiert war, ist heute die detaillierte Planung im Gesundheitsministerium wie auch in allen Distrikten bei Aktivitäten und Finanzen: Das Gesundheitsministerium gilt heute dank der Lehren des PADS als Planungschampion unter den Ministerien. Das PADS funktioniert als eine mit der Regierung verbundene parallele Einheit, die die Prioritäten des PNDS (etwa 20 % der finanziellen Mittel des PNDS) nach festgelegten Verfahren umsetzt. Es diente auch schon als Planungsbeispiel für den Gesundheitssektor in Burundi, Niger, Côte d'Ivoire und Mali. Die Finanzierung des „Korbes“, also der nichtgebundenen Mittel, wirkte strukturbildend, da somit zur Stärkung des Gesundheitssystems beigetragen werden konnte, das sich auf verbesserte Planung, Kommunikation, Rechnungswesen u.a. stützen konnte und kann. Die Bereitstellung zweckungebundener Mittel trug weiter dazu bei, dass die „Ownership“ und damit „Governance“ des burkinischen Gesundheitssektors gestärkt wurde.

Insgesamt wurde die Zielerreichung erschwert, da zu wenige Geber ungebundene Mittel zur Verfügung stellten und damit nicht direkt zur Verbesserung des Budgets des Gesundheitssektors beitrugen. 2015 waren noch 28 % des PADS zweckungebundene Mittel, 2019 flossen nur noch zweckgebundene Mittel (GFATM, WB, GAVI, UNFPA) in das PADS. Das Gesamtbudget betrug 2018 86 Mio. Euro und 2019 planungsgemäß 77 Mio. Euro. Der Plan neue ungebundene Mittel einzuwerben war nicht erfolgreich. Ein großer Vorteil der zweckungebundenen FZ-Vorhaben war die Finanzierung der Stärkung des Gesundheitssystems, die insbesondere dann notwendig ist, wenn der nationale Haushalt keine hinreichenden Mittel bereitstellen kann. GAVI und der Globale Fonds (GFATM) haben diese Notwendigkeit erst vor kurzem auch akzeptiert und Gesundheitssystemstärkungskomponenten in ihre Projekte aufgenommen. Darüber hinaus gibt es einen „Strategischen Plan der Gesundheitssystemstärkung (2018-2022)“, der als "lesson learnt" der zweckungebundenen Finanzierung betrachtet werden kann.

Das Programm orientierte sich an den nationalen Gesundheitsstrategien (PNDS 2001-2010 und PNDS II 2011-2020), die integrale Bestandteile der mittelfristigen nationalen Finanzplanung waren und sind.

Gravierende negative Wirkungen des Vorhabens wurden im Rahmen der Evaluierung nicht festgestellt.

Die entwicklungspolitische Wirksamkeit wird mit gut bewertet, da die Strukturbildung des PADS auf das öffentliche Gesundheitssystem insgesamt förderlich wirkte, die etablierten Planungsverfahren Modellcharakter für andere Ministerien und darüber hinaus Länder der Region hatten und ein Beitrag des PADS zur Erreichung der Sektorkennzahlen plausibel angenommen werden kann.

## Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2

### Nachhaltigkeit

Das PADS ist ein Instrument zur Umsetzung der Gesundheitspolitik, die damals wie heute eine Priorität der Regierung ist. Rund 12 % des Staatshaushaltes wurden in den letzten zehn Jahren für das Gesundheitsministerium aufgewendet, das die Mittel zu 94 % (2016/2017) verausgabte. Rund 190.000 Mio. F CFA (rd. 290 Mio. Euro) standen 2017 im Gesamtetat, wovon rd. 2.300 Mio. F CFA (rd. 3,5 Mio. EUR) aus dem Staatshaushalt stammten (Annuaire Statistique 2017/2018, Ministère de la Santé). Etwa 20 % der Gesamtgesundheitsausgaben wurden in den letzten Jahren über das PADS geleitet, wobei heute der GFATM mit 62 % der größte Finanzier ist, gefolgt von der Weltbank (27 %). Derzeit wird noch das PADS (2011-2020) umgesetzt, ein neues PADS (2021-2030) ist in Vorbereitung. Das

PADS ist damit ein staatliches Instrument zur Kanalisierung von finanziellen Mitteln im Gesundheitssektor nach Maßgabe der verschiedenen staatlichen Planungen. Heute basiert das PADS (für 2021-2030 in Planung) laut UNFPA weiterhin auf einem erfolgsabhängigen (performance based) Ansatz, der im Rahmen des „Korbes“ erarbeitet wurde.

Seit 2015, dem Ende der beiden FZ-Vorhaben, wird das PADS nur noch zweckgebunden finanziert, da die Geber, die mit zweckungebundenen Mitteln zum PADS beitrugen, ihre politischen Ausrichtungen neu justierten - so beendeten nicht nur die deutsche, sondern auch die niederländische und französische Entwicklungszusammenarbeit ihre Beiträge in den burkinischen Gesundheitssektor, um sich anderen Themen zuzuwenden.

Tatsächlich war die ungebundene Finanzierung des PADS als Vorstufe zu einer Sektorbudgetfinanzierung im Geiste der „Pariser Erklärung“ (2005) konzipiert worden (u. a. Harmonisierung der Verfahren und Anpassung der Strategien). Heute kann man feststellen, dass damals nicht alle Geber für diesen neuen Schritt bereit waren und daher keinen Beitrag zum PADS leisteten (z. B. Weltbank); die neuen Anforderungen entsprachen nicht den internen Verfahren, z. B. bei Ausschreibungen. Der deutsche Beitrag (12 Mio. Euro), der in der Höhe gleich nach den Niederlanden (19 Mio. Euro) folgte, war im Sinne der „Pariser Erklärung“ logisch und richtig, wurde aber kaum von den anderen Gebern mitgetragen.

Die Gesundheitszentren in Yagma und Pissy waren die einzigen Baumaßnahmen des Korbes während der FZ-Finanzierung. Sie werden von der Bevölkerung nach wie vor gut genutzt, auch wenn es teilweise - entsprechend der Lage im Land - nicht ausreichend Medikamente gibt. Insbesondere wird die Schwangerschaftsvorsorge gut nachgefragt und die Impfkampagnen werden regelmäßig angeboten und nachgefragt. Allerdings werden nicht genug Mittel für Wartung und Instandhaltung zugewiesen, so dass es z.B. zu Schäden in den Dächern gekommen ist, die auch nach vier Jahren (zur Zeit der AK im Jahr 2016 bereits festgestellt) noch nicht behoben wurden.

Am Anfang gab es bei der Umsetzung des PADS Verzögerungen, weil die Verfahren noch nicht festgelegt waren. Heute gibt es nur eine Planung, ein Verfahren und eine Überwachung, nicht eine Vielzahl entsprechend den Bedürfnissen verschiedener Projekte und deren Träger. Die geschaffene Struktur hat entschieden zu Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit beigetragen.

Die strukturellen Wirkungen auf das Gesundheitssystem (etablierte Planungs-, Durchführungs- und Monitoringverfahren sowie die Stärkung der unteren Versorgungsebenen) beeinflussen die Nachhaltigkeit positiv, sowie auch die anhaltende Finanzierung der burkinischen Regierung über das PADS. Die fragile Sicherheitslage beeinträchtigt die Nachhaltigkeit der Gesundheitsleistungen, da beispielsweise auf dezentraler Ebene nicht mehr ausreichend Medikamente verfügbar sind. Das Auslaufen zweckungebundener Finanzierungen mit dem Rückzug bilateraler Geber muss dagegen negativ bewertet werden. Insgesamt ist - abgesehen von der fragilen Sicherheitslage - davon auszugehen, dass die entwicklungspolitische Wirksamkeit positiv bleibt.

#### **Nachhaltigkeit Teilnote: 2**



### Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

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

<b>Stufe 1</b>	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
<b>Stufe 2</b>	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
<b>Stufe 3</b>	zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
<b>Stufe 4</b>	nicht zufriedenstellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
<b>Stufe 5</b>	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
<b>Stufe 6</b>	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 (zufriedenstellende 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 „zufriedenstellend“ (Stufe 3) bewertet werden.