

Ex-post-Evaluierung

Soziale Absicherung im Krankheitsfall, Kambodscha

Titel	Soziale Absicherung im Krankheitsfall Phase II & III; Gutscheinvorhaben
Sektor und CRS-Schlüssel	13020 Förderung reproduktiver Gesundheit (80%); 16010 Sozialfürsorge / soziale Dienste (10%); 12191 Medizinische Dienste (10%)
BMZ-Nummer	2009 66 127, 2011 65 547
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)
Empfänger und Träger	Kambodscha vertreten durch das Finanz- und Wirtschaftsministerium / Gesundheitsministerium
FZ-Finanzierungsvolumen und -instrument	13 Mio. EUR (HH-Mittel-Zuschuss)
Projektlaufzeit	2013-2020 Berichtsjahr 2025 Stichprobenjahr 2024

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

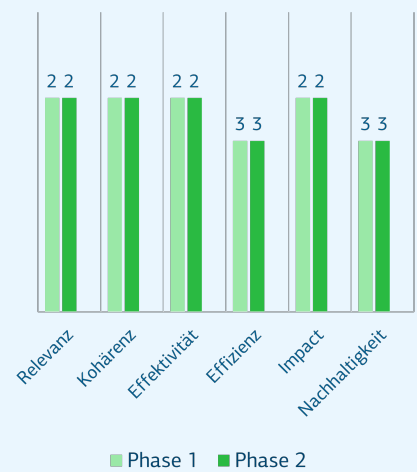
Das Ziel auf Outcome-Ebene war es benachteiligten Gruppen (arme und bedürftige Frauen, Menschen mit Behinderung, Ältere mit chronischen Erkrankungen) in bis zu sechs Provinzen gleichberechtigten Zugang zu und Nutzung von hochwertigen Gesundheitsdiensten zu ermöglichen. Dadurch sollte die arme und vulnerable Bevölkerung gesünder und finanziell weniger belastet werden (Impact-Ziel). Mit Hilfe eines Gutscheinsystems wurde über eine Stärkung der Nachfrageseite und eine leistungsbezogene Finanzierung ein Anreizsystem zur Erbringung von patientenorientierten, qualitativ hochwertigen und effizienten Leistungen für die Zielgruppe geschaffen

Wichtige Ergebnisse

Das Vorhaben entfaltete entwicklungspolitische Wirksamkeit und adressierte die Bedürfnisse der Zielgruppe. Aus den folgenden Gründen wird das Vorhaben insgesamt als „erfolgreich“ bewertet:

- Das Vorhaben war in besonderem Maße auf die Prioritäten des Partnerlands sowie auf die Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet. (Relevanz)
- Das Vorhaben hat sowohl zur Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen beigetragen als auch die Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen gefördert. Das besonders erfolgreiche *targeting* durch *voucher promoter*, die zugleich Wissen und Bewusstsein für die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen förderten und die Zielgruppe ermutigten die Gutscheine zu nutzen, hat maßgeblich zu der stark verbesserten Nutzung der Gesundheitsdienste beigetragen. (Effektivität)
- Die Projektsteuerung durch die Gutscheinverwaltungsagentur war sehr agil. So konnte sich das Gutscheinvorhaben erfolgreich an die nationale Ausweitung des Health Equity Funds (HEF) und andere Geberaktivitäten ausrichten, Komplementarität sicherstellen und dadurch Wirkungen verstärken. (Effizienz)
- Das Vorhaben wurde zum Abschluss im HEF integriert. Die erprobten Prozesse wurden größtenteils berücksichtigt. Dadurch sowie durch die seither zusätzlich eingeführten Absicherungsprogrammen der Partner hat die Zielgruppe auch heute noch kostenlosen oder kostengünstigeren Zugang zu den Gutschein-Leistungspaketen. (Impact, Nachhaltigkeit)

Gesamtbewertung erfolgreich



1: sehr erfolgreich – 6: gänzlich erfolglos

Schlussfolgerungen

- Eine besonders gute Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen kann durch eine Kombination aus Qualitätsverbesserung, Übernahme von Kosten für Begünstigte und eine effektive *voucher promotion* erzielt werden.
- Gutscheinvorhaben können bis zur Einführung nationaler Systeme unterstützen und Wirkungen bereits erzielen und/oder verstärken bis diese etabliert sind.
- Die Beachtung von Verfügbarkeiten von Medikamenten bei der Auswahl der von Gutscheinen bezahlten Dienstleistungen ist wichtig. Bei chronischen Krankheiten müssen Medikamente dauerhaft verfügbar sein.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	3
Übersicht	4
Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens	4
Kurzbeschreibung	4
Aufschlüsselung der Gesamtkosten	5
Karte der Projektregion	5
Stärken und Schwächen des Vorhabens	6
Projektübergreifende Lessons Learned	6
Bewertung nach OECD DAC-Kriterien	7
Relevanz	7
Kohärenz	10
Effektivität	11
Effizienz	15
Impact	16
Nachhaltigkeit	20
Gesamtbewertung	23
Beitrag zur Agenda 2030	23
Methodik	24
Evaluierungsmethodik	24
Bewertungsmethodik	26
Impressum	26
Anlagen	

Abkürzungsverzeichnis

ADB	Asian Development Bank
ANC	Antenatal Care (Schwangerschaftsvorsorge)
AK	Abschlusskontrolle
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CDHS	Cambodia Demographic and Health Survey
DAC	Development Assistance Committee
EPE	Ex-Post-Evaluierung
EUR	Euro
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
FZ E	FZ Evaluierung
HDI	Human Development Index
HIS	Health Information System
MDG	Millennium Development Goals
MoH	Ministry of Health
NCD	Non-Communicable Diseases
NMCHC	National Maternal and Child Health Center
NRO	Nichtregierungsorganisationen
OOPE	Out-of-Pocket-Expenditures
PP	Projektprüfung
PPB	Projektprüfungsbericht
PV	Projektvorschlag
TZ	Technische Zusammenarbeit
USD	US Dollar
VMA	Voucher Management Agency
WHO	World Health Organization

Übersicht

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Das hier evaluierte FZ-Vorhaben (Phase II & III) wurde von 2013 bis 2020 in Kambodscha implementiert. Die Phasen II und III wurden gemeinsam geprüft und ein Programmvorschlag mit identischen Aktivitäten, die in den-selben Regionen durchgeführt werden sollten, wurde erstellt. Die beiden Phasen, die deshalb im Rahmen der Ex-post-Evaluierung (EPE) als ein FZ-Vorhaben betrachtet werden, bauen auf einer vorherigen Phase auf. Im Rahmen der Phase I wurde ein Gutscheinsystem für ausgewählte Gesundheitsdienstleistungen für arme und vulnerable Gruppen eingeführt. Während der Umsetzung von Phase I waren parallel mehrere voucherähnliche Ansätze verschiedener Geber in Umsetzung, ohne besondere Koordinierung. Während der Umsetzung von Phase I hat die Partnerregierung zunehmend einen Fokus auf Geberharmonisierung gelegt und wählte schließlich ein Vorhaben der Weltbank - den *Health Equity Fund* (HEF) - aus, für die nationale Einführung als einheitliches System.

Der HEF ist ein System zur Absicherung im Krankheitsfall von armen und vulnerablen Menschen. Identifizierte Begünstigte erhalten eine Versicherungskarte, die sie im Falle von Arztbesuchen und anfallenden Behandlungen vorzeigen und mit der sie kostenlos ausgewählte Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen können. Die Gesundheitseinrichtungen werden nach erbrachten Dienstleistungen aus dem HEF bezahlt. Die Mittel für diesen Versicherungsmechanismus werden von der kambodschanischen Regierung von Geberbeiträgen der Weltbank und aus dem Multi-Geber-Weltbanktrustfund, H-EQUIP II, zur Verfügung gestellt. Anders als die meisten anderen parallellaufenden Gutscheinsansätze, investiert das Weltbankvorhaben im Rahmen des HEF in den Kapazitätsaufbau der kambodschanischen Partner und etablierte eine HEF-Managementstruktur im Gesundheitsministerium.

Die nationale Implementierung des HEF startete erst während der Implementierung der Phase I und die parallel-laufenden Ansätze wurden in der Folge nach und nach ersetzt oder integriert. Die hier evaluierten Phasen des FZ-Gutscheinvorhabens sind daher eine Fortführung, Ausweitung und Weiterentwicklung der Phase I, mit dem wichtigen Nebenziel sich an die stetige Ausweitung des HEF sinnvoll anzupassen und sich zum Zeitpunkt des Projektabschlusses in den HEF zu integrieren. Da die im Rahmen des FZ-Vorhabens geförderten Gesundheits-zentren und Zielgruppen erst nach und nach im HEF aufgenommen wurden, war die Begleitung der schrittweisen Ausweitung des HEF durch das FZ-Vorhaben additional.

Die vorausgegangene Phase wurde 2017 evaluiert und mit der Note 4 bewertet. Das Vorhaben wurde insgesamt zwar als zufriedenstellend (Effizienz und Relevanz Note 3) bis gut (Effektivität und übergeordnete Entwicklungspolitische Wirkung Note 2) bewertet, allerdings waren zu dem Zeitpunkt der Evaluierung von Phase I noch viele Fragen hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Maßnahmen offen, sodass durch das K.O.-Merkmal des Nachhaltigkeitskriterium die Note 4 automatisch zu einer insgesamten nicht erfolgreichen Bewertung der Phase I führte.

Kurzbeschreibung

Die Ziele des Vorhabens (Phase II & III) waren a) die Förderung und Verbesserung des Zugangs zu spezifischen reproduktiven Gesundheitsdiensten für arme und vulnerable Frauen, b) die Förderung und Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten für vulnerable Gruppen wie ältere Menschen und Menschen mit Behinderung und c) die Verbesserung der Qualität der Versorgung durch öffentliche und private Gesundheitsdienstleister durch verstärkte nachfrageseitige Subventionen. Diese Ziele sollten durch ein Gutscheinmanagement-System verwirklicht werden, das die Verteilung von Gutscheinen an gefährdete Gruppen in sechs (von insgesamt 24) Provinzen vorsah, die ihnen den kostenlosen Zugang zu bestimmten Gesundheitsdienstleistungen ermöglichten, darunter langfristige Familienplanungsmethoden, fachlich begleitete Entbindung und sicherer Schwangerschaftsabbruch (wie in Phase I). In Phase II und III wurden die Leistungen auf Gebärmutterhalskrebs-Screening und -Behandlung sowie Katarakt-Tests und -Operationen (Grauer Star) ausgeweitet. Den Nutzenden der Gutscheine wurden die Transportkosten für den Zugang zu den Gesundheitsdiensten erstattet und sie erhielten finanzielle Unterstützung für andere Kosten, z. B. für die Verpflegung während des stationären Aufenthalts. Die Gesundheitseinrichtungen wurden nach Erbringung der Leistungen vergütet und konnten die Einnahmen für Lohnzuschläge und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung in den Gesundheitseinrichtungen verwenden.

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

	2009 66 127 Phase 2 (Plan)	2009 66 127 Phase 2 (Ist)	2011 65 547 Phase 3 (Plan)	2011 65 547 Phase 3 (Ist)
Investitionskosten (gesamt) in Mio. EUR	7,2	6,8	7	6,5
Eigenbeitrag in Mio. EUR	1,2 ¹	1,2	n/a	n/a
Externe Finanzierung in Mio. EUR	n/a	n/a	n/a	n/a
davon BMZ-Mittel in Mio. EUR	6	5,6	7	6,5*

Tabelle 1: Kostenaufschlüsselung

* Restmittel wurden im Rahmen HEQUIP umgesetzt

Karte der Projektregion

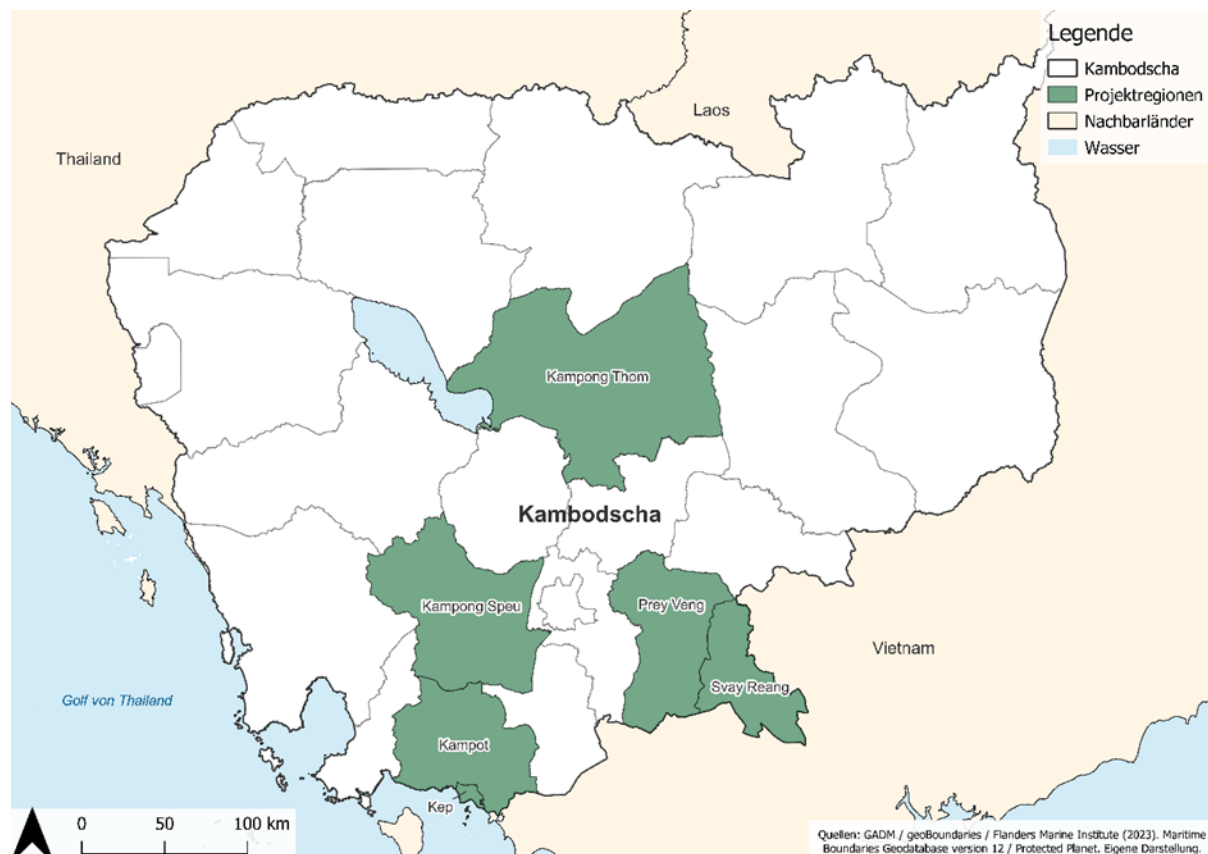


Abbildung 1: Karte der Projektgebiete

Quelle: GADM / geoBoundaries / Flanders Marine Institute (2023). Maritime Boundaries Geodatabase version 12 / Protected Planet. Eigene Darstellung.

¹ Der Eigenbeitrag verteilte sich auf Maßnahmen in beiden Phasen.

Stärken und Schwächen des Vorhabens

Zu den Stärken zählen insbesondere:

- Das Vorhaben adressierte erfolgreich insbesondere die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen und berücksichtigte dabei die lokalen kontextuellen Gegebenheiten sowie die politischen Prioritäten auf Partner- und Geberseite in adäquater Weise.
- Das Vorhaben zeichnet sich durch die sehr effektiven *voucher promoter* aus, die die Nachfrageseite erfolgreich stärkten und durch die effiziente Projektsteuerung durch die Gutscheinvertwaltungsagentur (VMA), die erfolgreich Anreize für die Angebotsseite schaffte die Qualität zu verbessern.
- Die Projektsteuerung war dank der hohen *ownership* des Projektträgers und der besonders agilen VMA, die ständig die veränderten Rahmenbedingungen berücksichtigte, sehr anpassungsfähig.

Zu den Schwächen zählen insbesondere:

- Das erfolgreiche Konzept der *voucher promoter* wurde im Rahmen der HEF-Integration nicht weitergeführt und das erzielte, hohe Nutzungsniveau konnte unter dem HEF besonders auf der Ebene der Gesundheitszentren nicht ganz gehalten werden.

Projektübergreifende Lessons Learned

- Gutscheinansätze, die die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen verbessern, diese effektiv bewerben und Kosten für Begünstigte übernehmen, können Zugangshürden zu Gesundheitsdienstleistungen erfolgreich beseitigen, insbesondere Hürden, die auf Kosten und ein mangelndes Wissen zurückzuführen sind.
- Ein nachhaltiger Erhalt der erzielten Wirkungen ist begünstigt, wenn sich die Zielgruppen und geförderten Gesundheitsdienstleistungen eng an den Partnerprioritäten und Eigenanstrengungen orientieren. Eine hohe *ownership* im Gesundheitssektor ist wichtig, damit Gutscheinvorhaben ergänzend zu Eigenanstrengungen und anderen Geberaktivitäten Wirkung entfalten und verstärken kann.
- Gutscheinvorhaben können Partnerregierungen bis zur Einführung nationaler Systeme unterstützen und Wirkungen bereits erzielen und/oder verstärken bis diese etabliert sind. Längerfristig angelegte Vorhaben, mit sinnvollen *phasing out*-Modellen, können ein abruptes Ende der Unterstützung und eine eventuelle finanzielle Überforderung der Partner vermeiden.
- Insbesondere *voucher promoter*, die die Zielgruppe über Rechte, Leistungen, insbesondere auch für die Vorsorge und entsprechende Fördermöglichkeiten bzw. Kosten informieren tragen zur Steigerung der Nutzung von Gutscheinen für Dienstleistungen bei.
- Das System, das die Gutscheine ersetzen wird, kann eine nachhaltige Nutzung besonders durch den Erhalt von *promotern*, der abgedeckten Leistungspakete und der etablierten und erprobten Erstattungs- bzw. Anreizsysteme fördern.
- Die Beachtung der Verfügbarkeit von Medikamenten bei der Auswahl der von Gutscheinen bezahlten Dienstleistungen ist wichtig. Bei chronischen Krankheiten, die eine langfristige symptomatische Behandlung benötigen (z.B. Bluthochdruck), müssen Medikamente dauerhaft verfügbar sein. Im FZ-Gutscheinvorhaben wurde eine Auswahl an chronischen Erkrankungen adressiert, für die keine längerfristigen Behandlungen und damit einhergehende Verfügbarkeit von Medikamenten erforderlich war, somit bestand hier kein Risiko.

Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Relevanz

1. Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Die Zielsetzung war zum Zeitpunkt der Projektprüfung und ist zum Zeitpunkt der Evaluierung angemessen an den entwicklungspolitischen Prioritäten des BMZ ausgerichtet. Der Vorhabenansatz entsprach den zum Zeitpunkt der Projektkonzeption gültigen deutschen und internationalen entwicklungspolitischen Prioritäten, die ihren Ausdruck in den Millennium Development Goals (MDG) 4 (Senkung der Kindersterblichkeit) und MDG 5 (Verbesserung der Gesundheit von Müttern) und dem Sustainable Development Goal (SDG) 3 (Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern²) fanden. Das Vorhaben war Teil eines über-geordneten EZ-Programmes. Das Ziel des EZ-Programms war: Die arme und vulnerable Bevölkerung ist gesünder und wird durch die Nutzung qualitätsgesicherter Gesundheitsleistungen finanziell weniger belastet. Das EZ-Programm unterstützte, ergänzend zu anderen Gebervorhaben, wichtige Gesundheitsreformen und Entwicklungen im Bereich der sozialen Absicherung im Krankheitsfall in Kambodscha. Es wurde 2009 aufgesetzt und 2015 an die BMZ-Strategie für den Gesundheitssektor (2014 – 2018) angepasst. Der Projektansatz berücksichtigt außerdem die verstärkte Ausrichtung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im kambodschanischen Gesundheitssektor auf die Unterstützung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen, darunter ältere Menschen so-wie Menschen mit Behinderungen. Auch heute steht der Ansatz im Einklang mit der aktuell gültigen entwicklungspolitischen Strategie, darunter die Leitplanken der deutschen EZ mit Asien von 2023 („IV. Chancen der sozialen Sicherung als Investition in die Stabilität und Zukunft von Gesellschaften in Asien nutzen“) und die Kernthemenstrategie „Gesundheit, Soziale Sicherung, Bevölkerungsdynamik“ (2023). Die Strategien zielen u.a. darauf ab wirtschaftliche Resilienz und nachhaltige Gesellschaften, durch z.B. den Ausbau von sozialen Sicherungssystemen zu befördern, Menschen in Armut und mit Behinderungen zu unterstützen (Soziale Sicherung als Hebel, um multi-dimensionale Armut und gesellschaftliche Ungleichheiten zu reduzieren) und die Geschlechtergleichstellung voranzubringen, z.B. durch einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen von Frauen. Die Zielsetzung des Vorhabens deckt sich mit diesen Themen. Das Vorhaben berücksichtigt durch seine Ausrichtung auf Unterstützung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen, darunter Frauen, arme und ältere Menschen sowie die Abmilderung sozioökonomischer Auswirkungen von Behinderungen, chronischen Krankheiten und extrem hohen Gesundheitskosten im Besonderen das „Qualitätsmerkmal Menschenrechte, Geschlechtergleichstellung und Inklusion“ und leistet Beiträge zum „Qualitätsmerkmal Armutsbekämpfung und Reduzierung der Ungleichheit“. Auch steht das Vorhaben im Einklang mit globalen Standards im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechten. Außerdem ist es mit seiner Konzeption geeignet, Beiträge zur Umsetzung des Menschenrechts auf soziale Sicherheit und zu Menschenrechtsstandards zu leisten. Ein expliziter menschenrechtsbasierter Ansatz ist jedoch in der Vorhabenkonzeption nicht erkennbar.

Die Projektziele und daraus abgeleiteten Maßnahmen waren zum Prüfungszeitpunkt ebenfalls angemessen an den vorhandenen nationalen Politiken und Prioritäten Kambodschas ausgerichtet, darunter: *National Health Strategic Plan* (2008 – 2015), *National Social Protection Strategy for the Poor and Vulnerable* (2011) und *National Strategy for Reproductive and Sexual Health* (2006 - 2010). In Bezug auf die beiden Strategien ist vor allem die Relevanz des Vorhabens im Hinblick auf die dort formulierten prioritären Themen Neugeborenen-, Kinder- und Müttersterblichkeit sowie sexuelle und reproduktive Rechte, aber auch finanzielle Belastung durch Krankheit hervorzuheben. Das Vorhaben stand besonders im Einklang mit den Bestrebungen die auf die Reduzierung der Sterblichkeit und der finanziellen Belastung durch in Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen (*catastrophic health expenditures*) abzielten. Diese Ziele stehen im Einklang mit dem Zielsystem des Vorhabens und decken sich konkret mit einigen der Indikatoren des Vorhabens auf Programm- und Modulzielebene. Auch gibt es nationale Strategien für ausgewählte Krankheiten oder Krankheitsgruppen, wie z.B. die *National Strategy for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases* (NCDs) (2007 – 2010), den *National Strategic Plan for NCDs* (2013-2020) und den *National Strategic Plan for the Prevention of Blindness* (2008-2015), die Ziele und prioritäre Maßnahmen für Krankheiten, wie z.B. Gebärmutterhalskrebs und Katarakt (Grauer Star), aber auch für eine verbesserte Qualität der angebotenen Gesundheitsdienstleistungen formulieren. Die Konzeption und Wirkungslogik decken sich mit diesen Zielen.

Zum Zeitpunkt der EPE besteht weiterhin eine angemessene Ausrichtung an den aktuell gültigen nationalen Strategien und Politiken Kambodschas. Die damals prioritären Themen und zu adressierende Krankheitsbilder sind auch heute noch aktuell. Hier ist insbesondere der weiterentwickelte *National Health Strategic Plan* und die nationale *Roadmap to Universal Health Coverage* (2024-2035) erwähnenswert. Ziele sind u.a. eine flächendeckendere soziale Absicherung, Reduzierung von privaten Aufwendungen für Gesundheitsausgaben (*out-of-pocket-expenditures*), Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen hoher Qualität und die Reduzierung von nichtübertragbaren Krankheiten (bspw. Gebärmutterhalskrebs, Katarakt). Die Roadmap stellt eine umfassende

² Insbesondere in den Unterzielen des SDG 3: Die Sterblichkeit von Müttern und Kindern soll sinken; Alle Menschen sollen vor übertragbaren Krankheiten (wie Aids oder Tuberkulose) und vor nicht übertragbaren Krankheiten (wie Krebs oder Diabetes) geschützt werden; Alle Menschen sollen Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten haben, ohne in finanzielle Nöte zu geraten. Dazu zählen auch Dienste der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Medikamente und Impfstoffe; und allen Mädchen und Frauen soll das Recht auf Selbstbestimmung in der Familienplanung zuteilwerden. Ihr Zugang zu Verhütungsmitteln soll gesichert sein.

Orientierung für nationale Strategien zur Entwicklung hin zu einem universellem Krankenversicherungsschutzsystems mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen und minimierten privaten Aufwendungen, mit der das hier vorliegende Vorhaben und seine Zielsetzung im Einklang steht.

Die institutionellen Rahmenbedingungen wurden insgesamt berücksichtigt. So wurde mit dem *Ministry of Health* (MoH) ein entsprechend institutionell mandatierter Träger ausgewählt, der die Ziele des Vorhabens in besonderem Maße unterstützte.

2. Ausrichtung an Bedürfnissen und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Für die verschiedenen mit Gutscheinen unterstützten Gesundheitsdienstleistungen gab es unterschiedliche Zielgruppen in den Projektprovinzen:

- Die Gesamtbevölkerung in den Projektprovinzen lag bei rd. 4 Mio. Menschen (rd. 1/4 der Gesamtbevölkerung Kambodschas).
- Davon waren alle verheirateten Frauen im reproduktiven Alter, d.h. rd. 553.389 Frauen, berechtigt, *voucher* für sichere Abtreibung und langfristige Familienplanungsmethoden zu nutzen.
- Die Hauptzielgruppe für zusätzliche Leistungen im Bereich reproduktive Gesundheit (u.a. Schwangerschaftsvor- und Nachsorge für Mutter und Kind) waren arme, vulnerable Frauen in den Projektprovinzen, die nach nationalem Standard als arm klassifiziert waren (*ID poor*-Inhaberinnen). Während der Laufzeit des Vorhabens fielen laut Schätzungen rd. 195.000 Frauen in diese Kategorie. Mit der Ausweitung des HEF wurde diese Gruppe um sogenannte *Near Poor* erweitert: Menschen, deren Einkommen knapp über der nationalen Armutsgrenze liegen. In diese Gruppe fallen vermehrt informelle Arbeitnehmende, die i. d. R. nicht im Krankheitsfall abgesichert waren. Laut Schätzungen fielen rd. 93 % der kambodschanischen Beschäftigung (91 % bei Männern und 96 % Frauen) in den informellen Sektor (ADB, 2012).
- Darüber hinaus zählten rd. 29.244 Kinder unter 24 Monaten in den Projektregionen zur Zielgruppe.
- Die Zielgruppe für Gebärmutterhalskrebs Screenings und Behandlungen umfasste alle Frauen im Alter von 30-49 Jahren. In diese Kategorie fielen rd. 71.270 Frauen.
- Die Zielgruppe für die Katarakttests und -operationen umfasste alle Menschen älter als 50 Jahre, mit entsprechenden Symptomen (rd. 36.405 Fälle).
- Im Rahmen der Kooperation mit der GIZ bei der Unterstützung von Kindern mit Gaumenspalte und Klumpfuß, setzte sich die Zielgruppe aus betroffenen Kindern, die aus den Projektprovinzen ans *National Pediatric Hospital* (NPH) überwiesen wurden, zusammen.
- Menschen mit Behinderungen wurden außerdem indirekt adressiert, durch die Behebung von physischen Zugangsbarrieren für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen im Rahmen der Baumaßnahmen an den Gesundheitszentren.

Der Fokus der mit Gutscheinen unterstützten Dienstleistungen auf Mutter-/Kindgesundheit wurde bereits in der Vorgängerphase I festgelegt u.a. aufgrund hoher ungedeckter Bedarfe und aufgrund der hohen politischen Priorität seitens der kambodschanischen Partner sowie der deutschen EZ. Die Ausweitung auf weitere Dienstleistungen erfolgte aufgrund hoher ungedeckter Bedarfe. Die Ziele des Vorhabens waren aus damaliger und heutiger Sicht adäquat an den entwicklungspolitischen Bedürfnissen der Zielgruppen ausgerichtet.

Zum Zeitpunkt der Projektprüfung 2012 war Kambodscha auf dem Weg zu einer bemerkenswerten Verbesserung des Gesundheitssektors, insbesondere der Kinder- und Müttergesundheit: Schätzungen zufolge sank die Mütter-sterblichkeit pro 100.000 Lebendgeburten von 559 im Jahr 2005 auf 226 im Jahr 2010 (Weltbank, 2024). Allerdings wurden im Jahr 2006 nur 44 % aller Geburten von qualifiziertem Gesundheitspersonal betreut. Auch zwischen den städtischen Zentren und den ländlichen Gebieten sowie zwischen den verschiedenen Bevölkerungsschichten gab es deutliche Unterschiede. So lag die Kindersterblichkeit 2010 in städtischen Gebieten bei 22 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten, während sie in ländlichen Gebieten im Durchschnitt bei 64 lag, in abgelegenen Provinzen betrug sie sogar bis zu 118 pro 1000 Lebendgeburten. Die Neugeborenen-Sterblichkeit lag bei 39 pro 1.000 Lebendgeburten im untersten Einkommensfünftel und bei 16 in der höchsten Einkommensgruppe. Was nicht übertragbare Krankheiten wie Gebärmutterhalskrebs anbelangt, so war Gebärmutterhalskrebs mit schätzungsweise 1.600 Fällen pro Jahr im Jahr 2014 die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Kambodscha und ist für rund 670 Todesfälle pro Jahr verantwortlich (Schätzung der WHO, 2022). Darüber hinaus leben laut der kambodschanischen, demografischen Gesundheitserhebung (CDHS, 2014) 10 % der kambodschanischen Bevölkerung mit einer oder mehreren Beeinträchtigungen (u.a. Gaumenspalte, Klumpfuß), wobei das Risiko für Beeinträchtigungen (z.B. Katarakt) mit zunehmendem Alter steigt. Ältere, vulnerable Menschen, die an Katarakt leiden, hatten oft keinen Zugang zu einer angemessenen Behandlung, wenngleich ihre Sehkraft durch einen einmaligen Eingriff hätte wiederhergestellt werden können.

Während der Projektprüfung wurde als Kernproblem der - aufgrund hoher und unvorhersehbarer Kosten sowie unzureichender Qualität - eingeschränkte Zugang und die unzureichende Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen identifiziert. Im Rahmen einer

projektvorbereitenden Studie wurde für den Zugang für vulnerable Gruppen zusätzlich als zentrales Hindernis mangelnde Kenntnisse über kostenlose oder subventionierte Leistungen erkannt. Außerdem ergab eine Umfrage, dass Menschen oft die Erwartung haben, dass eine Nutzung mit hohen Kosten aufgrund von Medikamenten und einer weiten, kostspieligen Anfahrt zu den Dienstleistern einhergeht. Auch die Sorge vor schlechter oder unzureichender Behandlung aufgrund der Nichtverfügbarkeit geeigneter Medikamente, sowie vor unfreundlichem Personal – insbesondere gegenüber armen Bevölkerungsgruppen – wurde oft als Grund für die Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen genannt. Das Kernproblem wurde zum Zeitpunkt der Prüfung korrekt identifiziert. Aus heutiger Sicht ist das Kernproblem, trotz erzielter Fortschritte, weiterhin aktuell und spiegelt sich, auch in den aktuellen politischen Strategien des Partners wider.

Hinsichtlich der Ausweitung der möglichen kostenlosen und subventionierten Programme zur Absicherung von vulnerablen Gruppen, die während der Implementierung und seit Projektende seitens der kambodschanischen Regierung eingeführt wurden, sollte das Hindernis der fehlenden Kenntnisse von sozialen Sicherungsprogrammen als wichtiger Teil des Kernproblems in neuen Projekten prominenter hervorgehoben werden....

3. Angemessenheit der Konzeption

Der Konzeption lag ein am Kernproblem ausgerichtetes und plausibel mit Maßnahmen unterlegtes Zielsystem zugrunde. Das formulierte Ziel auf Outcome-Ebene war hierbei: die benachteiligten Gruppen (arme und bedürftige Frauen, Menschen mit Behinderung, Ältere mit chronischen Erkrankungen) in bis zu 6 Provinzen haben gleichberechtigten Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdiensten und nutzen diese. Das Ziel des EZ-Programms (Impact-Ebene) war: Die arme und vulnerable Bevölkerung ist gesünder und wird durch die Nutzung qualitätsgesicherter Gesundheitsleistungen finanziell weniger belastet. Die Zielformulierung wird sowohl auf Outcome-, als auch auf Impact-Ebene als angemessen bewertet. Die limitierten finanziellen und personellen Kapazitäten des Trägers wurden konzeptionell berücksichtigt. So wurde in der ersten Phase des Vorhabens eine *Voucher Management Agency* (VMA) im MoH eingerichtet und auch in Phase II und III weiter zur Unterstützung genutzt, die maßgebliche Anteile an der Vorhabenimplementierung hatte. Mit dem FZ-Vorhaben sollten die festgestellten Zugangshindernisse der Zielgruppe beseitigt werden, indem Gutscheine für eine kostenlose Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen (fachlich begleitete Entbindung, Familienplanung, Zugang zum sicheren Schwangerschaftsabbruch, Gebärmutterhalskrebs- und Kataraktuntersuchungen und -behandlungen) von armen und vulnerablen Gruppen verteilt wurden, die auch Reisekosten und andere Kosten abdeckten. Gleichzeitig wurden der Angebotsseite Anreize zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitseinrichtungen und der Leistungserbringung durch ein leistungsbezogenes Vergütungskonzept gegeben. Dieses Konzept ist prinzipiell geeignet, die Qualität und Effizienz der Gesundheitsdienste und der Inanspruchnahme zu steigern. Die Wirkungskette ist insgesamt nachvollziehbar.

Das Hindernis der mangelnden Kenntnisse über kostenlose oder subventionierte Leistungen und Unterstützungsmöglichkeiten für vulnerable Gruppen sollte mit Hilfe der *voucher promoter* adressiert werden. Gemeinsam mit den regionalen MoH-Vertreterinnen und -vertretern und den Dorfvorständen sollten diese die Zielgruppe, die angesprochen und über Gesundheitsrisiken und ihre Rechte auf voucher-Nutzung und kostenlose Leistungen aufgeklärt werden sollte, identifizieren. Die *voucher promoter* sollten aus den bestehenden sogenannten *community volunteers*, die gut in den Gemeinden vernetzt sind, sich gemeinnützig engagieren und oftmals als Vertrauensperson gesehen werden, rekrutiert werden.

Die Indikatoren und ihre Wertbestückung werden als teilweise angemessen bewertet: Es wurden sinnvolle und SMARTe Indikatoren gewählt, die die Zielsetzung des Vorhabens in geeigneter Weise abbilden, jedoch sind nicht alle Aspekte der Zielformulierung in den Indikatoren auf der Outcome- und Impact-Ebene gleichermaßen berücksichtigt und manche Indikatoren auf Outcome-Ebene sind Impact- oder Output-Indikatoren. Gleiches gilt für die Impact-Ebene. Die entsprechenden Indikatoren wurden im Zuge der EPE angepasst. In der Gesamtheit oder durch leichte Formulierungsanpassungen sind die gewählten Indikatoren auf allen Ebenen dennoch sinnvoll, um die insgesamt erzielten Wirkungen abzubilden.

4. Reaktion auf Veränderungen/Anpassungsfähigkeit

Das Vorhaben war angemessen an den Kontext angepasst und in der Lage auf Veränderungen zu reagieren. Konzeptionelle Veränderungen basierend auf Lernerfahrungen und dem stärker werdenden Wunsch des Partners nach mehr Geberharmonisierung, fanden vor allem im Übergang von Phase I zu II und in den Anfängen der Phase II statt. Phase II und III passten sich regelmäßig und agil an die fortschreitende Ausweitung des HEF im ganzen Land an. So wurden in Gesundheitseinrichtungen Zielgruppen und Dienstleistungen regelmäßig angepasst oder ergänzt. Auch die Umsetzungsregion innerhalb der 6 Projekt-Provinzen und die auszuwählende Versorgungsebene wurde stetig an den Stand der Ausweitung seitens HEF und der Präsenz anderer Geber oder Gutscheinsätze in einzelnen Gesundheitseinrichtungen angepasst, um Dopplungen zu vermeiden und Wirkungen zu verstärken.

Zusammenfassende Bewertung der Relevanz: erfolgreich (2)

Die adressierten Kernprobleme sowie Bedarfe der Zielgruppe waren sowohl zum Zeitpunkt der Prüfung als auch aus heutiger Sicht von hoher Relevanz. Das Vorhaben war laut Konzeption geeignet zu den politischen Sektor-Prioritäten des BMZ sowie Kambodschas beizutragen. Das Zielsystem war insgesamt angemessen und am Kernproblem ausgerichtet. Die zugrunde gelegte

Wirkungslogik war plausibel. Die Indikatoren bildeten nicht alle Aspekte des Zielsystems adäquat und auf der passenden Wirkungsebene ab, sind aber geeignet für eine Beurteilung der Gesamtwirkungen. Die Relevanz des Vorhabens wird als insgesamt erfolgreich bewertet.

Kohärenz

5. Interne Kohärenz

Das Gutscheinvorhaben der FZ ist Teil des EZ-Programms „Soziale Absicherung im Krankheitsfall“ und ergänzte die anderweitigen EZ-Maßnahmen im Schwerpunkt Gesundheit, wie auch schon die Phase I. Dabei wurde auf den Lernerfahrungen der ersten Phase, auch was Geberabstimmung und Verzahnung der TZ und FZ anging, aufgebaut. Es bestand ein regelmäßiger Austausch zwischen GIZ und KfW in sektoralen Belangen, der zum Zeitpunkt der Evaluierung von beiden Durchführungsorganisationen als positiv bewertet wird.

So erfolgte im Rahmen des Vorhabens eine Kooperation in Bezug auf Leistungserbringung und Planung der Trainingsaktivitäten mit dem TZ-Modul „Soziale Absicherung im Krankheitsfall“ (BMZ-Nr. 2009 21 718), welches das Gesundheitsministerium beim Aufbau eines Systems für externe, unabhängige Qualitätsüberprüfungen von Gesundheitsdienstleistungen unterstützte.

Eine direkte Verbindung gab es außerdem zu dem TZ-Vorhaben „Targeting – Identifizierung armer Haushalte (ID Poor)“. Das FZ-Vorhaben verwendete die von ID Poor verfügbaren Informationen zur Zielgruppenidentifikation und teilte relevante Daten zur Zielgruppe mit der GIZ. Darüber hinaus nahm die VMA des FZ-Vorhabens an der vierteljährlichen technischen Sitzung der GIZ und an Treffen mit den Durchführungsgruppen der Projekte „Multi-sektorales Projekt zur Sicherung der Nahrungsmittelversorgung“ (MUSEFO) und „Verbesserung der Versorgung von Müttern und Neugeborenen“ (Muskoka-Initiative) teil, um Informationen auszutauschen und die Aktivitäten vor Ort zu koordinieren. Das Muskoka-Projekt der GIZ kooperierte mit dem FZ-Vorhaben bei der Bedarfsermittlung für die Ausstattung der nationalen Mütter- und Kindergesundheitszentren und bei der Bereitstellung von sozialer Unterstützung für Kinder mit Gaumenspalten und Klumpfuß aus den von Muskoka unterstützten Provinzen. Außerdem wurden die Kinder und ihre Betreuer im Rahmen des FZ-Vorhabens bei Bedarf durch Transport- und Verpflegungskostenübernahme unterstützt.

Die Zusammenarbeit im Bereich der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen werden sowohl von Mitarbeitenden der GIZ, als auch von der KfW und betroffenen Eltern und Betreuerinnen und Betreuern als positiv bewertet.

Das Vorhaben ist konsistent mit den relevanten internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt. Dies umfasst vor allem SDG 3, die Menschenrechtskonvention sowie die Gleichberechtigung der Geschlechter.

6. Externe Kohärenz

Wichtige andere Geber im Gesundheitssektor in Kambodscha sind die Weltbank, Australien, Japan und Südkorea. Während in Phase I eine mangelnde Koordination der Geberaktivitäten festgestellt wurde, forderte die kambodschanische Regierung in den folgenden Phasen zunehmend Harmonisierung. Diese erfolgt nun im Rahmen des Multi-Geber-Treuhandfonds der Weltbank H-EQUIP (zur Unterstützung des HEF) und wird von den unterschiedlichen im Rahmen der EPE befragten Akteuren (Partner, andere Geber, dt. EZ) aussagegemäß als angemessen bewertet. Die kambodschanischen Partner heben insbesondere die verbesserte Effizienz der Abstimmung und Umsetzung hervor. Die kambodschanische Regierung hat ihren Eigenbeitrag zum HEF kontinuierlich gesteigert.

Für das FZ-Vorhaben wurden aufgrund der Forderung der kambodschanischen Regierung von der VMA Anstrengungen unternommen, um (1) die Phasen II und III so anzupassen, dass sie die landesweite Einführung des HEF ergänzen, (2) die Bemühungen der Geber im Rahmen des neuen Multi-Geber-Treuhandfonds der Weltbank H-EQUIP (zur Unterstützung des HEF) zu bündeln und (3) die Integration des FZ-Gutscheinvorhabens nach Projektabschluss vorzubereiten:

(1) Das FZ-Vorhaben wurde kontinuierlich angepasst, um bestehende Versorgungs- Lücken zu schließen, beispielsweise in Provinzen und Gesundheitseinrichtungen, in denen der HEF noch nicht eingeführt worden war und/oder das FZ-Vorhaben ergänzend wirkte, indem es eine breitere Zielgruppe als der HEF abdeckte (auch *Near Poor* und zusätzliche Risikogruppen) (Additionalität). Außerdem wurden einige private Gesundheitseinrichtungen in das Vorhaben einbezogen, die nicht vom HEF erfasst werden.

(2) Der HEF wurde durch ein Darlehen der Weltbank und einen Treuhandfonds mehrerer Geber (HSSP gefolgt von H-EQUIP) unterstützt. Parallel zur Anpassung des FZ-Vorhabens wurde die Koordinierung der Geber durch die Einführung regelmäßiger Abstimmungsrunde während der gesamten Projektplanung und -durchführung verbessert und intensiviert.

(3) Am Ende der Durchführung im Jahr 2018 wurde das FZ-Vorhaben in den HEF integriert, Erfahrungen und Datenbanken wurden ausgetauscht und übertragen. Während die Beteiligten den Übergangsprozess als insgesamt reibungslos beschrieben haben, wurden nicht alle Empfehlungen des FZ-Projektteams, bestehend aus Träger, *voucher management agency* (VMA) und

internationalem Consultant übernommen bzw. umgesetzt. Dafür gab es verschiedene Gründe. Einer der Hauptgründe bestand darin, dass zwischen dem Projektabschluss und dem Abschluss der Entwurfs-/Einführungsphase von H-EQUIP ein nahtloser Übergang zwar angestrebt wurde, aber am Ende nicht umgesetzt werden konnte. Ein Versäumnis nach der Integration, das von den Beteiligten wiederholt genannt wurde, war, dass für die Umsetzung des Konzepts der *voucher promoter* im Rahmen von HEF ein zu niedriges Budget angesetzt und das Konzept daher nicht in der erprobten und erfolgreichen Form fortgeführt werden konnte (siehe auch unter Nachhaltigkeit).

Zusammenfassende Bewertung der Kohärenz: erfolgreich (2)

Das Vorhaben fügte sich sinnvoll in das deutsche EZ-Engagement in Kambodscha ein und wurde komplementär zu den Eigenanstrengungen des Partnerlandes sowie den Aktivitäten anderer Geber, insbesondere der Weltbank, konzipiert und umgesetzt. Das Vorhaben wurde an die stetige Ausweitung des HEF erfolgreich angepasst, um Wirkungen zu verstärken und Dopplungen zu vermeiden. Lernerfahrungen und Empfehlungen der Vorgängerphase des FZ-Vorhabens wurden an das HEF-Management weitergegeben und weitgehend berücksichtigt. Insgesamt wurden die Erwartungen der Partner an eine verbesserte Geberkoordinierung und einer Integration des FZ-Gutscheinvorhabens in den HEF gut umgesetzt. Die Kohärenz wird daher als erfolgreich eingestuft.

Effektivität

7. Erreichung der Ziele

Im Rahmen der EPE wurde das zum Zeitpunkt der Projektprüfung formulierte Ziel (auf Outcome-Ebene) übernommen: Benachteiligte Gruppen (arme und vulnerable Frauen, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen mit chronischen Krankheiten) in bis zu sechs Provinzen haben gleichberechtigten Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdiensten und nutzen diese.

Da wie geplant die *voucher* nach Projektabschluss nicht mehr genutzt werden konnten und das Gutscheinsystem in den HEF integriert wurde, werden zum Zeitpunkt der EPE und zur Bewertung der Indikatoren hinsichtlich Anzahl genutzter *voucher* (Indikator 1) und angewandter Qualitätsstandards (Indikator 2) die Dienstleistungen und Qualitätschecks unter dem HEF berücksichtigt, um die Zielerreichung der Indikatoren aus heutiger Sicht zu bewerten. Des Weiteren ist die Datenlage insgesamt zum Zeitpunkt der EPE sehr dünn. Um die Zielerreichung der Indikatoren 6-8 zu bewerten, wurden zum Zeitpunkt der EPE nationale Trends herangezogen. Zum Zeitpunkt der Abschlusskontrolle zeigten unterschiedlich genutzte Datenquellen für Indikator 3-5 während der Implementierung teilweise widersprüchliche Trends auf. Für die EPE wurde daher die *Cambodian Demographic and Health Survey* (CDHS)-Daten und die übergeordneten Trends von 2010 bis 2021/2022 für eine Bewertung genutzt. Die Baseline-Werte waren teilweise bereits sehr hoch.

Zur Messung des Outcome-Ziels wurden folgende Indikatoren herangezogen:

Indikator	Status bei Prüfung	Zielwert bei EPE (Prüfung)	Istwert bei AK	Istwert bei EPE
(1) Anzahl der über Gutscheine abgerechnete Gesundheitsdienstleistungen.	0	90.000 ³	362.683 Gutscheine verteilt; 506.602 über Gutscheine abgerechnete Gesundheitsdienstleistungen.	Zielwert erreicht
(2) Anteil der akkreditierten Dienstleister ⁴ , die bei regelmäßigen Kontrollen gesetzte Qualitätsstandards erfüllen.	--	90 %	98 %	Zielwert erreicht
(3) Anteil der Schwangeren, die mindestens eine durch Fachkräfte geleistete Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen	Kampong Thom: 85,4 % ⁵ Kampot/Kep: 86 % Prey Veng: 92,1 % Kampong Speu: 90,3 % Svay Rieng: 93,3 %	Jährliche Steigerung um 2 %	CDHS ⁶ 2014 Kampong Thom: 95,6 % Kampot/Kep: 93,9 % Prey Veng: 99 % Kampong Speu: 97,8 % Svay Rieng: 98,1 %	CDHS 2021/2022 Kampong Thom: 98,7 % Kampot: 97,5 % Kep: 98,9 % Prey Veng: 100 % Kampong Speu: 97,6 % Svay Rieng: 99,3 % Zielwert teilweise erreicht ⁷
(4) Anteil der fachlich betreuten Geburten	Kampong Thom ⁸ : 48 % Kampot/Kep: 76 % Prey Veng: 59 % Kampong Speu: 68 % Svay Rieng: 90 %	Jährlicher Anstieg um 2 %	CDHS 2014 Kampong Thom: 80,4 % Kampot/Kep: 95,51 % Prey Veng: 97,6 % Kampong Speu: 89,3 % Svay Rieng: 94,3 %	CDHS 2021/2022 Kampong Thom: 94,5 % Kampot: 99,4 % Kep: 100 % Prey Veng: 97,4 % Kampong Speu: 99 % Svay Rieng: 98,5 % Zielwert teilweise erreicht
(5) Anteil der Frauen, die längerfristig wirksame moderne kontrazeptive Methoden anwenden	Kampong Thom ⁹ : 1,0 % Kampot: 6,3 % Kep: 0,3 % Prey Veng: 2,7 % Kampong Speu: 4,5 % Svay Rieng: 7,0 %	Jährlicher Anstieg um 1 %	HIS ¹⁰ 2016 Kampong Thom: 2,9 % Kampot: 10,5 % Kep: 1,9 % Prey Veng: 7,8 % Kampong Speu: 5,6 % Svay Rieng: 8,1 %	CDHS 2021/2022 Kampong Thom: 8,8 % Kampot: 7,8 % Kep: 9,6 % Prey Veng: 9,2 % Kampong Speu: 3,7 % Svay Rieng 5,9 % Zielwert teilweise erreicht
(6) Die Anzahl der erfolgreich durchgeführten Kataraktoperationen führt zu einer Senkung der Kataraktfälle bzw. -prävalenz bei der Bevölkerung der Projekt-region	n/a	Verringerung der Kataraktprävalenz um 10 % pro Jahr	Verringerung um 34 % (insgesamt) Verringerung der beidseitigen Kataraktprävalenz um 56,4 %	Zielwert erreicht
(7) Anteil der Frauen zwischen 30 und 50 Jahren, die in den sechs Provinzen, wo diese Gutscheine angeboten wird, eine Vorsorgeuntersuchung für Gebärmutterhalskrebs in Anspruch genommen haben	0	25 % der Frauen im Alter von 30 bis 50 Jahren in Einzugsgebieten, in denen Gebärmutterhalskrebs-Screening angeboten wird	31,8 % der Frauen in Einzugsgebieten haben ein Screening in Anspruch genommen.	Zielwert erreicht
(8) Anteil der Frauen mit pos. Screeningbefund Gebärmutterhalskrebs, die	0	70 % der Frauen mit einem positiven Befund	92 % der Frauen mit einem positiven Befund	Zielwert erreicht

³ Unklar ist, ob sich das Ziel auf ausgeteilte Gutscheine oder auf in Anspruch genommene Leistungen bezieht. Der Indikator wurde im Rahmen der EPE wie in der Tabelle dargestellt angepasst.
⁴ Der Outcome-Indikator bezieht sich auf die Gesundheitseinrichtungen, die am FZ-Gutscheinvorhaben teilnehmen und die Qualitätsstandards einhalten, die während des Vorhabens festgelegt wurden.

⁵ Die Daten für Indikatoren 3-5 stammen aus dem Modulvorschlag, der 2012 erstellt wurde; die Datenquelle ist unbekannt.

⁶ Cambodia Demographic and Health Survey

⁷ Für Indikator (3) bis (5) war die Datenlage zum Zeitpunkt der AK schwierig und teilweise waren die Daten des CDHS und des Health Information

System (HIS) widersprüchlich oder veraltet. Gemeinsam mit der Betrachtung der insgesamt positiven Trends zwischen 2010 und 2022 und der positiven Entwicklung bereits nach einem Jahr basierend auf den CDHS Daten, ist es plausibel anzunehmen, dass die Indikatoren teilweise oder vollumfänglich erfüllt wurden.

⁸ Die Daten für Indikatoren 3-5 stammen aus dem Modulvorschlag, der 2012 erstellt wurde; Die Datenquelle ist unbekannt.

⁹ Die Daten für Indikatoren 3-5 stammen aus dem Modulvorschlag, der 2012 erstellt wurde; Die Datenquelle ist unbekannt.

¹⁰ Health Information System, Daten nur bedingt vergleichbar mit CDHS

anschließende Kryotherapie¹¹
erhalten haben

Tabelle 1: Outcome-Zielerreichung
Quelle: wie angegeben

In den Phasen II und III (von August 2013 bis Dezember 2017) wurden insgesamt 362.683 Gutscheinhefte verteilt und 506.602 Coupons verwendet. Somit wurde das angestrebte Ziel des Indikator 1 übertroffen. Nach Projektabschluss konnten keine *voucher* mehr genutzt werden. Hinsichtlich Nutzung der durch *voucher* unterstützten Dienstleistungen ist jedoch zu berichten, dass alle im Rahmen des FZ-Vorhabens abgedeckten Dienstleistungen weiterhin für *ID Poor* im Rahmen vom HEF angeboten und bezahlt werden. Da das FZ-Vorhaben vorbereitend bzw. übergangsweise bis zur Einführung des HEF agierte und die *voucher* teilweise neue Dienstleistungen in den Projektregionen einführten, wird zum Zeitpunkt der EPE der Indikator auch weiterhin als erfüllt betrachtet.

Auch Indikator 2 ist hinsichtlich der Gesundheitseinrichtungen, die vorgegebene Qualitätsstandards umsetzen, zum Zeitpunkt des Projektabschlusses erfüllt worden. Am Ende der Projektlaufzeit wendeten 98 % der Gesundheitseinrichtungen die vorgegebenen Standards des FZ-Vorhabens an. Unter dem HEF, in den die *voucher*-Dienstleistungen integriert wurden, werden bis heute von der Regierung im Rahmen des Erstattungsprozesses regelmäßige Qualitätschecks vorgenommen. Somit wird auch dieser Indikator zum Zeitpunkt der EPE als erfüllt betrachtet.

Die Datenlage war zum Zeitpunkt des Projektabschlusses für Indikatoren 3-5 nicht eindeutig und Daten des *Cambodia Demographic and Health Survey* (CDHS) und des *Health Information System* (HIS) waren teilweise veraltet und widersprüchlich. Betrachtet man die aktuellen Daten des CDHS (2021/22) und den Trend zwischen 2010 und 2021/2022, bestätigen diese einen insgesamt positiven Trend für die Indikatoren zur Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge und Entbindungen in Gesundheitseinrichtungen, sowohl auf nationaler Ebene (fachlich begleitete Entbindungen (nationale Ebene): 78 % (2010), 93 % (2014), 99 % (2022); mindestens eine Schwangerschaftsvorsorge (nationale Ebene): 39 % (2000), 99 % (2022) als auch in den Projektprovinzen. Laut dem HIS wurde der angestrebte Zielwert für die Nutzung langfristiger Familienplanungsmethoden nicht immer erreicht, dennoch ist die Nutzung in allen Provinzen gestiegen.

Die Indikatoren 6, 7 und 8, die auf eine Verbesserung der Prävalenz und Behandlungen von chronischen Krankheiten abzielen, wurden sowohl für Katarakt wie auch Gebärmutterhalskrebs übertroffen. Die mangelnde Verfügbarkeit von vergleichbaren aktuellen Daten macht es schwer eine Aussage über den Status quo zum Zeitpunkt der EPE zu treffen. Da Katarakt mit der damals durchgeführten OP rückgängig gemacht werden konnte, halten hier die erzielten Ergebnisse auch zum Zeitpunkt der EPE weiter an: Die Kataraktprävalenz wurde durch das Vorhaben in den Interventionsprovinzen insgesamt um 34 % und die beidseitige Kataraktprävalenz um 56,5 % gesenkt. Das bedeutet, dass mehr als die Hälfte aller beidseitigen Kataraktfälle erfolgreich operiert wurden. Die Beteiligten berichteten, dass die Nachfrage nach Kataraktoperationen während der Durchführung des Vorhabens stark gestiegen ist. Außerdem berichteten die besuchten Augenkliniken von einer weiterhin stabilen Nachfrage, da andere Geber weiter in dem Bereich aktiv sind (z.B. China und Australien) und die Leistungen weiterhin vom HEF bzw. NSSF gezahlt werden.

Hinsichtlich der Maßnahmen im Bereich Gebärmutterhalskrebs wurden beide Indikatoren (7 & 8) zum Zeitpunkt der AK erfüllt: 31,8 % der Frauen zwischen 30 und 50 Jahren, die in den sechs Gutscheinprovinzen lebten, nahmen die *voucher* für eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch, die Positivrate lag bei 4,2 % und die Kryotherapie-Behandlungsrate der positiven Fälle bei 92 %. Da keine vergleichbaren aktuellen Daten zur Verfügung stehen, ist es nur schwer möglich eine Einschätzung zur Zielerreichung zu machen. Betrachtet man allerdings nationale Trends und Schätzungen der WHO zu Inzidenz und Sterblichkeitsraten, so ist ein insgesamt positiver Trend zwischen 2012 und 2022 auf nationaler Ebene festzustellen (altersstandardisierte Inzidenzrate: 23,8 pro 100.000 (2012; 1.512 Frauen erkranken jährlich), 15,2 pro 100.000 (2022; 1.274 Frauen jährlich) und Sterblichkeitsrate: 13,4 pro 100.000 (2012; 795 Frauen jährlich), 8,1 pro 100.000 (2022; 670 Frauen jährlich).

Für die Zielgruppe Menschen mit Behinderungen und eingeschränkter Mobilität, deckten die Gutscheine vor allem die Transportkosten ab, da die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen seit 2015 in Kambodscha kostenlos ist. Darüber hinaus wurden über das FZ-Vorhaben auch Sanierungsarbeiten an Gesundheitseinrichtungen finanziert, um die sanitären Einrichtungen und den physischen Zugang für Menschen mit eingeschränkter Mobilität zu verbessern (z. B. rollstuhlgerecht zu gestalten). Darüber hinaus bot das Vorhaben in Zusammenarbeit mit der GIZ auch finanzielle Unterstützung für Kinder mit Gaumenspalten und Klumpfuß an, damit ihre Betreuerinnen und Betreuer sie zur Behandlung ins nationale Kinderkrankenhaus bringen konnten. Insgesamt wurden 14.337 Gutscheine für Dienstleistungen zur Unterstützung von Menschen mit Behinderungen von der Zielgruppe genutzt. Es wurde kein Indikator für diese Zielgruppe in der Wirkungsmatrix aufgenommen. Dies scheint mit Blick auf die Vielzahl an Indikatoren und die verhältnismäßig kleinere Zielgruppe vertretbar.

¹¹ Kryotherapie am Gebärmutterhals ist eine Methode, um krankhafte Veränderungen, wie z.B. Krebsvorstufen oder Warzen, durch Vereisung zu entfernen.

Unter Berücksichtigung der Befragungen im Rahmen der Evaluierung und der starken positiven Wirkung, die der nationale Partner, das Gesundheitspersonal und die Begünstigten dem Gutscheinsprojekt zuschreiben, werden die Zielwerte als angemessen und die erzielten Erfolge des Vorhabens als beachtlich eingestuft.

8. Beitrag zur Erreichung der Ziele

Diese Ergebnisse sind sicherlich auf viele unterschiedliche Initiativen zurückzuführen, die in dieser Zeit im Bereich der reproduktiven Gesundheit durchgeführt wurden. Inwieweit das FZ-Vorhaben zu diesem positiven Gesamttrend bis heute beigetragen hat, lässt sich nur schwer beurteilen. Eine von der Forschungsorganisation *Population Council* durchgeführte Analyse belegt jedoch die Wirksamkeit des FZ-Gutscheinvorhabens: Indikatoren wie die Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge, Entbindungen in Gesundheitseinrichtung und die Anwendung langfristiger Familienplanungsmethoden haben sich in den Projektgebieten mit Gutscheinen deutlich stärker verbessert als in anderen Regionen ohne Gutscheine (Baseline 2010-2012; Endline 2012-2014)¹².

Im Rahmen des FZ-Vorhabens wurde erstmalig in Kambodscha ein systematisches Screening für Gebärmutterhalskrebs eingeführt - abgesehen von einem kleinen Pilotprojekt und vereinzelt Screenings, die größtenteils von der lokalen NRO RHAC durchgeführt wurden. Während der Projektdurchführung wurden 111.329 Frauen untersucht. Da Daten auf Provinzebene nicht verfügbar sind, wurde kein Vergleich mit Provinzen ohne Gutscheine durchgeführt. Das Gesundheitspersonal bestätigte im Rahmen von Befragungen während der Evaluierung, dass sie im Rahmen des Vorhabens gelernt haben, systematische Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen, und dass die Nachfrage nach Vorsorgeuntersuchungen und die Zahl der Überweisungen an Krankenhäuser stark gestiegen sind. Als Erfolgsfaktor wurde die wirksame Ansprache durch die *voucher promoter* und die gestiegene Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen in den Gesundheitszentren gesehen. Zusätzlich wurden die finanziellen Anreize in Form von Transportkostenerstattungen und sozialer Unterstützung (u.a. Lebensmittel, Babypaket) als Erfolgsfaktor genannt, die die Nachfrageseite effektiv stärkten.

9. Qualität der Implementierung

Das Vorhaben wurde laut interviewten Vertreterinnen und Vertretern der Partner, Gesundheitszentren und Patientinnen und Patienten sowie anderer Geber in insgesamt sehr guter Qualität gesteuert und koordiniert. Die Projektsteuerung durch das Gesundheitsministerium unterstützt von der *voucher management agency* (VMA) wird von den Beteiligten als agil, effizient und erfolgreich beschrieben. Positiv hervorzuheben ist die professionelle und sachgerechte Steuerung durch den Träger des Vorhabens und die hohe politische Unterstützung, die trotz der fragmentierten Geberlandschaft und der schnellen Veränderungen im Sektor während der Implementierung, eine zufriedenstellende Erreichung der Outputs ermöglichten. Der Wunsch der kambodschanischen Regierung Gutscheinvorhaben verschiedener Geber zu harmonisieren und in den HEF zu integrieren und die stetige agile Umsteuerung und Anpassung des FZ-Vorhabens durch das Gesundheitsministeriums, unterstützt von der VMA, trugen maßgeblich zu einer guten Abstimmung mit anderen Initiativen bei. Im Rahmen der Vorbereitungen von H-EQUIP und der Integration des HEF konnte gegenüber der Vorgängerphase die Einbindung in nationale Systeme verbessert und das Einfließen von Lernerfahrungen in einen harmonisierten Ansatz ermöglicht werden.

Die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen erfolgte vor allem durch die VMA, bestehend aus dem internationalen Consultant und NROs, die als Implementierungspartner agierten. Die Maßnahmen und Aktivitäten wurden laut Berichten der Partner, Gesundheitseinrichtungen und Begünstigten insgesamt in sehr guter Qualität implementiert: Qualität der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen hat sich durch Schulungen und Ausstattung zügig verbessert; Abrechnungen wurden fristgerecht beglichen; Nutzung ist stark angestiegen. Das Gesundheitspersonal wurde auf die Wichtigkeit eines verbesserten Patientinnen- und Patientenerlebnisses sensibilisiert. Gepaart mit u.a. Investitionen in die Infrastruktur und verbesserte Öffnungszeiten, die mit dem Beruf vereinbar sind, wurden die angebotenen Dienstleistungen gerne von der Zielgruppe genutzt. Das Targeting der Begünstigten erfolgte mit Hilfe der sehr effektiven lokalen Vertreterinnen und Vertreter, die *voucher promoter*, die gemeinsam mit den Dorfvorstehern und -vorsteherinnen Begünstigte in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet identifizierten und diesen dann Hausbesuche abstatteten, um zu informieren und sie aufzuklären. Das Vorhaben bezahlte *voucher promoter* nicht gemäß der verteilten Anzahl von Gutscheinen, sondern für genutzte Gesundheitsdienstleistungen die über Gutscheine erstattet wurden. So wurden die richtigen Anreize für ein effizientes und erfolgreiches Targeting in Phase II und III geschaffen.

10. Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Nicht-intendierte Wirkungen, positiv als auch negativ, sind nicht feststellbar. Das *Do-no-harm*-Prinzip wurde angemessen berücksichtigt.

Zusammenfassende Bewertung der Effektivität: **erfolgreich (2)**

Insgesamt hat das Gutscheinsystem erfolgreich dazu beigetragen, Anreize für die Nachfrageseite zu schaffen Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, und für die Angebotsseite die Gesundheitsdienstleistungen bereitzustellen. Die wichtigsten Erfolgsfaktoren

¹² Ergebnisse eines externen Monitorings verschiedener Vouchervorhaben durch den Population Council. Präsentation: Bellows, B. W. (2015). The impact of voucher programs on demand and supply of reproductive health services: A cross country comparison.

auf der Nachfrageseite sind die Werbung in der Gemeinde durch die *voucher promoter* (sehr wirksame Zielgruppenansprache) und die finanziellen Anreize in Form von Transportkostenerstattungen und sozialer Unterstützung (u.a. Lebensmittel, Babypaket). Die wichtigsten Erfolgsfaktoren auf der Angebotsseite sind die verbesserte Qualität der Dienstleistungen (durch Schulungen und Ausstattung) und das verbesserte Patientinnen- und Patientenerlebnis (durch die Freundlichkeit des Gesundheitspersonals, Investitionen in die Infrastruktur, Öffnungszeiten, die mit dem Beruf vereinbar sind, usw.) sowie eine effiziente und transparente Bearbeitung der Erstattungsanträge für geleistete Gesundheitsdienste. Es ist plausibel anzunehmen, dass das FZ-Vorhaben einen Beitrag zur Zielerreichung geleistet hat, gleichzeitig lässt sich der Beitrag des Vorhabens nicht quantifizieren, da parallel weitere Initiativen nicht zuletzt der HEF ebenfalls darauf einzahlen. Die Effektivität wird daher als erfolgreich eingestuft.

Effizienz

11. Produktionseffizienz

Das FZ-Gutscheinvorhaben hat Effizienzen in der II. und III. Phase im Vergleich zur ersten Phase steigern können, da das Gutscheinsystem bereits eingeführt, die VMA aufgebaut und Lernerfahrungen umgesetzt wurden. So konnten in Phase II & III die Kosten für Consultingleistungen von 61 % auf 34 % der Gesamtkosten deutlich gesenkt werden, jedoch nicht wie im Mid-Term-Review der ersten Phase angekündigt, auf rd. 20 %. Die Kosten für die Verwaltung des Gutscheinsystems sind nicht klar zu trennen von sonstigen Consultingkosten. Eine Einschätzung zur Angemessenheit der Verwaltungskosten im Vergleich mit anderen Gutscheinvorhaben zu geben ist schwierig, da Verwaltungskosten nicht einheitlich berechnet werden (Bellows et al., 2013)¹³. Allerdings sollten laut einer Studie, die 28 Gutscheinvorhaben untersucht hat, Verwaltungskosten zwischen 10 % und 15 % angestrebt werden bzw. möglich sein, sobald die anfänglichen Aufbaukosten des Systems nicht mehr anfallen. Mit Blick auf diese Zahlen schneidet das Vorhaben sicherlich nicht optimal ab, insbesondere da die VMA nach Implementierungsabschluss aufgelöst wurde.

Den hohen Kosten stehen allerdings eine effiziente Implementierung und eine insgesamt erfolgreiche Zielerreichung auf Output-Ebene entgegen. Die Gutscheinabrechnung geschah pünktlich und unkompliziert. Das Management Information System stellte eine genaue Verfolgung der verteilten und genutzten *voucher* sicher. Das interviewte Gesundheitspersonal berichtete, dass der *pay-for-performance*-Ansatz ihre Motivation gesteigert und zur Effizienz beigetragen habe. In den meisten Gesundheitseinrichtungen wurden Arme und vulnerable Gruppen zum ersten Mal als attraktive Patientinnen und Patienten gesehen. Befragtes Personal beschrieb das Vorhaben als erste und wichtige Sensibilisierungsmaßnahme, um nachhaltig kundenorientierter zu werden (u.a. im Hinblick auf freundliche Behandlung, bessere Öffnungszeiten).

Die verbesserte Kundenorientierung gepaart mit den finanziellen Anreizen und dem außerordentlich effizienten Targeting durch die *voucher promoter* waren elementar für die starke Erhöhung der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere von Vorsorgeuntersuchungen. Viele Patientinnen und Patienten waren es gewohnt nur mit starken Symptomen zum Arzt zu gehen. Die Sensibilisierungskampagnen zu den Risikogruppen für Gebärmutterhalskrebs motivierten viele Frauen, ohne oder nur mit schwachen Symptomen zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen. So konnten sie rechtzeitig behandelt werden. Des Weiteren wurde zur Steigerung der Effizienz des Referenzsystems beigetragen, da Frauen zur Geburt vermehrt in Gesundheitszentren anstelle von Krankenhäusern gingen. Die *voucher promoter* machten 2-3 % der Gesamtkosten aus. Alle Befragten nannten die *voucher promoter* als ein entscheidendes Element für die erfolgreiche Umsetzung des Vorhabens. Angesichts der positiven Auswirkung auf die erzielten Outputs und Outcomes, verbunden mit relativ niedrigen Kosten war das *voucher promoter*-Konzept effizient.

12. Allokationseffizienz

Die Verwendung eines parallellaufenden Gutscheinsystems mit eigener Gutscheinverwaltungsagentur war somit auch in Phase II & III mit erheblichen Consulting-Kosten verbunden (34 % der Gesamtinvestition). Da die Partner allerdings zu dem Zeitpunkt der Implementierung bereits den HEF als nationales System ausgewählt hatten und ein Kapazitätsaufbau beim Partner durch die Weltbank zwar geplant, aber noch nicht weit fortgeschritten war, ist die Entscheidung auch in Phase II & III die bereits aufgebaute und effiziente VMA weiter zu nutzen, nachvollziehbar. Der Vergleich von Gutscheinvorhaben zeigt, dass der Einsatz von VMA eine wertvolle Alternative für eine wirksame Umsetzung sein kann (Bellows et al., 2013), so können Drittverwaltungsagenturen für schlechte Leistungen sanktioniert werden und haben in Vorhaben gezeigt, dass sie auf die sich verändernden Programmerfordernisse effizient reagieren können. Das hat sich auch im FZ-Vorhaben besonders mit der stetigen Ausweitung des HEF und den erforderlichen Anpassungen gezeigt.

Eine Studie zeigt, dass die erzielten Wirkungen durch eine Kombination aus sich ergänzenden *Health Equity Funds*, Gutscheinen und Leistungsanreizen im Vergleich größer sind als isolierte Maßnahmen (Ir et al., 2010)¹⁴. Das spricht für die Wahl, im damaligen

¹³ Bellows, B. W., Conlon, C. M., Higgs, E. S., Townsend, J. W., Nahed, M. G., Cavanaugh, K., Grainger, C. G., Okal, J., & Gorter, A. C. (2013). A taxonomy and results from a comprehensive review of 28 maternal health voucher programmes. Population Council, Nairobi, Kenya; USAID, Washington, DC, USA; National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Bethesda, MD, USA; Options Consultancy Services Ltd., London, UK; Instituto Centro-Americano de la Salud, Nicaragua.

¹⁴ Ir, D., Horemans, N., Souk, W., & Van Damme, W. (2010). Using targeted vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: A case study in three

Kontext den effizienten voucher-Ansatz angepasst und komplementär zu dem HEF bis zur Integration weiterzuführen (siehe auch unter Nachhaltigkeit). So konnte durch das komplementäre FZ-Vorhaben die Zielgruppe des HEF beispielsweise um *Near Poor* und andere vulnerable Gruppen ergänzt werden, bevor der HEF bereit war eine breitere Zielgruppe abzudecken. Durch diese Ausweitung der Begünstigten wurden die Ressourcen effizient denjenigen zugewiesen, die den größten Bedarf und den größten Nutzen hatten.

Zusammenfassende Bewertung der Effizienz: eingeschränkt erfolgreich (3)

Das Vorhaben wurde insgesamt kosteneffizienter als die erste Phase umgesetzt, allerdings konnten die Kosten nicht auf das angestrebte Niveau reduziert werden. Eine abschließende Bewertung der Kosten-Nutzen Relation kann aufgrund des erschwerten Vergleichs mit ähnlichen Ansätzen nicht eindeutig getroffen werden. In dem damaligen Kontext ist es nachvollziehbar, warum statt der Stärkung einer Partnerstruktur die parallele, kostenintensivere VMA-Struktur weiter genutzt wurde. Das Vorhaben musste sich an ständig veränderte Rahmenbedingungen anpassen, was maßgeblich durch die effiziente Implementierung der VMA gelungen ist. Dadurch konnte das Vorhaben erfolgreich und komplementär zum HEF Wirkung erzielen bzw. die Wirkungen des HEF positiv verstärken (Additionalität). Insgesamt gibt es bei der Effizienz einen trade-off zwischen hohen Kosten für die Nutzung der VMA und guter Effizienz in der Implementierung. Die Effizienz des Vorhabens wird insgesamt als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Impact

13. Übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen

Im Rahmen der EPE wurde das Ziel (Impact-Ebene) der Vorhabenprüfung übernommen: Die arme und vulnerable Bevölkerung ist gesünder und wird durch die Nutzung qualitätsgesicherter Gesundheitsleistungen finanziell weniger belastet

Die schwierige Datenlage macht es leider nicht möglich den Gesundheitszustand und finanzielle Entlastung aller Zielgruppen des Vorhabens im Einzelnen zu überprüfen. Besonders herausfordernd ist es belastbare Daten hinsichtlich der Entwicklung der „katastrophalen Gesundheitsausgaben“ zu finden. Zielwerte wurden für die Indikatoren größtenteils nicht festgelegt und es ist nicht möglich diese rückwirkend abzuleiten. Für die EPE wurden daher Daten aus einer Studie und nationale Trends des CDHS und der WHO als Proxys herangezogen, um die Zielerreichung zu bewerten (siehe Erläuterungen unterhalb der folgenden Tabelle). Für die Beurteilung der Erreichung vulnerabler Gruppen werden außerdem HEF-Daten betrachtet, da das FZ-Vorhaben vorbereitend für die nationale Ausweitung war und die Zielgruppen und Leistungen anschließend in den HEF integriert wurden.

Zur Messung des Impact-Ziels wurden folgende Indikatoren herangezogen/keine Indikatoren festgelegt.

Indikator	Status bei Prüfung	Zielwert bei EPE (Prüfung)	Istwert bei AK	Istwert bei EPE
(1) Häufigkeit von katastrophalen Gesundheitsausgaben für arme und vulnerable Bevölkerungsgruppen in Kambodscha	4,9 % der Haushalte	4,4 % der Haushalte (Rückgang um 10 %)	n/a	Zielwert teilweise erreicht
(2) Anteil der vulnerablen Gruppen, die über einen Mechanismus abgesichert sind und ihren Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen decken können	n/a	n/a	n/a	+30 % ID-Poor Nutzende (HEF 2023) Zielwert erreicht
(3) Müttersterblichkeit (pro 100.000 Lebendgeburten)	206 (CDHS, 2010)	n/a	n/a	154 (CDHS, 2022) Zielwert erreicht
(4) Neugeborenensterblichkeit (pro 1.000 Lebendgeburten)	27 (CDHS 2010)	n/a	n/a	8 (CDHS, 2022)
(5) Säuglingssterblichkeit (pro 1.000 Lebendgeburten)	45 (CDHS, 2010)	n/a	n/a	12 (CDHS, 2022)
(6) Ergänzend zu den oben genannten Indikatoren für die EPE: Rückgang Gebärmutterhalskrebs Sterblichkeitsrate ¹⁵ (pro 100.000)	13,4 (WHO, 2010)	n/a	n/a	8,1 (WHO, 2022)

Tabelle 2: Impact-Zielerreichung

Quelle: siehe Angaben

Bezüglich einer Einschätzung zum Indikator 1: Die finanzielle Entlastung der einzelnen Zielgruppen zum Zeitpunkt der EPE (2025) zu überprüfen ist aufgrund der schwierigen Datenlage unmöglich. Eine Studie¹⁶ zeigt, dass die Inzidenz von katastrophalen Gesundheitsausgaben zwar nicht um 10 % bis zum Projektende aber dennoch gesunken ist: Die Inzidenz katastrophaler Gesundheitsausgaben (10 % der THCE¹⁷)¹⁸ lag 2009 bei 19,1 %, 2014 bei 13,3 % und 2017 bei 13,1 %. Dieser Trend findet sich auch in den Daten, wenn man Menschen in ländlichen Gebieten (21 % (2009), 14,9 % (2017)), im Einkommens-Quintil 4 (23,3 % (2009), 14,2 % (2017)) und 5 (20,5 % 2009, 15,2 % 2017) betrachtet. Eine Minderung der Ausgaben für Gesundheitskosten der Zielgruppen scheint in den Projektregionen plausibel, basierend auf geführten Interviews mit Begünstigten. Wir schätzen es somit als plausibel ein, dass Indikator 1 teilweise erfüllt wurde während der Projektlaufzeit. Die Studie zeigt seit 2019, dass die Inzidenz wieder gestiegen ist (Durchschnitt 17,7 % (2019)). Aktuellere Daten sind für eine abschließende Bewertung zum Zeitpunkt der EPE nicht verfügbar.

Ergänzend kann für die Bewertung auch der Trend von privaten Aufwendungen für Gesundheitsausgaben (*out-of-pocket-expenditures*, OOPe) betrachtet werden. Dies ist zwar ein anderer Indikator als ursprünglich bei Projektprüfung gewählt und weniger aussagekräftig hinsichtlich der finanziellen Belastung von vulnerablen Haushalten, aber der ansteigende Trend laut Weltbank-Daten von 2016 (Anteil von OOPe für Gesundheitsausgaben 56 %) bis 2019 (64 %), und dann wieder nach einem kurzen Abfall auf 55 % im Jahr 2020 auf 61 % im Jahr 2022, könnte ein Hinweis auf vorhandene und ansteigende versteckte bzw. nicht vom durch den HEF abgedeckten Kosten sein. Gleichzeitig könnte dies auch auf die weiterhin bestehende Präferenz hindeuten, bevorzugt private Einrichtungen¹⁹ zu nutzen, die zwar im FZ-Vorhaben, nicht aber vom HEF berücksichtigt werden. Die Qualität von privaten Gesundheitseinrichtungen gilt bis heute oftmals als besser als die Qualität öffentlicher Einrichtungen. In Interviews berichteten die

¹⁵ WHO International Agency for Research on Cancer: Cancer Today (iarc.fr)

¹⁶ Kaiser, A. H., Okorafor, O., Ekman, B., Chhim, S., Yem, S., Sundewall, J. (2023). Assessing progress towards universal health coverage in Cambodia: Evidence using survey data from 2009 to 2019.

¹⁷ THCE: Total household consumption expenditure

¹⁸ Kaiser, A. H., Okorafor, O., Ekman, B., Chhim, S., Yem, S., Sundewall, J. (2023). Assessing progress towards universal health coverage in Cambodia: Evidence using survey data from 2009 to 2019.

¹⁹ Hier geht es um kleine private *clinics*, die oftmals in Räumen in Privathäusern betrieben werden.

Partnerregierung und Geber besorgt über die Entwicklungen von privaten Aufwendungen für Gesundheitsausgaben und nannten die vorgenannten Vermutungen für einen Anstieg als mögliche Ursachen. Abschließend wird der Indikator als teilweise erfüllt eingestuft, da der positive Trend der Studie die Annahmen der Wirkungslogik des voucher-Ansatzes zum Zeitpunkt des Projektabschlusses und der positiven Wirkungen, die die Begünstigten dem Projekt zuschreiben, bestätigen.

Hinsichtlich des Indikator 2, wurde ein erheblicher Anstieg an HEF-Begünstigten von 2014 bis 2017²⁰ und der Inanspruchnahme qualifizierter Gesundheitsdienste verzeichnet. Die Daten des FZ-Vorhabens zeigen eine gute Nutzung der Gutscheincoupons und zwischen 2016 und 2023 hat sich die Anzahl der ID Poor, die unter dem HEF abgesichert sind um 30 % erhöht. Die vom HEF erstatteten Dienstleistungen (für alle Begünstigten insgesamt), die in Krankenhäusern und Gesundheitszentren erbracht wurden, stieg im selben Zeitraum um 29 % an. Der Anteil an abgesicherten Menschen im Krankheitsfall ist somit während der Projektumsetzung und im Anschluss daran gestiegen und der Indikator kann als erfüllt betrachtet werden.

Die Indikatoren 3-6 zum Rückgang der Müttersterblichkeit, der Säuglingssterblichkeit, der Neugeborenensterblichkeit, sowie der Sterblichkeitsraten für Gebärmutterhalskrebs wurden auf Basis der nationalen Trends gemäß WHO zwischen 2012 und 2022 als erfüllt bewertet.

14. Beitrag zu übergeordneten intendierten entwicklungspolitischen Veränderungen

Insgesamt bestätigen die Daten aber auch die Berichte von Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitsministeriums und des National Maternal and Child Health Center (NMCHC), von Gesundheitspersonal und ehemaligen Gutscheinnutzenden und -nutzern die positiven Wirkungen des FZ-Vorhabens:

Für Indikator 1, der die katastrophalen Gesundheitsausgaben misst, sind Daten nicht systematisch verfügbar. Eine Studie bestätigt allerdings einen Rückgang auf nationaler Ebene und in ländlichen Gebieten während der Vorhabendurchführung von 2014 bis 2017. Der Rückgang ist geringer als 10 % aber die Studie²¹ suggeriert eine positive Tendenz. Es ist plausibel, dass das FZ-Vorhaben hierzu einen Beitrag geleistet hat.

Zu Indikator 2: Während der Implementierung des Vorhabens nahm die Anzahl von Menschen, die von einem System der Absicherung im Krankheitsfall profitieren konnten in Kambodscha insgesamt zu, durch verschiedene Ansätze, insbesondere den HEF. Die unter HEF in Anspruch genommenen qualifizierten Gesundheitsdienste nahmen erheblich zu (Jithitkulchai et al., 2021²⁰; Daten der Weltbank). Die Daten des FZ-Vorhabens zeigen eine sehr frequentierte Nutzung der mit Gutscheinen bezahlten Leistungen. Das FZ-Gutscheinvorhaben konnte bereits Menschen absichern, bevor der HEF vollumfänglich ausgerollt wurde. Es ist plausibel, dass das Vorhaben so zur Erfüllung des Indikators beitragen hat.

Zu Indikatoren 3) - 6): Was die Gesundheit von Frauen, Müttern und Kindern betrifft, so bestätigen die CDHS-Daten den anhaltenden und bemerkenswerte positiven Trend. Das NMCHC schreibt dem FZ-Vorhaben einen signifikanten Beitrag zur Verringerung der Sterblichkeit zu.

Die große Anzahl verschiedener Absicherungs- und Finanzierungsmechanismen, die zum Zeitpunkt der Umsetzung in Kambodscha nebeneinander bestanden, macht es schwierig, einzelne Wirkungen dem FZ-Vorhaben eindeutig und quantifiziert zuzuordnen. Die parallellaufenden Maßnahmen waren in Phase II & III beabsichtigt, da das FZ-Vorhaben die Aktivitäten und Wirkungen des HEF ergänzen sollte. Das FZ-Gutscheinvorhaben fokussierte sich deshalb auf nachfrageseitige Kosten und Dienstleistungen mit einem Schwerpunkt unterhalb der Krankenhausebene und bezog auch private Gesundheitseinrichtungen mit ein, bis der HEF auch auf die Ebene der Gesundheitszentren ausgeweitet werden konnte. Alle im Rahmen der Evaluierung befragten Gruppen bestätigten einen erheblichen Anstieg der Inanspruchnahme von Dienstleistungen während der Vorhabendurchführung. Dies deckt sich mit einem Teil der Literatur zu den Wirkungen und qualitativen Studien, die darauf hindeuten, dass *Health Equity Funds*, Gutscheine und leistungsabhängige Finanzierung einen positiven Einfluss auf den Zugang zu und Nutzung von Dienstleistungen haben, insbesondere für Arme (Flores et al., 2013²²; Noirhomme et al., 2007²³; Ir et al., 2010¹⁴, Soeters und Griffiths, 2003²⁴ und Jithitkulchai et al., 2021²⁰). Für die Provinzen, in denen das Vorhaben umgesetzt wurde, berichten die NMCHC-Vertreterinnen und -vertreter und die besuchten Gesundheitsämter der Provinzen (*Provincial Health Departments*), dass das FZ-Vorhaben erheblich zur Verringerung der Sterblichkeitsrate von Frauen, Müttern und Neugeborenen beigetragen hat. Es ist plausibel anzunehmen, dass die gemeinsamen Anstrengungen verschiedener Maßnahmen, inklusive des FZ-Vorhabens, und die steigende Nutzung von qualifizierten

²⁰ Jithitkulchai, T., Feldhaus, I., Bauhoff, S., & Nagpal, S. (n.d.). Health Equity Funds as the pathway to universal coverage in Cambodia: Care seeking and financial risk protection.; & Weltbank Daten

²¹ Kaiser, A. H., Okorafor, O., Ekman, B., Chhim, S., Yem, S., Sundewall, J. (2023). Assessing progress towards universal health coverage in Cambodia: Evidence using survey data from 2009 to 2019.

²² Flores, G., Ir, P., Men, C. R., O'Donnell, O., & van Doorslaer, E. (2013). Can vouchers deliver? An evaluation of subsidies for maternal health care in Cambodia. Bulletin of the World Health Organization, 91(5), 331–339. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.110015>

²³ Noirhomme, M., Meessen, B., Griffiths, F., Ir, P., Jacobs, B., Thor, R., & Van Damme, W. (2007). Improving access to hospital care for the poor: Comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. Health Policy and Planning, 22(4), 246–262.

²⁴ Soeters, R., & Griffiths, F. (2003). Improving government health services through contract management: A case from Cambodia. Health Policy and Planning, 18(1), 74–83. <https://doi.org/10.1093/heapol/18.1.74>

Gesundheitsdienstleistungen finanziert durch *voucher* einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit geleistet und zu einer finanziellen Entlastung der Begünstigten beigetragen haben.

Insgesamt zeichnet sich das Vorhaben – soweit bewertbar – durch eine gute entwicklungspolitische Additionalität aus. Die Entwicklung hinsichtlich der entwicklungspolitisch angestrebten Wirkungen wäre aller Voraussicht nach aufgrund der Eigenanstrengungen des Partners und aufgrund der nationalen Ausweitung des HEF zwar in die gleiche positive Richtung erfolgt, jedoch in geringerem Umfang und bei niedrigerer finanzieller Entlastung. Auch die gesammelten Erfahrungen hinsichtlich erprobter Prozesse, die während der Integration in den HEF zum Tragen kamen, sprechen für den additionalen Charakter.

15. Beitrag zu übergeordneten nicht-intendierten entwicklungspolitischen Veränderungen

Übergeordnete nicht intendierte entwicklungspolitische Veränderungen sind nicht feststellbar.

Zusammenfassende Bewertung des Impacts: erfolgreich (2)

Eine Bewertung der entwicklungspolitischen Wirkung muss die sich überschneidenden und interagierenden Interventionen berücksichtigen. Es ist dabei wichtig zu beachten, dass die Wirkungen auf der Impact-Ebene aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren nicht direkt oder ausschließlich dem Projekt zugeschrieben werden können. Insgesamt kann aufgrund der positiven Entwicklung aller Indikatoren und der plausiblen Wirkungslogik davon ausgegangen werden, dass das Vorhaben überwiegend positive entwicklungspolitische Wirkungen erzielt hat, auch wenn die Datenlage und die Problematik der Zurechnung keine belastbaren Schlussfolgerungen zulassen. Die übergeordnete entwicklungspolitische Wirkung wird daher insgesamt als erfolgreich bewertet.

Nachhaltigkeit

16. Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Das Gutscheinvorhaben hat auf allen Ebenen, beim Projektträger dem *Ministry of Health* (MoH) und dessen nationalen und provinziellen Repräsentanten und Repräsentantinnen und den beteiligten Krankenhäusern bis hin zu den Gesundheitszentren in ländlichen Gebieten, eine sehr gute Reputation erlangt und wird bis auf die hohe politische Ebene als zentrales Projekt zur Förderung des Gesundheitssektors anerkannt. Trotz budgetärer Engpässe ist eine starke *Ownership* seitens der kambodschanischen Partner wahrnehmbar den Gesundheitssektor weiter voranzubringen und die Zielgruppe des FZ-Vorhabens im Krankheitsfall weiterhin und mit einem stetig wachsenden Budget abzusichern. Die Integration des Gutscheinsansatzes in den HEF zur Etablierung eines einheitlichen nationalen Systems wird von dem Träger als insgesamt erfolgreich bewertet und damit wurden gute Rahmenbedingungen für die längerfristige Aufrechterhaltung der positiven Wirkungen des FZ-Vorhabens geschaffen.

Vor dem Hintergrund der Haushaltssituation in Kambodscha werden Gesundheitsdienstleistungen auf absehbare Zeit weiterhin von externer Unterstützung abhängig bleiben, allerdings hat das FZ-Gutscheinvorhaben einen Beitrag geleistet, der Regierung mehr Zeit einzuräumen ihren Finanzierungsanteil im Gesundheitssektor im Rahmen der verfügbaren Kapazitäten weiter zu erhöhen. Durch die Integration in den HEF und die gleichzeitige Fortsetzung der Unterstützung der FZ im Rahmen von H-EQUIP wurde ein reibungsloser Übergang und eine allmähliche Erhöhung des finanziellen Beitrags der Regierung (von anfänglichen 20 % auf aktuell 60 %) mit ermöglicht.

Auf Ebene der beteiligten Gesundheitseinrichtungen und der *voucher promoter* scheint ein hohes Interesse zu bestehen, positive Wirkungen längerfristig aufrechtzuerhalten. Alle im Rahmen des Gutscheiprojektes eingeführten Gesundheitsdienstleistungen werden weiterhin angeboten und es fanden seit Projektende auch laut interviewtem Gesundheitspersonal keine Entlassungen aus budgetären Gründen statt. Das Erlernte in Schulungen findet weiterhin Anwendung und wird neuem Personal seit dem Projektende weitergegeben. Die Leitung von Gesundheitseinrichtungen wird weiterhin von dem MoH im Bereich gutes Management, Kundenorientierung und -zufriedenheit im Rahmen von wöchentlichen Seminaren und Austauschformaten unterstützt. Für die weiterführende Stärkung der Nachfrageseite, ist für die Gesundheitseinrichtungen der Wegfall der bezahlten *voucher promoter* seit Projektende herausfordernd. Obwohl ein paar Gesundheitszentren berichten, dass sie versuchen mit dem eigenen Personal weiterhin Aufklärungsarbeit zu betreiben, ist fehlende Zeit und Budget ein signifikantes Hindernis diese Aktivitäten im benötigten Umfang umzusetzen. Die ehemaligen *voucher promoter* sind überwiegend noch in den Projektgebieten und das Aufklärungswissen ist immer noch abrufbereit, wie sich in Gesprächen zeigte. Wenn angesprochen informieren sie auch noch Patienten und Patientinnen über Gesundheitsrisiken und -leistungen und sofern ihnen bekannt über die neuen Absicherungsmechanismen (HEF, NSSF, Karte für vulnerable Gruppen, etc.). Seit Projektende wurde für Promotionsaktivitäten seitens der Partnerregierung kein ausreichendes Budget eingeplant, obwohl sie von allen Beteiligten als essenziell für eine hohe Nutzung der Dienstleistungen identifiziert wurden. Sowohl das Gesundheitspersonal als auch die ehemaligen *voucher promoter* zeigen sich motiviert und sind grundsätzlich in der Lage die Promotionsaktivitäten weiterzuführen und so die erzielten Wirkungen aufrechtzuerhalten bzw. zu reaktivieren, sind aber weiterhin von externer finanzieller Unterstützung abhängig.

Auf Ebene der Zielgruppe, zeigten Gespräche, dass die ehemaligen Patientinnen und Patienten nachhaltig ihr Verhalten im Krankheitsfall verändert haben. Seit dem Projekt gehen sie bei Symptomen zu den Gesundheitszentren, um sich behandeln zu lassen und gehen davon aus, dass keine Behandlungskosten anfallen werden. Dies trifft auch für befragte Patienten und Patientinnen zu, die sich aktuell nicht sicher waren über ihren Versicherungsstatus, aber sie berichteten von einer empfundenen Sicherheit, dass sie nicht zahlen müssen, wenn sie es nicht können. Dies wurde auch von allen interviewten Gesundheitseinrichtungen bestätigt. Hinsichtlich Vorsorgeuntersuchungen scheinen die Effekte auf Verhaltensmuster eher nicht nachhaltig zu sein. Sofern sich die Patientinnen und Patienten nicht krank fühlen, gehen sie auch nicht zu Vorsorgeuntersuchungen wie z.B. für Gebärmutterhalskrebs. Ähnlich wie in den meisten Ländern ist es vor allem die Vorsorge, die aktiv vom Staat beworben werden muss, um die Nachfrage sicherzustellen. Es scheint, dass das Vorhaben einen nachhaltigen Beitrag zur Resilienzstärkung der Zielgruppen auch hinsichtlich Behandlungen im Krankheitsfall geleistet hat. Basierend auf den Berichten der Beteiligten scheint der nachhaltige Beitrag hinsichtlich Vorsorgeuntersuchungen ohne anhaltende Promotionsaktivitäten, wenig überraschend, eher eingeschränkt.

17. Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Das FZ-Gutscheinvorhaben hat einen Beitrag geleistet, der Regierung mehr Zeit einzuräumen ihren Finanzierungsanteil im Gesundheitssektor im Rahmen der verfügbaren Kapazitäten stetig zu erhöhen. Ein abruptes Ende des FZ-Vorhabens ohne ein ablösendes System, wäre für die kambodschanische Regierung herausfordernd gewesen. Durch die Integration in den HEF und die gleichzeitige Fortsetzung der Unterstützung der FZ im Rahmen von H-EQUIP wurde ein reibungsloser Übergang und eine allmähliche Erhöhung des finanziellen Beitrags der Regierung ermöglicht. Die kambodschanische Regierung hat die Finanzierungen des HEF von anfänglichen 20 % auf aktuell 60 % anheben können.

Das Projektteam des FZ-Vorhabens war Teil der vom Gesundheitsministerium geleiteten Arbeitsgruppe, die die Nationalen Leitlinien für das Leistungspaket und den Zahlungsmechanismus des HEF ausarbeitete. Zu den wichtigsten vorhabenbezogenen Erfolgen bei der Entwicklung der Leitlinien, die 2018 validiert wurden, gehören:

- Aufnahme spezifischer Leistungspakete für Gebärmutterhalskrebs-Screening- und -Behandlungsdienste und damit verbundene wesentliche Zahlungen an die Gesundheitseinrichtungen für die Erbringung dieser Dienste; und
- Rationalisierung der Beförderungsentgelte auf einen Pauschalbetrag, um den Verwaltungsaufwand zu verringern und das Verständnis und die Nutzung durch die Kunden zu verbessern.

Am Ende des Vorhabens hat die VMA die Datenbank und Empfehlungen an das Team des Gesundheitsministeriums übergeben, das für die Bearbeitung der Anträge und die Qualitätssicherung innerhalb des HEF zuständig ist. Nach der Übergabe stellte die VMA ihre Arbeit planmäßig ein. Die Nutzung einer effizienten und flexiblen Verwaltungsstruktur trug zum Sammeln wichtiger Erfahrungen und *lessons learned* bei (siehe auch unter Effizienz). Da die parallellaufende VMA selbst seit 2018 nicht mehr existiert, trug sie bestenfalls indirekt zur Stärkung nachhaltiger Kapazitäten bei.

Das befragte Gesundheitspersonal hat bestätigt, dass bis heute alle mit den Gutscheinen abgedeckten Leistungen erbracht werden, dass ihr Einkommen zum Großteil aus den Besuchen von HEF- und NSSF-Empfängern stammt und dass nach dem Ende des Vorhabens kein Personal entlassen worden ist. Der Übergang von Gutscheinen zum HEF wurde in den Gesundheitseinrichtungen als reibungslos empfunden, obwohl die Bearbeitung der Anträge im Rahmen des FZ-Vorhabens im Vergleich zum HEF/H-EQUIP als insgesamt effizienter beschrieben wurde (hierbei bezogen sich die Befragten vor allem auf neuere Leistungen aus Förderprogrammen für nichtübertragbare Krankheiten wie z.B. Diabetes und Bluthochdruck). Das befragte Gesundheitspersonal bestätigt, dass das in Trainings neu erlernte Wissen, wie z.B. systematisches Screening auf Gebärmutterhalskrebs, auch heute noch abrufbar ist.

Im Rahmen der *voucher promoter*-Kampagnen wurde die Zielgruppe mit Informationen zu ihren Rechten und den angebotenen Gesundheitsdienstleistungen versorgt. Befragte Begünstigte berichteten, dass sie weiterhin zu Gesundheitszentren gehen, wenn sie sich krank fühlen oder schwanger sind. Sie wissen auch welches Regierungsprogramm die Kosten übernimmt (z.B. HEF, NSSF oder die Karte für vulnerable Gruppen) oder haben die Erwartungshaltung, dass selbst wenn sie es nicht wissen, die Kosten nicht von ihnen oder nur in Anteilen getragen werden müssen. Die Sensibilisierungsmaßnahmen hinsichtlich Vorsorgeuntersuchungen scheinen dagegen keinen anhaltenden Effekt zu haben und sollten regelmäßig wiederholt werden (siehe auch unter Effektivität).

18. Dauerhaftigkeit der Wirkungen

Insgesamt war das Projektkonzept nicht darauf angelegt, Strukturen zu schaffen, die auch nach Auslaufen des Vorhabens erhalten bleiben, sondern Lernerfahrungen und erprobte Prozesse in den HEF zu integrieren. Die Nachhaltigkeit ist somit mit der Integration in den HEF bedacht worden. Wenngleich es kein Konzept gab für Dienstleistungen oder die Zielgruppen, die nicht direkt vom HEF abgedeckt waren, bestehen zum Zeitpunkt der Evaluierung für alle Zielgruppen und Dienstleistungen des FZ-Vorhabens vergleichbare Ansätze zur Absicherung im Krankheitsfall durch den HEF und zusätzliche Regierungsprogramme.

Die Integration ist insgesamt erfolgreich verlaufen und die Zahl an HEF-Begünstigten ist seither stetig gewachsen. Alle im Rahmen des FZ-Gutscheinvorhabens eingeführten und abgedeckten Dienstleistungen und die gezahlte Unterstützung (z.B. Transportkosten) werden unter dem HEF weiterhin angeboten und Leistungspakete wurden teilweise erweitert.

Das befragte Gesundheitspersonal beschreibt den Übergang von Gutscheinen zu HEF als reibungslos und war zufrieden mit den Erstattungssummen (teilweise höher je erbrachte Dienstleistung als im Gutscheinvorhaben). Die Sorge, dass es zu Personalentlassungen nach Projektende kommen könnte, hat sich nicht bestätigt. Auch der Erstattungsprozess für die durch *voucher* bezahlten Dienstleistungen wurde als ähnlich effizient beschrieben nach Abschluss des Vorhabens. Geäußerte Kritik an langsamen, intransparenten Prozessen zielten vor allem auf Dienstleistungen, die seit Abschluss des FZ-Vorhabens hinzugekommen sind (z.B. Screening und Behandlung von nichtübertragbaren Krankheiten wie Bluthochdruck und Diabetes).

Im Hinblick auf Verhaltensänderungen auf der Angebotsseite wurde das FZ-Vorhaben vom Gesundheitspersonal auf Ebene der Gesundheitszentren als Startpunkt beschrieben kundenorientierter zu werden. Das FZ-Vorhaben machte arme und vulnerable Menschen in den Umsetzungsregionen erstmalig zu attraktiven Patientinnen und Patienten. Die Regierung hat seit Projektende weiterhin ein verstärktes Augenmerk auf das Management und Patientinnen- und Patientenorientierung gelegt. Das Gesundheitspersonal ist sich bewusst, wie wichtig es ist, ein positives Patientinnen- und Patientenerlebnis zu schaffen. Insgesamt war der physische Zustand der besuchten Gesundheitseinrichtungen gut.

Die Zielgruppe der *voucher* und des HEF deckte sich anfangs nicht. Die Befürchtung, dass die vulnerablen Gruppen außerhalb der als *ID Poor* (z.B. die *Near Poor*) identifizierten nicht weiter von einem System versorgt werden würden, hat sich nicht bestätigt. Das liegt zum einen daran, dass der HEF die Zielgruppe ausgeweitet hat und zum anderen, dass die Regierung seit Projektende verschiedene Sicherungsprogramme eingeführt hat, sodass die *voucher*-Zielgruppe im Rahmen einer öffentlichen und teilweise

privaten Gesundheitsversorgung vollumfänglich abgedeckt ist. Private Gesundheitsdienstleister sind anders als beim FZ-Gutscheinvorhaben allerdings unter dem HEF für die Ärmsten nicht berücksichtigt worden.

Laut der Befragten konnten Hindernisse für die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen aufgrund mangelnden Wissens und Kenntnissen über Rechte und Absicherungssysteme teilweise nachhaltig abgebaut werden (siehe auch Kapitel 17.). Es gab auch Beispiele in denen Personal die Sensibilisierungsarbeit der *voucher promoter* seit Projektende weiterführt, um die Begünstigten zu informieren und die Nutzung von Diensten zu steigern. Die Begünstigten berichteten, dass sie inzwischen wieder nur bei Symptomen zu Gesundheitseinrichtungen gehen. Zur Vorsorge, ohne Symptome zu haben, gehen viele derzeit nicht mehr. Dies war aussergewöhnlich, nach den Sensibilisierungs- und Informationsaktivitäten durch die *voucher promoter*, anders (s. auch unter Effektivität).

Es ist schwer eine Einschätzung zur nachhaltigen Finanzierung des HEF und zur Frage, inwieweit und zu welchem Zeitpunkt eine gänzliche Finanzierung durch die kambodschanische Regierung realistisch sein könnte zu treffen. Allerdings wird der erhöhte Partnereigenbeitrag der HEF-Finanzierung (anfangs 20 %, aktuell 60 %) als positives Signal für ein nachhaltiges Engagement und Budgetallokation hin zum HEF gewertet. Basierend auf den Gesprächen mit der Weltbank scheint es aktuell auch nicht absehbar, dass die Geberfinanzierung mittel- bis langfristig nicht fortgeführt wird und es ist somit davon auszugehen, dass erzielte Wirkungen entsprechend anhalten.

Trotz des reibungslosen Übergangs nach der Integration in den HEF und die insgesamt anhaltend positiven Entwicklungen zur Absicherung von vulnerablen Gruppen im Krankheitsfall, berichteten die besuchten Gesundheitseinrichtungen über einen spürbaren Rückgang der Inanspruchnahme aller Dienste nach dem Ende des FZ-Vorhabens. Die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsvorsorge, der Entbindung und der postnatalen Versorgung hat nach dem anfänglichen Rückgang wieder zugenommen und sich auf einem stabilen, aber insgesamt niedrigeren Niveau als bei der Durchführung des Vorhabens eingependelt. Bei einigen Dienstleistungen ist ein anfänglicher Rückgang der Inanspruchnahme plausibel, insbesondere nach systematischen Vorsorgeuntersuchungen und (chirurgischen) Behandlungen, die sich mittel- bis langfristig positiv auf die Gesundheit der Begünstigten auswirken, aber auch bei langfristiger Familienplanung: Mit der Verbesserung und Einführung der langfristigen Familienplanung (Spirale, Implantate (die nach 3-6 Jahre ausgewechselt werden müssen)) sinkt die Häufigkeit der Besuche im Gesundheitszentrum; Gebärmutterhalskrebs-Screenings sollten alle drei bis fünf Jahre durchgeführt werden; Katarakt kann durch eine Operation behoben werden. Dennoch wäre anzunehmen, dass die Inanspruchnahme dieser Leistungen in den letzten sechs Jahren zeitweise zugenommen hat. Gesprächspartner vermuten, dass ein wichtiger Grund für den allgemeinen Rückgang in unzureichenden Informationen über die verschiedenen (teilweise neuen) staatlichen Programme und die Kriterien für die Inanspruchnahme kostenloser Leistungen und sozialer Unterstützung bzw. Förderung liegen. Informationen fehlen sowohl auf Ebene des Gesundheitspersonals wie der Zielgruppe. Das könnte auch ein Hinweis für die relativ hohen Ausgaben aus eigener Tasche für Gesundheitsdienstleistungen (*out-of-pocket-expenditures*) in Kambodscha sein (61 % der Gesamtausgaben für Gesundheitsdienstleistungen, Weltbank 2022). Darüber hinaus wurde der Rückgang in den letzten Jahren wie in vielen Ländern sicherlich auch von der COVID-Pandemie beeinflusst.

Der Zeitpunkt der Integration und das verfügbare Budget für die Förderung von Sensibilisierungs- und Informationsaktivitäten stellten eine gewisse Herausforderung dar, um alle Empfehlungen des FZ-Vorhabens zu berücksichtigen. Die Etablierung von HEF-*promotern* nach dem Vorbild der erfolgreichen *voucher promoter* wurde vom FZ-Vorhaben angestrebt. Eine Entscheidung über die Rolle der HEF-*promoter* wurde bis zum Abschluss des Vorhabens nicht endgültig getroffen und eine vorgeschlagene Schulung, die von der Gutscheininverwaltungsagentur durchgeführt werden sollte, wurde nie realisiert. Da die FZ jedoch bis heute im Rahmen von HEF/H-EQUIP engagiert ist, werden wichtige Erfahrungen, die während des FZ-Vorhabens gesammelt wurden, weiterhin platziert und bei der Gestaltung und Ausweitung des HEF berücksichtigt. So wird derzeit beispielsweise eine HEF *promoter*-Kampagne für das Jahr 2025 vorbereitet. Positiv zu berichten ist, dass ehemalige *voucher promoter* auch heute noch von Frauen angerufen und nach Gutscheinen gefragt werden. Die Befragten berichteten, dass sie in solchen Fällen den Frauen erklären, dass es jetzt den HEF anstatt *voucher* gibt und sie weiterhin Gesundheitsdienstleistungen kostenlos nutzen können. Für zukünftige *voucher*-Projekte könnten ergänzende Möglichkeiten der (verbesserten) formalen Einbindung von *community volunteers*, der *Village Health Support Groups* und oder Dorfvorstehern in die Informationsformate ein Ansatz sein, die Promotion teilweise oder ergänzend zu den bezahlten *voucher promotern* nach Projektabschluss weiterzuführen. Auch die Nutzung von sozialen Medien und IT-Lösungen könnten mitgedacht werden, um z.B. über Dienstleistungen und Programme zu informieren oder regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen zu erinnern (z.B. durch automatische Handy-Nachrichten als Reminder). Solche Initiativen können ein effektives Targeting sicherlich nicht ersetzen, aber die nachhaltige Verfügbarkeit von Informationen erhöhen.

Zusammenfassende Bewertung der Nachhaltigkeit: eingeschränkt erfolgreich (3)

Das FZ-Vorhaben konnte wichtige Barrieren für den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für arme und vulnerable Gruppen reduzieren. Es unterstützte die Gesundheitseinrichtungen dabei, die Qualität ihrer Leistungen bei ausgewählten Gesundheitsdiensten zu verbessern und kundenorientierter zu werden. Nach der Integration in den HEF und der Ausweitung der HEF-Zielgruppe ist der Leistungsumfang für einen Großteil der *voucher*-Zielgruppe gleichgeblieben bzw. wurde im Laufe der letzten Jahre

teilweise erweitert. Zusammen mit ergänzen-den staatlichen Programmen hat die gesamte Zielgruppe des FZ-Gutscheinvorhabens weiterhin Zugang zu Fördermöglichkeiten zu öffentlichen Gesundheitsdiensten, entweder kostenlos oder zu niedrigen Tarifen. Angesichts der insgesamt geringeren Inanspruchnahme seit Abschluss des Vorhabens und der immer noch relativ hohen Ausgaben aus eigener Tasche in Kambodscha, scheint eine verstärkte Werbung und Sensibilisierung für staatliche Absicherungssysteme das Potenzial zu haben, die während des FZ-Vorhabens erzielten Wirkungen wieder zu verstärken. Dass das erfolgreiche *voucher promoter*-Modell nicht übernommen werden konnte, scheint ein wichtiges Versäumnis bei der ansonsten erfolgreichen Integration in den HEF zu sein. Da die parallellaufende Gutscheinverwaltungsagentur selbst seit 2018 nicht mehr existiert, trug sie bestenfalls indirekt zur Stärkung nachhaltiger Kapazitäten bei. Die Nachhaltigkeit wird daher insgesamt als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Gesamtbewertung: erfolgreich (2)

Die Phase II und III des FZ-Gutscheinvorhabens werden gemeinsam betrachtet und daher zusammen als „das FZ- bzw. Gutscheinvorhaben“ beschrieben. Phase III ist lediglich eine Verlängerung der Phase II und identisch konzipiert. Ihre Wirkungen können nicht voneinander abgegrenzt werden. Das Vorhaben ist von einer hohen Relevanz gekennzeichnet und war auf die Politik und Prioritäten des Partnerlandes sowie auf die Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet. Das Vorhaben wurde komplementär zu Eigenanstrengungen des Partners sowie zum Engagement anderer Geber konzipiert und umgesetzt. Es hat sich erfolgreich an sich verändernde Anforderungen angepasst. Es gibt einen Trade-Off zwischen der kostenintensiven Nutzung einer Gutscheinverwaltungsagentur (VMA) und der effizienten Projektimplementierung. Im Kontext ist es nachvollziehbar, warum eine Doppelstruktur durch die Einbindung der VMA anstatt Strukturen des Trägers für die Implementierung genutzt wurde, allerdings fielen die Kosten trotz hoher Implementierungseffizienz höher aus als angestrebt. Insgesamt hat das Gutscheinsystem erfolgreich dazu beigetragen nachfrageseitig auch für ärmere und vulnerable Gruppen Anreize zu schaffen, Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen und gleichzeitig die Angebotsseite gestärkt. Aufgrund der positiven Entwicklung aller Indikatoren auf Impact-Ebene und der plausiblen Wirkungslogik des FZ-Vorhabens, kann davon ausgegangen werden, dass das Vorhaben einen Beitrag zu übergreifenden positiven entwicklungspolitischen Wirkungen geleistet hat. Durch eine überwiegend erfolgreiche Integration in den HEF, gepaart mit ergänzenden staatlichen Programmen, konnten die durch die *voucher* adressierten Barrieren überwiegend nachhaltig reduziert werden. Dass das erfolgreiche *voucher promoter*-Modell nicht übernommen wurde, scheint ein wichtiges Versäumnis hinsichtlich der Sicherstellung eines nachhaltigen Nutzungsniveaus zu sein, bei der ansonsten erfolgreichen Integration in den HEF. Das Vorhaben wird damit insgesamt als erfolgreich bewertet.

Beitrag zur Agenda 2030

Das Vorhaben war direkt auf die Umsetzung des SDG 3 ausgerichtet: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Es leistete insbesondere einen Beitrag zu den folgenden Unterzielen des SDG 3:

- Die Sterblichkeit von Müttern und Kindern soll sinken.
- Alle Menschen sollen vor übertragbaren Krankheiten (wie Aids oder Tuberkulose) und vor nicht übertragbaren Krankheiten (wie Krebs oder Diabetes) geschützt werden.
- Alle Menschen sollen Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten haben, ohne in finanzielle Nöte zu geraten. Dazu zählen auch Dienste der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Medikamente und Impfstoffe.
- Allen Mädchen und Frauen soll das Recht auf Selbstbestimmung in der Familienplanung zuteilwerden. Ihr Zugang zu Verhütungsmitteln soll gesichert sein.

Das Vorhaben nutzte zur Umsetzung die nationalen Gesundheitseinrichtungsstrukturen. Die Umsetzung des Vorhabens erfolgte in enger Abstimmung mit der GIZ und zunehmender Abstimmung mit der Weltbank und anderen Entwicklungspartnern, für Komplementarität vor der Integration in das Weltbank Vorhaben: HEF. Basis der zunehmenden Harmonisierung war die Beteiligung an dem HSSP II Geberkorb der Weltbank und die gemeinsame Vorbereitung für das H-EQUIP Vorhaben, ein *Multi Donor Trust Fund* rund um den HEF. Das Monitoring erfolgte zusammen mit dem Partner und im Rahmen gemeinsamer Sitzungen und Diskussionen mit GIZ und anderen Gebern sowohl auf politischer als auch auf Arbeitsebene.

Das Vorhaben förderte mit seiner Zielgruppe ausschließlich besonders benachteiligte Gruppen und war so konsistent mit internationalen Normen und Standards zur Inklusion (*leave no one behind*).

Methodik

Evaluierungsmethodik

Die Ex-post-Evaluierung folgt der Methodik eines Rapid Appraisal, d.h. einer datengestützten, qualitativen Kontributionsanalyse und stellt ein Expertenurteil dar. Dabei werden dem Vorhaben Wirkungen durch Plausibilitätsüberlegungen zugeschrieben, die auf der sorgfältigen Analyse von Dokumenten, Daten, Fakten und Eindrücken beruhen. Dies umschließt – wenn möglich – auch die Nutzung digitaler Datenquellen und den Einsatz moderner Techniken (z.B. Satellitendaten, Online-Befragungen, Geocodierung). Ursachen für etwaige widersprüchliche Informationen wird nachgegangen, es wird versucht, diese auszuräumen und die Bewertung auf solche Aussagen zu stützen, die – wenn möglich – durch mehrere Informationsquellen bestätigt werden (Triangulation).

Der Analyse der Wirkungen liegen angenommene Wirkungszusammenhänge zugrunde, dokumentiert in der bereits bei Projektprüfung entwickelten und ggf. bei Ex-post-Evaluierung aktualisierten Wirkungsmatrix. Im Evaluierungsbericht werden Argumente dargelegt, warum welche Einflussfaktoren für die festgestellten Wirkungen identifiziert wurden und warum das untersuchte Projekt vermutlich welchen Beitrag hatte (Kontributionsanalyse). Der Kontext der Entwicklungsmaßnahme wird hinsichtlich seines Einflusses auf die Ergebnisse berücksichtigt. Die Schlussfolgerungen werden ins Verhältnis zur Verfügbarkeit und Qualität der Datengrundlage gesetzt. Eine Evaluierungskonzeption ist der Referenzrahmen für die Evaluierung.

Die Methode bietet für Projektevaluierungen ein – im Durchschnitt - ausgewogenes Kosten-Nutzen-Verhältnis, bei dem sich Erkenntnisgewinn und Evaluierungsaufwand die Waage halten, und über alle Projektevaluierungen hinweg eine systematische Bewertung der Wirksamkeit der Vorhaben der FZ erlaubt. Die einzelne Ex-post-Evaluierung kann daher nicht den Erfordernissen einer wissenschaftlichen Begutachtung im Sinne einer eindeutigen Kausalanalyse Rechnung tragen.

Das Ziel der Evaluierungen (Erkenntnisinteresse) besteht vor allem darin, Wirkungen zu messen, Rechenschaft abzulegen, Transparenz zu fördern und institutionelles Lernen zu ermöglichen.

Typ der Evaluierung:

Reise ins Projektgebiet

Kernfragen der Evaluierung gemäß der Evaluierungskonzeption:

- Nachhaltigkeit: Ist die Integration des Gutscheinansatzes (Haupt Herausforderung während der Durchführung) in das bestehende Health Equity Fund (HEF)-System geglückt? Werden die eingeführten Gesundheitsdienstleistungen weiter in angemessener Qualität angeboten und von den Begünstigten in Anspruch genommen?
- Kosteneffizienz: Hätte es einen kostengünstigeren Ansatz (bessere Nutzung von Synergiepotential) gegeben/geben können?

Nicht-öffentliche (interne) Dokumente

interne Projektdokumente (Programmorschlag, Abschlusskontrolle, Abschlussbericht des Projektträgers und Consultants, Strategiepapiere, Kontext-, Landes- und Sektoranalysen, EPE der vorherigen Phase I, 2017.

Verzeichnis öffentlicher Quellen

3ie (2024). Sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: An evidence gap map.

Bellows, B. W. (2015). The impact of voucher programs on demand and supply of reproductive health services: A cross country comparison.

Bellows, B. W., Conlon, C. M., Higgs, E. S., Townsend, J. W., Nahed, M. G., Cavanaugh, K., Grainger, C. G., Okal, J., & Gorter, A. C. (2013). A taxonomy and results from a comprehensive review of 28 maternal health voucher programmes. Population Council, Nairobi, Kenya; USAID, Washington, DC, USA; National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Bethesda, MD, USA; Options Consultancy Services Ltd., London, UK; Instituto Centro-Americano de la Salud, Nicaragua.

Bellows, N. M., Bellows, B. W., & Warren, C. (2010). The use of vouchers for reproductive health services in developing countries: Systematic review.

Brody, C. D., Freccero, J., Brindis, C. D., & Bellows, B. (2013). Redeeming qualities: Exploring factors that affect women's use of reproductive health vouchers in Cambodia.

Ensor, T., Chhun, C., Kimsun, T., McPake, B., & Edoka, I. (n.d.). Impact of health financing policies in Cambodia: A 20 year experience.

Gaius-Obaseki, A. (2020, Januar 15). Weiterentwicklung von Gutscheinansätzen –Voucher– im Kontext von Universal Health Coverage.

HIP (2021). Family planning vouchers: A tool to boost contraceptive method access and choice.

Ir, D., Horemans, N., Souk, W., & Van Damme, W. (2010). Using targeted vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: A case study in three rural health districts in Cambodia.

Jithitkulchai, T., Feldhaus, I., Bauhoff, S., & Nagpal, S. (n.d.). Health Equity Funds as the pathway to universal coverage in Cambodia: Care seeking and financial risk protection.

Ministry of Health, Preventive Medicine Department. (2022). National Strategic Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2022–2030.

P., Win., Hlaing, T., & one, H. W.-P. (2024). Factors influencing maternal death in Cambodia, Laos, Myanmar, and Vietnam countries: A systematic review. PLOS ONE, 19(5).

Flores, G., Ir, P., Men, C. R., O'Donnell, O., & van Doorslaer, E. (2013). Can vouchers deliver? An evaluation of subsidies for maternal health care in Cambodia. Bulletin of the World Health Organization, 91(5), 331–339. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.110015>

Noirhomme, M., Meessen, B., Griffiths, F., Ir, P., Jacobs, B., Thor, R., & Van Damme, W. (2007). Improving access to hospital care for the poor: Comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. Health Policy and Planning, 22(4), 246–262.

Soeters, R., & Griffiths, F. (2003). Improving government health services through contract management: A case from Cambodia. Health Policy and Planning, 18(1), 74–83. <https://doi.org/10.1093/heapol/18.1.74>

Datenquellen und Analysetools

Cambodia Demographic Health Surveys (CDHS) 2010, 2014, 2021/22, WHO-, ADB und Weltbank-Daten, Befragungsergebnisse der projektinternen Zwischen- und Schlussequalifizierung des Vorhabens, Nutzerdaten ausgewählter Gesundheitszentren, Daten des Health Information System der nationalen Partner

Besuchte Projektstandorte

Es wurden verschiedene Gesundheitseinrichtungen (*health centre, referral hospital, provincial hospital*) in drei der sechs Provinzen, in denen das Gutscheinvorhaben aktiv war, besucht. Die Stichprobe enthielt Provinzen, die seit Phase I und die in Phase II und III neu dazugekommen sind: Kampong Thom, Kampong Speu, Prey Veng. Es erfolgte eine dem Umfang und der Logistik angemessene Auswahl der Standorte. Die Stichprobe der besuchten Standorte betrug rd. 4 % und entspricht 14 von 340 geförderten Gesundheitseinrichtungen.

Interviewpartner und -modalität (persönlich)

Vertretung des Projektträgers, Gesundheitspersonal, Vertretende der Gesundheitsbehörde auf Distriktebene, ehemalige Voucher Promoter, Zielgruppe / Betroffene, internationale Durchführungs-Consultants, andere Geber, deutsche Botschaft, KFW Mitarbeitende

Folgende Aspekte limitierten die Evaluierung

Datenlage: Zur Betrachtung der Effektivität und der übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen waren zu einigen Indikatoren zum Zeitpunkt der Abschlusskontrolle teilweise widersprüchliche oder veraltete Daten verfügbar, sodass nur begrenzt Aussagen getroffen werden konnten. Zudem wurden nicht zu allen Aspekten der Zielformulierung entsprechende Monitoring-Daten erhoben.

Bewertungsmethodik

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den OECD DAC-Kriterien wird mit Ausnahme des Nachhaltigkeitskriteriums eine sechsstufige Skala verwandt. Die Skalenwerte sind wie folgt belegt:

- Stufe 1** sehr erfolgreich: deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
- Stufe 2** erfolgreich: voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
- Stufe 3** eingeschränkt erfolgreich: liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
- Stufe 4** eher nicht erfolgreich: liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
- Stufe 5** überwiegend nicht erfolgreich: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
- Stufe 6** gänzlich erfolglos: das Vorhaben ist nutzlos bzw. die Situation ist eher verschlechtert

Die Gesamtbewertung auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der sechs 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 sowohl die Zielerreichung auf Outcome-Ebene (Effektivität) und Impact-Ebene als auch die Nachhaltigkeit mindestens als „eingeschränkt erfolgreich“ (Stufe 3) bewertet werden.

Impressum

Verantwortlich: Evaluierungsabteilung der KfW Entwicklungsbank

FZ-Evaluierung@kfw.de

Kartografische Darstellungen dienen nur dem informativen Zweck und beinhalten keine völkerrechtliche Anerkennung von Grenzen und Gebieten. Die KfW übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit oder Vollständigkeit des bereitgestellten Kartenmaterials. Jegliche Haftung für Schäden, die direkt oder indirekt aus der Benutzung entstehen, wird ausgeschlossen.

KfW Bankengruppe
Palmengartenstraße 5-9
60325 Frankfurt am Main, Deutschland

Anlagenverzeichnis

Anlage: Zielsystem und Indikatoren (Outcome Ebene)	2
Anlage: Zielsystem und Indikatoren (Impact Ebene)	3
Anlage: Projektmaßnahmen und Ergebnisse	4
Anlage: Umsetzungsstand der Betriebsempfehlungen	5
Anlage: Ex-post-Evaluierungsmatrix	6

Anlage: Zielsystem und Indikatoren (Outcome Ebene)

Outcome Ebene

Ziel und Indikatoren	Bei Prüfung	Bewertung der Angemessenheit (Ziel, Indikatoren, Zielwert) und Nutzung in EPE	Bei EPE (falls modifiziert)
Outcome-Ziel	Benachteiligte Gruppen (arme und bedürftige Frauen, Menschen mit Behinderung, Ältere mit chronischen Erkrankungen) in bis zu 6 Provinzen haben gleichberechtigten Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen und nutzen diese.	Die Zielformulierung entspricht der Standardwirkungslogik für Projekte im Themenbereich Krankenversicherungen und bildet die Outcome-Ebene ab. Die Zielformulierung ist angemessen.	--
Indikator 1	Anzahl der verteilten Gutscheine und der in Anspruch genommene Dienstleistungen	Der Indikator ist in dieser Form nicht angemessen, die verteilten Gutscheine messen die Output-Ebene.	Anzahl der über Gutscheine abgerechneten Dienstleistungen
Indikator 2	Anteil der akkreditierten Dienstleister, die bei regelmäßigen Kontrollen die gesetzten Qualitätsstandards erfüllen	Der Indikator ist angemessen.	--
Indikator 3	Anteil der Schwangeren, die mindestens eine durch Fachkräfte geleistete Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen	Der Indikator ist angemessen.	--
Indikator 4	Anteil der durch Fachkräfte betreuten Geburten	Der Indikator ist angemessen.	--
Indikator 5	Anteil der Frauen, die längerfristig wirksame, moderne Kontrazeptiva anwenden	Der Indikator ist angemessen.	--
Indikator 6 (1. BE ¹)	Anzahl der erfolgreich durchgeführten Kataraktoperationen führt zu einer Senkung der kataraktfälle bei der Bevölkerung der Projektregion	Der Indikator ist nicht angemessen, er misst die Impact-Ebene	Der Indikator wird nicht angewendet.
Indikator 7 (1. BE)	Anteil der Frauen zwischen 30-50 Jahren, die in den 6 Projekt-Provinzen Vorsorgeuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs in Anspruch genommen haben	Der Indikator ist angemessen.	--
Indikator 8 (1. BE)	Anteil der Frauen mit einem positiven Screening-Befund für Gebärmutterhalskrebs, die anschließend Kryotherapie erhalten haben	Der Indikator ist angemessen.	--

¹ Zum Zeitpunkt der Prüfung wurde überlegt, die Behandlung von zwei chronischen Erkrankungen in das Leistungspaket der Gutscheine mit aufzunehmen. Dafür wurden zu Beginn der Umsetzung, in Abstimmung mit dem BMZ Gebärmutterhalskrebs und Katarakt ausgewählt und die Wirkungsmatrix wurde entsprechend im Rahmen der ersten Berichterstattung ans BMZ ergänzt. State oft he Art wären nur bis zu 5 Outcome-Indikatoren. Da alle Indikatoren angemessen sind, um die breite Gesamtwirkung des Vorhabens zu beschreiben, wurden im Rahmen der EPE 8 Indikatoren beibehalten.

Anlage: Zielsystem und Indikatoren (Impact Ebene)

Impact Ebene

Ziel und Indikatoren	Bei Prüfung	Bewertung der Angemessenheit (Ziel, Indikatoren, Zielwert) und Nutzung in EPE	Bei EPE (falls modifiziert)
Impact-Ziel	Die arme und vulnerable Bevölkerung ist gesünder und wird durch die Nutzung qualitätsgesicherter Gesundheitsdienstleistungen finanziell weniger belastet.	Das Impact-Ziel wurde auf Basis von <i>lessons learned</i> aus der EPE der ersten Phase angepasst und ist damit angemessen.	--
Indikator 1	Häufigkeit von katastrophalen Gesundheitsausgaben für arme und vulnerable Bevölkerungsgruppen in Kambodscha	Der Indikator ist angemessen.	--
Indikator 2	Anteil der vulnerablen Gruppen, die über einen Mechanismus abgesichert sind und ihren Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen decken können	Der Indikator ist angemessen.	--
Indikator 3	Müttersterblichkeit (pro 100.000 Lebendgeburten)	Der Indikator ist angemessen.	--
Indikator 4	Neugeborenensterblichkeit (pro 1.000 Lebendgeburten)	Der Indikator ist angemessen.	--
Indikator 5 (1. BE)	Gebärmutterhalskrebs-Sterblichkeitsrate (pro 100.000)	Der Indikator ist angemessen.	--

Anlage: Projektmaßnahmen und Ergebnisse

- Der Modulvorschlag der Phase II und III legte vor allem Wert auf die Fortführung der ersten Phase I und die Umsetzung der lessons learned. Der Plan einer geographischen Ausweitung und der Ausweitung der geförderten Gesundheitsdienstleistungen und der Zielgruppe wurde grob angelegt. Die Festlegung der genauen Ausgestaltung des Vorhabens wurde mit der Überarbeitung der Länderstrategie für Kambodscha bis Ende 2013 verbunden.
- Die geografische Erweiterung auf insgesamt 6 Provinzen (Kampot, Kampong Thom, Prey Veng, Kep, Kampong Speu und Svay Rieng) erfolgte von Mai 2014 bis Oktober 2014 schrittweise.
- Die Abdeckung von zusätzlichen Gesundheitsdienstleistungen durch Gutscheine wurde im vierten Quartal 2014 begonnen. Die zusätzlichen Leistungen umfassten weitere Dienstleistungen im Bereich der Kindergesundheit, Diagnose und Behandlung von Gebärmutterhalskrebs sowie die Operation von Grauem Star (Katarakt). Darüber hinaus erfolgte die Renovierung von Gesundheitseinrichtungen adäquat für Patienten mit reduzierter Mobilität als auch die Bereitstellung von Transport-Gutscheinen für Menschen mit Behinderung.
- Etliche dieser Anpassungen waren durch eine bereits bei Projektprüfung vereinbarte *Mid-Term Review* bedingt, welche im September 2015 erfolgte, um das Gutscheinvorhaben hinsichtlich einer besseren Einbindung in andere Absicherungssysteme, allen voran HEF, zu untersuchen. Der Übergang in den HEF wurde schließlich durch das FZ-Vorhaben „Deutscher Beitrag zum kambodschanischen Health Equity and Quality Improvement Program -2 (BMZ-Nr. 2017 67 011 / 2017 70 080)“ begleitet.
- Insgesamt wurden 77.818 Klientinnen von den speziell ausgebildeten *voucher promotern* besucht und dabei persönlich beraten.
- Des Weiteren wurden 814 Dorfversammlungen durchgeführt, um ausgewählte Gemeinden mit einer geringeren Nutzung zu sensibilisieren. Diese wurden mit der Teilnahme von mehr als 20.000 Klientinnen durchgeführt.
- Das Projekt hatte sich in seiner Konzeption wiederholt an sich ändernde Rahmenbedingung anzupassen aufgrund der folgenden Entwicklungen: nationale Ausweitung des Health Equity Funds (HEF); beginnende Implementierung eines Geberkorbes rund um HEF durch die Weltbank, Australien, Korea und Deutschlands durch die KfW; Gewünschte regionale Ausweitung und die Erweiterung der Gesundheitsdienstleistungen, auch basierend auf der engeren Geberabstimmung.
- Letztlich wurden Leistungen für rd. 4 Mio. Menschen in der Projektregion (rd. ¼ der Bevölkerung Kambodschas) angeboten.
- Das Vorhaben führte zur Übernahme aller Leistungen in das HEF Leistungspaket für Arme und erbrachte den Nachweis, dass unter anderem starke Promotion von Leistungen durch Outreach-Strukturen in Gemeinden zu einer starken Nachfrage nach prioritären Gesundheitsleistungen führen können.
- In der Phase II und der Verlängerungsphase wurde in Summe 506.602 Gutscheine genutzt.
- Den Zielwert übertreffend wirkte sich der neu eingeführte Gutschein zur Operation von Grauem Star aus; dabei gelang in den Provinzen eine Reduzierung der Prävalenz um 34 % von Katarakt allgemein: und von 56,4 % Reduktion von beidseitigem Katarakt.
- Auch das Ziel mindestens 25 % der in Frage kommenden Frauen in den trainierten Distrikten auf Gebärmutterhals zu untersuchen wurde mit rd. 32 % übererfüllt. In Summe konnten durch das Vorhaben rd. 110.000 Frauen untersucht werden; von Frauen mit positivem Befund konnten rd. 92 % auch behandelt werden, wobei der Zielwert hier bei 70 % lag.
- Für die in Phase II eingeführten Transportgutscheine für Patienten mit reduzierter Mobilität / Beeinträchtigung als auch der Transportkosten zur Behandlung von Klumpfuß oder Lippen-Kiefer-Gaumenspalte am Nationalen Krankenhaus wurden in Summe 14.407 Gutscheine genutzt.
- Darüber hinaus erfolgte eine behindertengerechte Rehabilitation mittels kleiner Baumaßnahmen in Kampong Speu (5 health centres (HC) und 1 referral hospital (RH)), Kampong Thom (3 HC und 1 RH) und Kampot/ Kep (2 HC und 3 RH) sowie in Prey Veng und Svay Rieng (18 HC und 2 RH).

Anlage: Umsetzungsstand der Betriebsempfehlungen

Betriebsempfehlung aus AK	Umsetzungsstand bei EPE	Kommentar
Fragmentierung des Gesundheitssystems: Private Anbieter müssen stärker eingebunden und auch in ihrer Qualität überwacht werden.	☐ Vollständig umgesetzt ☐ Teilweise umgesetzt ☒ Nicht umgesetzt ☐ Daten unzureichend	Die privaten Anbieter werden von HEF nicht abgedeckt. Das war allerdings zum Projektabschluss absehbar, da HEF aktuell einen ausschließlichen Fokus auf öffentliche Gesundheitseinrichtungen legt. Diese Empfehlung wurden von den Partnern Stand AK nicht umgesetzt.
Darüber hinaus besteht zu chronischen Erkrankungen ein überaus großer Aufholbedarf, auch um finanzielle Belastung der Armen und Near-Poor zu reduzieren. <i>Voucher</i> haben sich zur Stimulierung der Nutzung angebotener Gesundheitsdienstleistungen bewährt und könnten situativ herangezogen werden.	☐ Vollständig umgesetzt ☒ Teilweise umgesetzt ☐ Nicht umgesetzt ☐ Daten unzureichend	Chronische Krankheiten wie z.B. Bluthochdruck und Diabetes sollen verstärkt über H-EQUIP/HEF gefördert werden. So gibt es aktuell Anreiz-Programme, um Gesundheitseinrichtungen zu motivieren diese Leistungen anzubieten. Problematisch ist hier eine dauerhafte Verfügbarkeit der Medikamente, die für eine dauerhafte Behandlung benötigt werden. Befragtes Personal der Gesundheitszentren berichtete, dass die Vergütung dieser neueren Programme intransparent ist und es zu Verspätungen in der Erstattung kommt.
Auch eine adäquate Vergütung von Leistungen an Gesundheitseinrichtungen hat sich als maßgebliches Anreizsystem für Anbieter bewährt; diese sind allerdings unter HEF tlw. zu niedrig angesetzt. Dies bedarf ebenso des fortgesetzten Dialogs wie derzeit bestehende ungleiche Vergütungsanreize durch die bestehenden Absicherungsmechanismen, welche auch durchaus Falschanreize setzen. Ein Beispiel wäre hier die ca. 10-mal so hohe Vergütung normaler Geburten unter NSSF an Nationalen Krankenhäusern. Dadurch kann in Phnom Penh teilweise das Verdrängt-werden von HEF Patienten durch NSSF Patienten an diesen Einrichtungen der höchsten Leistungsstufe beobachtet werden.	☒ Vollständig umgesetzt ☐ Teilweise umgesetzt ☐ Nicht umgesetzt ☐ Daten unzureichend	Das befragte Gesundheitspersonal beschreibt den Übergang von Gutscheinen was Abrechnung und Vergütungshöhe angeht als reibungslos. Die HEF-Pakete, die die Gutscheindienstleistungen decken, waren nach Übergang höher als die Gutscheinpakete angesetzt. Es musste kein Personal entlassen werden und es wird von jährlichen Gehaltssteigerungen für das Gesundheitspersonal berichtet. Als Problem der niedrigeren Nutzung beschrieben die Befragten (Patientinnen und Patienten und Gesundheitspersonal) die fehlende Information und Promotion nicht aber eine abnehmende Qualität oder Motivation des Gesundheitspersonals, die weiterhin alle Gutscheindienstleistungen anbieten.

Anlage: Ex-post-Evaluierungsmatrix

Relevanz

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- 0 +)	Begründung für Gewichtung
1. Ausrichtung an Politiken und Prioritäten			2	0	
1.1. Sind die Ziele der Maßnahme an den (globalen, regionalen und länderspezifischen) Politiken und Prioritäten, insbesondere der beteiligten und betroffenen (entwicklungspolitischen) Partner und des BMZ, ausgerichtet?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. auch welche Bedeutung misst/maß die Partnerregierung der Gesundheit von vulnerablen Gruppen bei?			
1.2. Berücksichtigen die Ziele der Maßnahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapazitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.))?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. was waren die entscheidenden Engpässe/Nutzungsbarrieren?			
1.3. Sonstige Evaluierungsfragen		u.a. Inwiefern waren und sind verschiedene Gesundheitsprogramme für soziale Absicherung im Krankheitsfall koordiniert/integriert? Inwiefern bestand Potential für strukturelle Wirkungen in Form der Entwicklung von Elementen eines Versicherungssystems (u.a. Akkreditierungsprozesse etc.)?			
2. Ausrichtung an Bedürfnissen und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			2	0	

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- 0 +)	Begründung für Gewichtung
2.1. Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
2.2. Wurden dabei die Bedürfnisse und Kapazitäten besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.) berücksichtigt? Wie wurde die Zielgruppe ausgewählt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
2.3. Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZE spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
3. Angemessenheit der Konzeption			2	0	
3.1. War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet zur Lösung des Kernproblems beizutragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
3.2. Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel (Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Zielsystems sowie der dahinterliegenden Wirkungsnahmen)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
3.3. Waren die gewählten Indikatoren und deren Wertbestückung in ihrer Gesamtheit angemessen (zur Beantwortung eine der folgenden Angaben auswählen: Indikatoren und Wertbestückung waren angemessen/teilweise angemessen/nicht angemessen)? Die Begründung erfolgt differenziert nach Indikatoren (FZE spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
3.4. Bitte Wirkungskette beschreiben, einschl. Begleitmaßnahmen, ggf. in Form einer grafischen Darstellung. Ist diese plausibel? Sowie originäres und ggf. angepasstes Zielsystem unter Einbezug der Wirkungsebenen (Outcome- und Impact) nennen. Das (angepasste) Zielsystem kann auch grafisch dargestellt werden. (FZE spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
3.5. Inwieweit ist die Konzeption der Maßnahme auf einen ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung (Zusammenspiel der sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen der Nachhaltigkeit) hin angelegt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
3.6. Bei Vorhaben im Rahmen von EZ-Programmen: ist die Maßnahme gemäß ihrer Konzeption geeignet, die Ziele des EZ-Programms zu erreichen? Inwiefern steht die Wirkungsebene des FZ-Moduls in einem sinnvollen Zusammenhang zum EZ-Programm (z.B. Outcome-Impact bzw. Output-Outcome)? (FZ E spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
4. Reaktion auf Veränderungen/Anpassungsfähigkeit			1	0	
4.1. Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Kohärenz

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
5. Interne Kohärenz (Arbeitsteilung und Synergien der deutschen EZ)			2	0	
5.1. Inwiefern ist die Maßnahme innerhalb der deutschen EZ komplementär und arbeitsteilig konzipiert (z.B. Einbindung in EZ-Programm, Länder-/Sektorstrategie)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
5.2. Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. Inwiefern war die Additionalität gegeben zum Health Equity Fund (HEF)? Wurde die Integration des FZ-Projektansatzes erfolgreich umgesetzt?			
5.3. Ist die Maßnahme konsistent mit internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt (z.B. Menschenrechte, Pariser Klimaabkommen etc.)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
6. Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung im zum Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ)			2	0	
6.1. Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
6.2. Ist die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. Wie funktionierte die Zusammenarbeit mit der Weltbank bei der Abstimmung mit der Ausweitung des HEF und schließlich der Integration in den HEF?			
6.3. Wurde die Konzeption der Maßnahme auf die Nutzung bestehender Systeme und Strukturen (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für die Umsetzung ihrer Aktivitäten hin angelegt und inwieweit werden diese genutzt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. Wie erfolgte die Projektanpassung während der Umsetzung, angesichts der zunehmenden Forderung der Partnerregierung nach besserer Koordination/Integration von Ansätzen im Bereich Absicherung im Krankheitsfall?			
6.4. Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für Monitoring/Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Effektivität

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
7. Erreichung der Ziele			2	0	
7.1. Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. PU-Maßnahmen)? Indikatoren-Tabelle: Vergleich Ist/Ziel	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
8. Beitrag zur Erreichung der Ziele			2	0	
8.1. Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? (Lern-/Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
8.2. Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. Welche Gesundheitsdienstleistungen und -einrichtungen werden seit der Integration in den HEF angeboten/genutzt?			
8.3. Inwieweit ist der gleiche Zugang zu erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten (z.B. diskriminierungsfrei, physisch erreichbar, finanziell erschwinglich, qualitativ, sozial und kulturell annehmbar) gewährleistet?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. Decken arme/vulnerable Personen ihre Bedarfe an medizinischer Versorgung so wie Personen mit mittlerem Einkommen?			
8.4. Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
8.5. Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
8.6. Hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler beteiligter und betroffener Gruppen (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung: Frage wird mit vorheriger Frage zusammen betrachtet, da es sich bei der Zielgruppe um die hier genannten Gruppen handelt.				
8.7. Gab es Maßnahmen, die Genderwirkungspotenziale gezielt adressiert haben (z.B. durch Beteiligung von Frauen in Projektgremien, Wasserkomitees, Einsatz von Sozialarbeiterinnen für Frauen, etc.)? (FZE spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
8.8. Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? (Lern-/Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
8.9. Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme (auch unter Berücksichtigung der vorab antizipierten Risiken)? (Lern-/Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- 0 +)	Begründung für Gewichtung
9. Qualität der Implementierung			1	0	
9.1. Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme (z.B. Projektträger, Consultant, Berücksichtigung von Ethnizität und Gender in entscheidungsfindenden Gremien) im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
9.2. Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an der Maßnahme durch die Partner/Träger zu bewerten?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. Wie hoch war/ist das Ownership seitens MoH?			
9.3. Wurden Gender Ergebnisse und auch relevante Risiken im/durch das Projekt (genderbasierte Gewalt, z.B. im Kontext von Infrastruktur oder Empowerment-Vorhaben) während der Implementierung regelmäßig gemonitort oder anderweitig berücksichtigt? Wurden entsprechende Maßnahmen (z.B. im Rahmen einer BM) zeitgemäß umgesetzt? (FZE spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
10. Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)			2	0	

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
10.1. Sind nicht-intendierte positive/negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. Inwiefern hat das FZ-Vorhaben dazu beigetragen die Personalsituation in akkreditierten Gesundheitseinrichtungen zu stabilisieren?			
10.2. Welche Potentiale/Risiken ergeben sich aus den positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
10.3. Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/Risiken der positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Effizienz

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
11. Produktionseffizienz			3	0	
11.1. Wie verteilen sich die Inputs (finanziellen und materiellen Ressourcen) der Maßnahme (z.B. nach Instrumenten, Sektoren, Teilmaßnahmen, auch unter Berücksichtigung der Kostenbeiträge der Partner/Träger/andere Beteiligte und Betroffene, etc.)? (Lern- und Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
11.2. Inwieweit wurden die Inputs der Maßnahme im Verhältnis zu den erbrachten Outputs (Produkte, Investitionsgüter und Dienstleistungen) sparsam eingesetzt (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)? Z.B. Vergleich spezifischer Kosten.	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. Vergleich mit Kosten für das Gutscheinmanagementsystem in anderen Vorhaben (z.B. in der Region)			
11.3. Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten die Outputs der Maßnahme durch einen alternativen Einsatz von Inputs erhöht werden können (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
11.4. Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- 0 +)	Begründung für Gewichtung
11.5. Waren die Koordinations- und Managementkosten angemessen? (z.B. Kostenanteil des Implementierungsconsultants)? (FZE spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
11.6. Sonstige Evaluierungsfragen		u.a. Inwiefern sind Effizienzsteigerungen plausibel durch leistungsbezogene Finanzierungsmechanismen? Welche Risiken bestehen bezüglich der Verfügbarkeit von Medikamenten (Vorhaben-externer Faktor)? Verwendung zusätzlicher Einnahmen (Gutscheinerstattung) durch die beteiligten Gesundheitseinrichtungen?			
12. Allokationseffizienz			2	0	
12.1. Auf welchen anderen Wegen und zu welchen Kosten hätten die erzielten Wirkungen (Outcome/Impact) erreicht werden können? (Lern-/Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
12.2. Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – die erreichten Wirkungen kosten-schonender erzielt werden können?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
12.3. Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – mit den vorhandenen Ressourcen die positiven Wirkungen erhöht werden können?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
12.4. In welcher Hinsicht war der Einsatz öffentlicher Mittel finanziell additional? Hinweis: Falls für das Vorhaben die interne Kennung PSP (Private Sector Participation; siehe Inpro unter 1.11) vergeben wurde oder grundsätzlich eine Kooperation mit privaten Akteuren (kommerziellen Banken, Unternehmen, professionellen NGOs) in der Umsetzung von FZ besteht (Privatsektor als Instrument), muss diese Evaluierungsfrage berücksichtigt werden	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Impact

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
13. Übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen			2	0	
13.1. Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
13.2. Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen (sozial, ökonomisch, ökologisch und deren Wechselwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstigten feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
13.3. Inwieweit sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung: Frage wird mit vorheriger Frage gemeinsame behandelt, da dies die Zielgruppe des Vorhabens war.				
13.4. Sonstige Evaluierungsfragen					
14. Beitrag zu übergeordneten intendierten entwicklungspolitischen Veränderungen			2	0	

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
14.1. In welchem Umfang hat die Maßnahme zu den festgestellten bzw. absehbaren übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, tatsächlich beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
14.2. Inwieweit hat die Maßnahme ihre intendierten (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele erreicht? D.h. sind die Projektwirkungen nicht nur auf der Outcome-Ebene, sondern auch auf der Impact-Ebene hinreichend spürbar? (z.B. Trinkwasserversorgung/Gesundheitswirkungen)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
14.3. Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
14.4. Hat die Maßnahme zu übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen bzw. Veränderungen von Lebenslagen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung: Frage wird mit der vorherigen gemeinsam betrachtet (...).				

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- 0 +)	Begründung für Gewichtung
14.5. Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (Lern-/Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
14.6. Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (Lern-/Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
14.7. Entfaltet das Vorhaben Breitenwirksamkeit? Inwieweit hat die Maßnahme zu strukturellen oder institutionellen Veränderungen geführt (z.B. bei Organisationen, Systemen und Regelwerken)? (Strukturbildung) War die Maßnahme modellhaft und/oder breitenwirksam und ist es replizierbar? (Modellcharakter)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. Inwiefern ist der zunächst parallele Ansatz aus heutiger Sicht gerechtfertigt bzw. hat sich bewährt/hat Vorteile?			
14.8. Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (entwicklungspolitische Additionalität)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
15. Beitrag zu übergeordneten nicht-intendierten entwicklungspolitischen Veränderungen			2	0	

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
15.1. Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
15.2. Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
15.3. Hat die Maßnahme feststellbar (bzw. absehbar) zu nicht-intendierten (positiven oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Gruppen (innerhalb oder außerhalb der Zielgruppe) beigetragen (Do no harm, z.B. keine Verstärkung von Ungleichheit (Gender/Ethnie, etc.)?)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Nachhaltigkeit

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
16. Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			2	0	
16.1. Sind die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit (nach Beendigung der Förderung) zu erhalten?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
16.2. Inwieweit weisen Zielgruppe, Träger und Partner eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber zukünftigen Risiken auf, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. Inwiefern hat sich der Eigenbeitrag zum HEF entwickelt?			
17. Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten			3	0	
17.1. Hat die Maßnahme dazu beigetragen, dass die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) sind die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit zu erhalten und ggf. negative Wirkungen einzudämmen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- 0 +)	Begründung für Gewichtung
17.2. Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Zielgruppe, Träger und Partner, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	u.a. Hat die Zielgruppe des FZ-Gutscheinvorhabens weiterhin Zugang zu geförderte Gesundheitsdienstleistungen in vergleichbarem Umfang?			
17.3. Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung: wird mit vorheriger Frage betrachtet (...).				
18. Dauerhaftigkeit der Wirkungen			3	0	
18.1. Wie stabil ist der Kontext der Maßnahme) (z.B. soziale Gerechtigkeit, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) (Lern-/Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
18.2. Inwieweit wird die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der Maßnahme durch den Kontext beeinflusst? (Lern-/Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
18.3. Inwieweit sind die positiven und ggf. negativen Wirkungen der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
18.4. Inwieweit sind die Gender-Ergebnisse der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen (Ownership, Kapazitäten, etc.?) (FZE-spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				