

Ex-post-Evaluierung: Sektorprogramm Gesundheit I - V, Republik Kirgisistan

Titel	Sektorvorhaben Gesundheit I - V		
Sektor und CRS-Schlüssel	12110 Gesundheitspolitik und Verwaltung des Gesundheitswesens		
Projektnummer	2005 65 994, 2007 66 535, 2011 66 396, 2013 65 469, 2015 67 510, BM: 2005 70 325, 2007 70 370, 2011 70 190, 2013 70 030		
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)		
Empfänger/ Projektträger	Kyrgyz Ministry of Finance (MoF), Kyrgyz Ministry of Health (MoH)		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	SWAp I: 14 Mio. EUR (Inv.), 2 Mio. EUR (BM); SWAp II: 7,2 Mio. EUR (Inv.), 0,8 Mio. EUR (BM); SWAp III: 9,2 Mio. EUR (Inv.), 0,8 Mio. EUR (BM); SWAp IV: 5 Mio. EUR (Inv.), 0,8 Mio. EUR (BM); SWAp V: 7,5 Mio. EUR (FZ-) Zuschuss		
Projektlaufzeit	SWAp I: FV 04/2011 AK 05/2019; SWAp II: FV 04/2011 AK 05/2019; SWAp III: FV 12/2013 AK 05/2019; SWAp IV: FV 12/2013 AK 05/2019; SWAp V: FV 12/2013 AK 05/2019		
Berichtsjahr	2023	Stichprobenjahr	2020/21

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

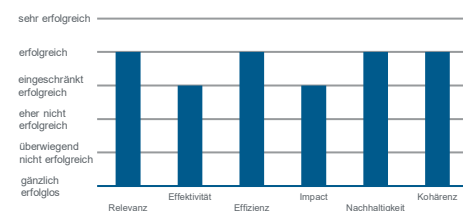
Ziel der Vorhaben auf Outcome-Ebene war die Nutzung eines verbesserten Zugangs aller Bevölkerungsteile zu den Gesundheitsdienstleistungen, die Reduzierung finanzieller Belastungen im Krankheitsfall und die Qualitäts- und Effizienzsteigerung der Gesundheitsdienste. Das Ziel auf Impact-Ebene war die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung von Kirgisistan. FZ-Mittel unterstützten mittels einer Korbfinanzierung die Umsetzung der Sektor-Reform Programme im Gesundheitsbereich im Rahmen eines Sektor-weiten Ansatzes (Sector-Wide Approach, SWAp).

Wichtige Ergebnisse

Das Vorhaben entfaltete entwicklungspolitische Wirksamkeit und wird insgesamt als „erfolgreich“ bewertet:

- Der SWAp und die Korbfinanzierung förderten die Ownership der kirgisischen Partner, reduzierten die Anzahl an Parallelprojekten, stärkten einen aktiven sowie regelmäßigen Austausch zwischen allen Stakeholdern und deren Harmonisierung und trugen zur Fokussierung auf wichtige Themen im Gesundheitssektor bei.
- Die Effektivität war eingeschränkt erfolgreich. Positiv hervorzuheben ist die frühe Erreichung des SDG 3.1.2 als auch, dass der Partner aufgrund seiner Maßnahmen und Aktivitäten in der Lage war, 95 % des Budgets umzusetzen. Jedoch konnten nicht alle Indikatoren vollumfänglich erfüllt werden.
- Die Kosten des Gesundheitssystems wurden gesenkt. Der SWAp sowie die Bündelung der Finanzierung in einem Korb reduzierten die Transaktionskosten für die Partner und etablierten einen umfänglichen Sektor-Dialog.
- Die Gesundheitsversorgung und der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist substantiell verbessert, auch wenn die Qualität der Gesundheitsdienste weiterhin verbesserungsfähig ist. Die Reduzierung der finanziellen Belastung armer Bevölkerungsschichten konnte auch im Zusammenhang mit der Verbesserung und Erweiterung des Leistungsangebots nicht verfestigt werden.
- Die strukturellen Veränderungen und die Fortschritte in Bezug auf SDG-Agenda und deren Fortschreiben im Rahmen der nachfolgenden Förderung sind positive Signale, allerdings ist die unzureichende Personalausstattung des Partners (MoH) ein Risiko.

Gesamtbewertung: erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Die Erfolgsaussichten für die Umsetzung umfangreicher Sektorreformen werden durch einen Sektor-weiten Ansatz, in den die Mehrheit der Geber eingebunden ist, erhöht.
- Die Nutzung der nationalen Systeme erhöht die Ownership und stärkt die Kapazitäten der nationalen Verwaltung.
- Bündelungen der Geberfinanzierung in einem Korb unterstützen die konzentrierte Finanzierung des Sektors in wichtigen Schwerpunkten.

Ex-post-Evaluierung – Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Bei den Vorhaben handelte es sich um Beiträge der deutschen FZ zu Gemeinschaftsfinanzierungen im Gesundheitssektor in der Republik Kirgisistan. Die Weltbank (WB), die Schweizer Entwicklungszusammenarbeit (SDC), die deutsche FZ sowie bis zum Jahr 2010 auch das britische *Department for International Development* (DfID)¹ und die schwedische Entwicklungsagentur SIDA unterstützten mittels einer Korbfinanzierung im Rahmen eines Sektor-weiten Ansatzes (Sector Wide Approach, SWAp) die nationalen Gesundheitsreformprogramme.

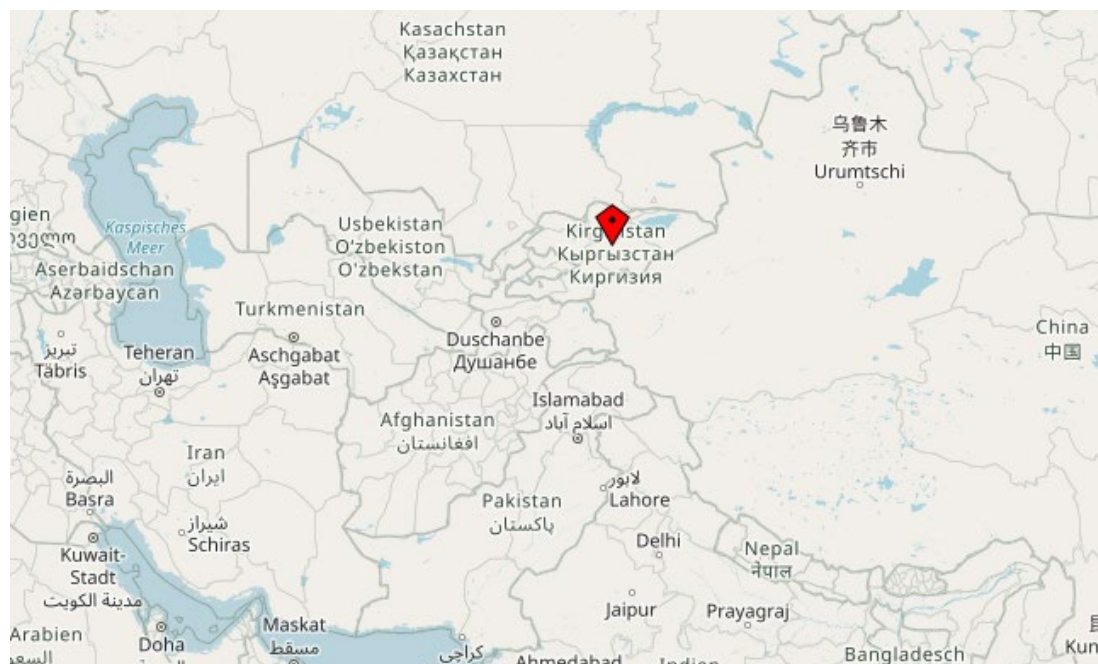
Konkret unterstützten die FZ-Sektorvorhaben Gesundheitswesen I + II (2005 65 994, 2007 66 535) das Reformprogramm *Manas Taalimi* 2006 – 2011 und die FZ-Sektorvorhaben Gesundheitswesen III-V (2011 66 396, 2013 65 469, 2015 67 510) das Folgeprogramm *Den Sooluk* 2012-2016, das nach verzögertem Beginn von 2014 bis 2018 durchgeführt wurde.

Die finanziellen Beiträge zum SWAp waren über ein Memorandum of Understanding (MoU) zwischen der kirgisischen Regierung und den Financiers geregelt. Begleitmaßnahmen (BM: 2005 70 325, 2007 70 370, 2011 70 190, 2013 70 030) stärkten die Fähigkeit des Personals, die Ausstattungssituation im Sektor zu analysieren und rationale und kosteneffektive Empfehlungen auszuarbeiten. Die vorliegende Evaluierung umfasst die Projekte unter den Sektor-Vorhaben Gesundheitswesen I + II und III-V ebenso wie die entsprechend zugeordneten BM.

Kurzbeschreibung des Vorhabens

Um zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung Kirgisistans beizutragen, wurden (wie oben beschrieben) mittels einer Korbfinanzierung im Rahmen eines SWAp die nationalen Gesundheitsreformprogramme unterstützt und die kirgisischen Partner – neben der Finanzierung – kontinuierlich bei der administrativen und technischen Planung und Koordination des Reformprozesses begleitet. Zielgruppe der Vorhaben war zunächst die Gesamtbevölkerung Kirgisistans, mit besonderer Berücksichtigung von armen Bevölkerungsteilen. Nach dem Mid-Term Review im Jahr 2016 wurde der Fokus auf Mütter und Kinder gelegt.

Karte des Projektlandes



Quelle: OpenStreetMap.

¹ Heute: Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO), <https://www.gov.uk/government/organisations/foreign-commonwealth-development-office>

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

Im Folgenden handelt es sich um Schätzwerte der WB auf Grundlage einer prospektiven Finanzplanung des Finanzministeriums. Laut Abschlusskontrolle (AK) ist eine genaue Angabe zu den IST-Gesamtkosten aufgrund der stetigen Wechselkursveränderungen über die Jahre nicht möglich.

		Vorhaben (Plan)	Vorhaben (Ist)	BM (Plan)	BM (Ist)
Investitionskosten (gesamt)	Mio. EUR		X	X	X
Manas Taalimi		1.053			
Den Sooluk		1.369,7			
Eigenbeitrag	Mio. EUR		X	X	X
Manas Taalimi		926			
Den Sooluk		1.140			
Korbfinanzierung	Mio. EUR		X	X	X
Manas Taalimi		77,4			
Den Sooluk		49,5			
davon BMZ-Mittel	Mio. EUR				
Manas Taalimi: BMZ-Nr.: 2005 65 994; 2007 66 535; BM: 2005 70 325; 2007 70 370		21,2	21,2	2,8	2,8
Den Sooluk: BMZ-Nr.: 2011 66 396; 2013 65 469; 2015 67 510; BM: 2011 70 190; 2013 70 030		21,7	21,7	0,8	0,8

Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Relevanz

Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Die Kirgisische Republik erbt im Jahr 1991 mit der Unabhängigkeit von der Sowjetunion ein Gesundheitssystem, das sich durch eine flächendeckende Gesundheitsversorgung und freien Zugang für alle Bürger auszeichnete.² Das Gesundheitssystem war zentralisiert, input-orientiert und gekennzeichnet von hohem bürokratischem Aufwand mit entsprechenden Kosten und Ineffizienzen.

Mit der Unabhängigkeit und dem Wegfall der Zuweisungen aus dem sowjetischen System waren die öffentlichen Finanzen auf die Dauer nicht in der Lage, das System weiterhin aufrecht zu erhalten. Die Gesundheitsindikatoren verschlechterten sich spürbar und die allgemeine Lebenserwartung ging zurück. Als Reaktion auf die Krise leitete das Gesundheitsministerium 1996 eine umfassende Restrukturierung des Gesundheitssystems ein.

Im Zeitraum von 1996 bis 2006 wurde mit Unterstützung der WHO das nationale Gesundheitsreformprogramm *Manas*³ entwickelt und umgesetzt, dessen Hauptziel die Entflechtung des Gesundheitssystems war. Die wichtigsten Merkmale der Reformen ‚Manas‘ und darauffolgend ‚Manas Taalimi‘ zielten auf i) den Aufbau und die Erhaltung bedarfsgerechter Infrastruktur, ii) die Dezentralisierung der Verwaltung sowie die Stärkung der administrativen und finanziellen Autonomie der Gesundheitsorganisationen, iii) die Zusammenlegung der Gesundheitsfonds⁴, iv) einen ergebnisorientierten Vergütungsmechanismus für Leistungserbringer und v) die Aufteilung des Gesundheitssektors in Anbieter und Nachfrager von Leistungen. Des Weiteren führten die Reformen zu einer Verlagerung von der fachärztlichen Versorgung hin zur Familienmedizin, zur Einführung eines

² Das Gesundheitssystem in der Sowjetunion wurde oft als Semaschko-System bezeichnet, benannt nach dem ersten Gesundheitsminister der Sowjetunion von 1918-1930, Nikolai Semaschko

³ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108088>

⁴ Seit 2001 ist der Fonds für die obligatorische Krankenversicherung (Mandatory Health Insurance Fund) für die Bündelung der Mittel des Gesundheitsbudgets und die Zusammenführung der Finanzierungsströme aus Versicherungs-, Landes- und Regionalhaushalten zuständig.

Basisleistungspakets, zu Reformen der Gesundheitsfinanzierung, einschließlich der Einführung des *Contracting*⁵ und eines konsolidierten Einzahlungssystems, sowie zur Liberalisierung des Arzneimittelmarktes.

Im Rahmen der Reorganisation sollte das sehr stark Krankenhaus-lastige Versorgungssystem in Richtung ambulanter Familienmedizin entwickelt werden. Um die Rolle der primären Gesundheitsversorgung zu stärken, wurden Familien-medizinische Zentren (Family-Medicine-Center, FMC⁶) und Familiengruppenpraxen (Feldsher Akusher Points, FAP⁷) eingerichtet.

Zentrale Herausforderung für die erste Reform war die Finanzierung der Leistungen. Haushalte, die Gesundheitsdienste in Anspruch nahmen, wurden durch formelle Zuzahlungen und hohe informelle Zahlungen finanziell stark belastet. Demgegenüber waren die öffentlichen Gesundheitsausgaben unterfinanziert und auch im Verhältnis zum Gesamthaushalt und zum BIP niedrig. Darüber hinaus war die externe Unterstützung von den Kooperationspartnern wenig koordiniert.

Vor diesem Hintergrund beschlossen die Regierung und die Kooperationspartner, diese Herausforderungen mit einem Sektor-weiten Ansatz (SWAp) der Gesundheitsreformen *Manas Taałimi* (2006-2010) und *Den Sooluk* (2012-2016) anzugehen. Der Großteil der externen Finanzierung wurde gebündelt (DfID, SDC, SIDA, WB und KfW)⁸ und eine gemeinsame Ergebnismatrix erarbeitet. Die Entwicklungspartner stellten nicht nur Finanzierungen bereit, sondern begleiteten die kirgisischen Partner eng und kontinuierlich bei der administrativen und technischen Planung und Koordination des Gesundheitsreformprozesses. Darüber hinaus unterstützten GTZ^{9,10}, WHO¹¹, USAID¹² und UNICEF¹³ das Programm mittels konkreter technischer Beratungs- und Unterstützungsprogramme. Ebenfalls unterstützten weitere Entwicklungspartner wie die Türkei, Indien, Japan, Russland, der Russisch-Kirgisische Entwicklungsfonds den Gesundheitssektor mit Projekthilfe, ohne aktiv an den regelmäßigen Treffen zwischen Regierung und den Partnern zum Thema Gesundheit teilzunehmen¹⁴.

⁵ Der Krankenversicherungsfonds (MHIF) fungiert als einziger öffentlicher Zahler für fast alle Krankenhäuser und Anbieter von Primärversorgung. Der MHIF schließt jährlich Verträge mit den Gesundheitseinrichtungen ab, die im Rahmen des Single Payer Systems finanziert werden, darüber hinaus stehen 185 Apotheken in vertraglicher Bindung zum MHIF.

⁶ FMC sind die größten ambulanten Gesundheitseinrichtungen und bieten medizinische Dienstleistungen an, die von allgemeiner medizinischer Versorgung bis zu spezialisierter Pflege und Diagnostik, einschließlich Röntgen und Ultraschall, reichen. Da FMC häufig an die Stelle kleinerer Krankenhäuser oder Polikliniken getreten sind, können in ihren Räumlichkeiten auch kleinere Operationen durchgeführt werden. In jedem FMC arbeiten in der Regel 10-20 Fachärzte.

⁷ Die FAP sind für die Bereitstellung umfassender primärer Gesundheitsdienste für die ganze Familie zuständig. Sie verfügen über mindestens einen Arzt und/ oder Feldsher sowie über Krankenschwestern und Hebammen. Obwohl sie unabhängige Einrichtungen sind, bleiben sie Teil der FMC, die für sie verantwortlich sind.

Eine weitere medizinische Institution in Kirgisistan ist das Netzwerk der Village Health Committees, Gemeinde-basierte Organisationen, die vom formellen Gesundheitssystem und den lokalen Selbstverwaltungsorganen unabhängig sind, aber eng mit beiden zusammenarbeiten⁷. Sie decken ungefähr 85 % der Dörfer in allen Bezirken ab und betreuen etwa 3,3 Mio. Menschen. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, das Gesundheitsbewusstsein der Dorfbewohner zu schärfen und gesunde Verhaltensweisen zu fördern. Mitarbeiter von Organisationen der medizinischen Grundversorgung besuchen die Dorfgesundheitskomitees regelmäßig und führen Schulungen zur Organisationsentwicklung und zu Gesundheitskampagnen durch. Eine besondere Rolle spielen sie bei HIV-Aufklärung.

⁸ Britisches Department for International Development (DfID), Schweizer Entwicklungszusammenarbeit (SDC), schwedische Entwicklungsagentur SIDA, Weltbank (WB)

⁹ <https://www.giz.de/en/downloads/giz2021-en-promotion-of-primary-healthcare-in-kyrgyzstan.pdf>

¹⁰ Beteiligung der GIZ gegen Ende von Den Sooluk

¹¹ <https://www.who.int/kyrgyzstan/about-us>

¹² USAI: HIV Flagship project (2015-2020), HIV REACT Project (June 2014 – June 2019), Challenge TB (2015-2019), Defeat Tuberculosis (2014-2019), HIV Investment Approach (October 2012 - September 2017), LEADER for People Living with HIV (August 2014 - August 2017), The Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project (August 2014 – September 2016), Health Finance & Governance: TB Strategic Purchasing (2014-2017), Quality Health Care (September 2010 – 2015)

Dialogue on HIV and Tuberculosis (September 30, 2009 – March 31, 2015), TB Care I (August 2011- September 2014), USAID WHO Tuberculosis Grant (January 2014 – January 2015), Demographic Health and Survey (DHS) (January 2011- September 2014), Maternal and Child Health Integrated Project (September 2011 – April 2014)

¹³ Health and child survival, <https://www.unicef.org/kyrgyzstan/health-and-child-survival>

¹⁴ <https://www.who.int/countries/kgz>, HEALTH SECTOR COORDINATION IN KYRGYSTAN, Further Strengthening the Sector-Wide Approach Final Report

Manas Taalimi war auf die Millenniums-Entwicklungsziele (MDG 4, 5, 6)¹⁵ zur Reduzierung der Kinder- und Säuglingssterblichkeit, zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern, zur Reduzierung von HIV/AIDS und anderen übertragbaren Krankheiten ausgerichtet. Darüber hinaus zielte das Programm auf die Reduzierung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab, welche in der Republik Kirgisistan die häufigste Ursache für einen verfrühten Tod sind.¹⁶

Zu den Zielindikatoren von *Manas Taalimi* zählten eine Verbesserung des Zugangs zu den Gesundheitsdiensten, die Verringerung der finanziellen Belastung der Bevölkerung, die Steigerung der Effizienz der Gesundheitsdienstleistungen und die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsdienste ab. Eine schrittweise Erhöhung der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitssektor bis 13% vom Gesamthaushalt wurde neben einer Budgetausführung von mindestens 95% als Budgetregel für die Korbfinanzierung der Gemeinsamen Financiers vereinbart.

Den Sooluk wurde als logische Fortsetzung der früheren Reform betrachtet und zielte auf einen sozialen Gesundheitsschutz im Sinne einer universellen Abdeckung, einem gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen, einer Lastenteilung bei der Finanzierung, eine bessere Qualifizierung des Gesundheitspersonals und einer Verbesserung des Finanzmanagements und der Beschaffung ab.

Das Ziel des Vorhabens, einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung in der Republik Kirgisistan zu leisten, stimmte insofern mit den kirgisischen Reformzielen überein und orientierte sich an den Politiken und Prioritäten des Partnerlandes.

Das Ziel des Vorhabens stand ebenfalls im Einklang mit der Landesstrategie des BMZ und dem Aktionsprogramm 2015¹⁷ der Bundesregierung sowie den Zielen des BMZ, seine Partnerländer beim Aufbau inklusiver, digitaler und resilienter Gesundheitssysteme und bei der Basisgesundheitsversorgung zu unterstützen.¹⁸ Die Ziele der Unterstützung orientierten sich an den Millennium Goals (MDG)¹⁹ (sowie im späteren Verlauf an den *Sustainable Development Goals* (SDG)) und folgten den Prinzipien der Paris Declaration und der Accra Agenda²⁰ hinsichtlich der Forderungen nach a) Eigenverantwortung und Eigenfinanzierung, b) Nutzung der Finanzsysteme der Partner und c) Harmonisierung. Darüber hinaus gehörte Kirgisistan zu den DAC/OECD Harmonization Pilot Countries²¹, die sich im Rahmen der Erklärung von Rom²² bereit erklärten, an der Umsetzung länderspezifischer Harmonisierung zu beteiligen.

Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Zielgruppe der Reformprogramme und damit der Vorhaben ist die Gesamtbevölkerung Kirgisistans von seinerzeit rd. 5 Mio. Einwohnern mit besonderer Berücksichtigung von armen Bevölkerungsteilen, die auf ein Drittel geschätzt wurde.²³ Dies konkretisiert sich im universellen Anspruch der kirgisischen Bevölkerung auf ein gesetzlich zugesichertes Versorgungspaket (State-guaranteed benefit package, SGBP) von zuzahlungsfreier ambulanter Basisgesundheitsversorgung sowie größtenteils zuzahlungspflichtigen Krankenhausleistungen. Im Programm der garantierten Grundversorgung sind für besonders Schutz- und Versorgungsbedürftige wie Kinder, Frauen im gebärfähigen Alter und ältere Patienten bzw. Patienten mit lebensbedrohlichen bzw. hochansteckenden Krankheiten, eine Vielzahl von Sonderregelungen vorgesehen (Aussetzung bzw. Verminderung von Nutzergebühren, Zahlungsübernahme der Krankenkassenbeiträgen durch den Sozialfonds sowie eine subventionierte bzw. kostenlose Medikamentenversorgung).

Nachdem beim Mid-Term-Review von *Den Sooluk* 2016 erkannt wurde, dass die breitgefächerten klinischen und sozialen Ziele wohl nicht zu erreichen waren, wurde der Fokus der Gemeinschaftsfinanzierung auf Mutter-und-Kind-Gesundheit bis zum Ende der Laufzeit 2018 gelegt, deren Ziele am ehesten erreichbar schienen. Insgesamt

¹⁵ https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/163088/03_MDG-report_17Apr2012.pdf

¹⁶ Altersstandardisierte Todesrate aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes oder chronischen Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen im Alter von 30-70 Jahren: 20,3 (im Jahr 2019). Zielwert: 9,3.

¹⁷ Ein im Jahr 2004 erarbeitetes politisches Programm zur Umsetzung von internationalen Gemeinschaftszielen. Die Bundesrepublik Deutschland hatte sich verpflichtet, an der Verwirklichung der Millenniumsziele mitzuwirken, die in Johannesburg 2002 ausgehandelt wurden.

¹⁸ <https://www.bmz.de/resource/blob/121224/233cfbd1506e34d04f387e383767abe5/schwerpunkte-unserer-entwicklungs-politik-de-data.pdf>

¹⁹ <https://www.un.org/millenniumgoals/>

²⁰ <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm>

²¹ <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/35036791.pdf>

²² <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/31451637.pdf>

²³ <https://www.adb.org/countries/kyrgyz-republic/poverty>

ist zu attestieren, dass die Ziele der Maßnahme auf die developmentpolitischen Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet waren.

Angemessenheit der Konzeption

Die zugrundeliegende Wirkungskette, wonach durch die Nutzung des verbesserten Zugangs aller Bevölkerungsteile zu den Gesundheitsleistungen, die Reduzierung finanzieller Belastungen im Krankheitsfall, Effizienz- und Qualitätssteigerung der Gesundheitsleistungen sowie Verbesserungen bei der Patientenorientierung und Transparenz des Gesundheitsversorgungssystems (Outcome-Ziel) ein Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung Kirgisistans geleistet werden sollte (Impact-Ziel), ist plausibel und nachvollziehbar (siehe rekonstruierte Wirkungslogik in Abbildung auf nächster Seite).

Konkret unterstützten die FZ-Maßnahmen die staatlichen Reformprogramme *Manas Taalimi* und das Folgeprogramm *Den Sooluk*, die über die Schaffung eines effizienten, umfassenden und integrierten Systems zur Erbringung individueller und öffentlicher Gesundheitsdienste die oben genannte Zielsetzung erreichen sollten. Dabei richtete sich die Gesundheitsreformpolitik auf i) eine Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen, ii) die Verringerung der finanziellen Belastung der Patienten, iii) die Erhöhung der Effektivität des Systems zur Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen und iv) die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsdienste. Dies wird in der Formulierung der Ziele auf Outcome-Ebene widerspiegelt.

Das Ziel des EZ-Programms, den Zugang aller Bevölkerungsgruppen und Geschlechter insbesondere im ländlichen Raum zu grundlegenden, an auf internationalen Standards basierend und nachhaltig finanzierten Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern (Output-Ebene), steht damit in direktem Zusammenhang zum formulierten Ziel auf Outcome-Ebene.

Hinsichtlich der Verbesserung der Gesundheitsergebnisse zielte *Den Sooluk* auf die Schwerpunktbereiche i) Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche Hauptursache für frühzeitigen Tod in Kirgisistan ist, ii) Mutter und Kind-Gesundheit, iii) Tuberkulose und iv) HIV/AIDS ab. Bei einer Umstrukturierung im Jahr 2016 wurde der Umfang des Projekts auf einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung von Müttern und Kindern fokussiert. Die öffentlichen Ausgaben für den Gesundheitssektor lagen in Kirgisistan vor der Umsetzung des Reformprogramms *Manas Taalimi* unter den von der WHO empfohlenen Mindestwert von 3 % des BIP²⁴. Um auf ein stetiges Wachstum der Gesundheitsausgaben hinzuwirken – und nicht zuletzt auch, um das Prinzip der Additonalität der Gebergelder zu wahren – waren alle Auszahlungen im Rahmen der Korbfinanzierung an die Einhaltung von Budgetregeln gebunden. Konkret wurden die folgenden zwei Haushaltsregeln vereinbart: Unter dem Programm *Manas Taalimi* sollte nach der ersten Regel der Anteil der Gesundheitsausgaben am Haushalt jedes Jahr um 0,6 % ansteigen, um 2010 13 % zu erreichen und unter dem Programm *Den Sooluk* sollte dieser Wert bei 13 % konsolidiert werden. Nach der zweiten Regel sollten die tatsächlichen jährlichen Ausgaben nicht unter 95 % der jeweils geplanten Budgetansätze fallen (Budgetausführung).

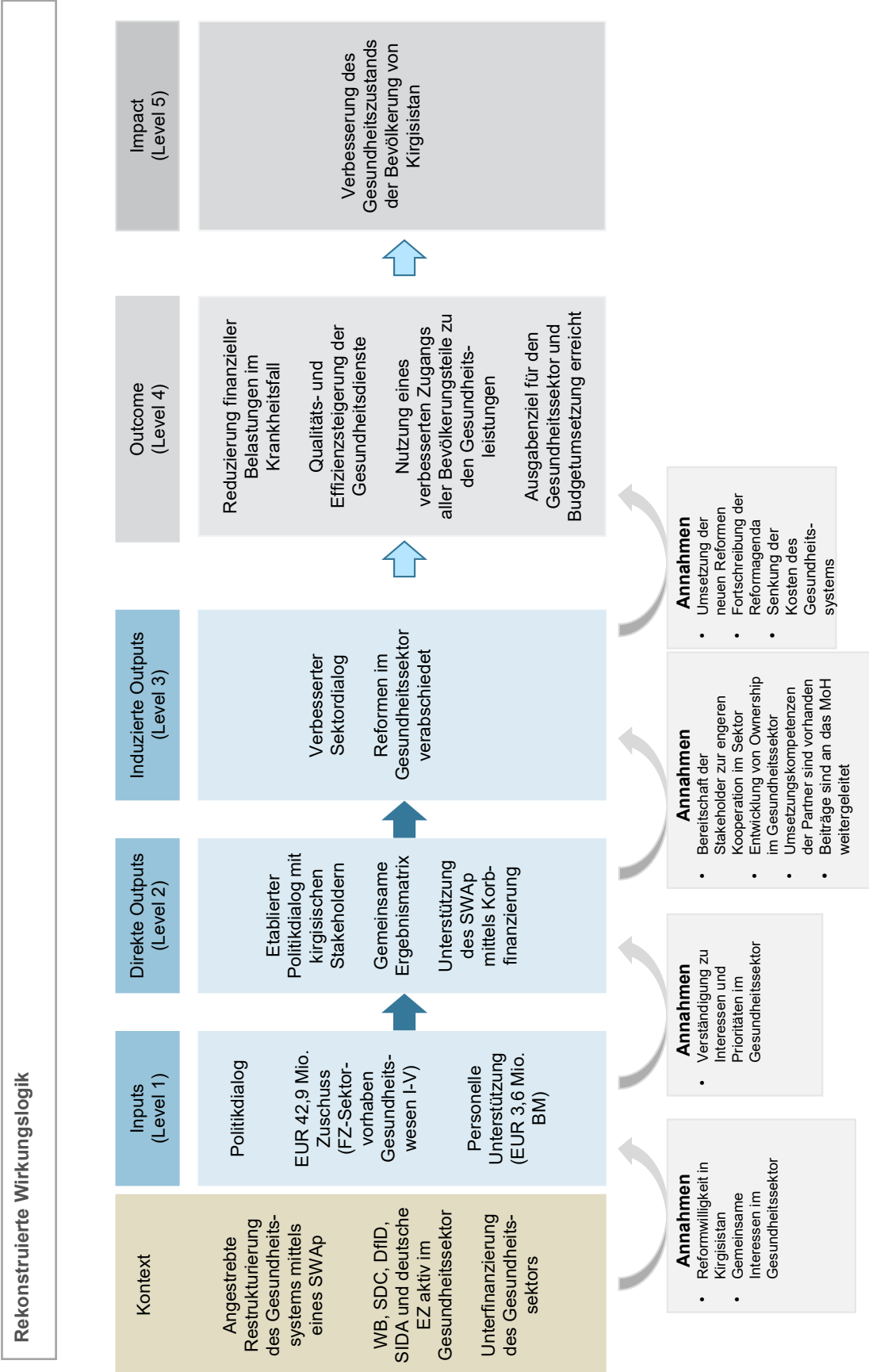
Zur Unterstützung der Reformumsetzung wurden im Rahmen der jeweiligen FZ-Investitionszusagen Mittel für BM (Consultingberatung)²⁵ bereitgestellt. So wurden dem Gesundheitsministerium und Gesundheitsfond MHIF im Laufe von *Manas Taalimi* und *Den Sooluk* umfangreiche Beratungsleistungen u.a. in Fragen zu Rationalisierung und Optimierung der Krankenhausdienste, zur Wartung und Instandhaltung, Krankenhausfinanzierung und Personalnormen zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus sollten im ganzen Land Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäuser sowie Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums zu den Themen Finanzmanagement und Beschaffung, beraten und ausgebildet werden. Aus einer FZ-Begleitmaßnahme²⁶ wurde u.a. auch der Mid-term Review zu *Den Sooluk* im Juni 2016 finanziert, in dessen Rahmen das Konzept angepasst und neu ausgerichtet wurde. Ebenfalls als Reformvorhaben, jedoch mit SFF-Mitteln, wurde eine ausführliche Machbarkeitsstudie zu einer öffentlich-privaten Partnerschaft im Gesundheitssektor durchgeführt, die auf einer BM-finanzierten Vorstudie aufbaute und im Ergebnis zu der ersten öffentlich-privaten Partnerschaft im Sektor beitragen sollte (Dialyседienste von Fresenius²⁷).

²⁴ <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGGESHA2011?lang=en>

²⁵ BM für *Manas Taalimi* 2,8 Mio. EUR; für *Den Sooluk* 0,8 Mio. EUR.

²⁶ BMZ Nr. 2011 70 190

²⁷ <https://www.nephrocare.de/clinic/dialysiscenter/llcfreseniusmedicalcarekgz-bishkek2>



Der Sektor-weite Ansatz war grundsätzlich geeignet, zur Lösung des Kernproblems beizutragen. Es hätte jedoch erwartet werden können, dass eine Sektorstrategie berücksichtigt, inwiefern die Kapazitäten der Verwaltung (MoH) der Komplexität einer Reform, die den ganzen Sektor umfasst, gewachsen sind.

Insgesamt war das Konzept darauf angelegt, Strukturen zu schaffen, die auch nach Auslaufen der Vorhaben erhalten bleiben; entsprechend ist die Nachhaltigkeit der angestrebten Verbesserungen bedacht. Mit dem gleichzeitigen Verfolgen sozialer Ziele als auch der Förderung finanzieller Nachhaltigkeit durch den Aufbau entsprechender Strukturen, wurde ein ganzheitlicher und richtiger Ansatz in der Konzeption der Vorhaben gewählt.

Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit

Der Mid-Term Review²⁸ zu *Den Sooluk* im Jahr 2016 stellte eine weiterhin anhaltende mangelhafte Behandlungsqualität und unzureichende Ergebnisse bei den Gesundheitsindikatoren, wie z.B. im Bereich der Müttersterblichkeit, als auch die weitere Ausbreitung der multiresistenten Tuberkulose fest.²⁹ Als Kernproblem wurde vor allem die Schwäche der primären Gesundheitsversorgung gesehen. Hier wurden beispielsweise nur 4 % aller Fälle von Bluthochdruck diagnostiziert, rd. 80 % aller Erwachsenen mit Bluthochdruck blieben unbehandelt. Zwar war der Finanzierungsanteil der Primärversorgung 2018 aus dem *State Guaranteed Benefit Package* (SGBP) auf 32,5 %³⁰ angehoben worden, ohne jedoch Ausbildung, Qualitätsanreize und Monitoring gleichermaßen zu verbessern.

Im Rahmen der Mid-term Review wurde deutlich, dass einige Ziele von *Den Sooluk* nicht erreicht werden können. Aus diesem Grund wurde auf den gemeinsamen Beschluss des Gesundheitsministeriums und der internationalen Gebergruppe hin eine Fokussierung der Korbunterstützung innerhalb der Restlaufzeit des Programms bis Ende 2018 auf die Schwerpunkte Mutter-Kind-Gesundheit und Systemstärkung der Basisgesundheitsdienste vereinbart. Dies geschah insbesondere in Anlehnung an das erfolgreiche *Results-based Financing* Vorhaben der Weltbank³¹ zur Verbesserung der Mutter-Kind-Dienste und wurde zugleich Wegbereiter für das neue kirgisische Gesundheitsreformprogramm *Healthy Person, Prosperous Country*³² und dem *Program-for-Results*-Konzept³³, das als logische Fortsetzung der Korbfinanzierung etabliert wurde. Beide Programme haben sich anstelle des bisherigen Sektor-weiten Ansatzes ausdrücklich auf eine Verbesserung der Basisgesundheitsversorgung fokussiert.

Zusammenfassung der Benotung:

Die zweite und dritte Sektor-Reform wurden im Rahmen eines Sektor-weiten Ansatzes, der das kirgisische Gesundheitsministerium und wichtige internationale Geber, wie WB, DfID, SDC, WHO, UNICEF und die deutsche FZ, einschloss, umgesetzt. Die Mittel wurden in einer Korbfinanzierung gebündelt. Beide Ansätze förderten die Ownership der kirgisischen Partner, vor allem im Gesundheitsministerium und Finanzministerium, an dem Reformprozess, reduzierten die Anzahl von Parallelprojekten der internationalen Partner, trugen zur Fokussierung auf die Top-Themen im Gesundheitssektor bei und stärkten einen aktiven und regelmäßigen Austausch zwischen allen Stakeholdern und deren Harmonisierung. Der Ansatz war absolut wichtig, richtig und relevant und ist es auch aus heutiger Sicht noch.

Den Bedürfnissen der Bevölkerung trugen die Ziele der Maßnahmen Rechnung, da sie an den politischen Prioritäten und Realitäten des Landes ausgerichtet waren. Die Wirkungskette ist plausibel. Die Hauptwirkung der

28 SECOND HEALTH AND SOCIAL PROTECTION PROJECT (SWAP2) (IDA CREDIT 5235-KG, IDA GRANT H8390-KG, TF015135) MID-TERM REVIEW JUNE 15 – 28, 2016 AIDE MÉMOIRE

²⁹ Nach Angaben der WHO waren 26 % aller neu gemeldeten Fälle und 61 % (2017) aller wiederbehandelten Fälle MDR-TB. MDR-TB ist eine besondere Form der Tuberkulose und wird durch Mykobakterien verursacht, die gegen die wirksamsten Anti-TB-Medikamente, Isoniazid und Rifampicin, resistent sind. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/310076/TB-surveillance-report-2016-Kyrgyzstan.pdf

³⁰ <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33096/Toward-a-More-Pro-Poor-and-Explicit-Health-Benefit-Package-in-the-Kyrgyz-Republic-A-Critical-Review-of-the-State-Guaranteed-Benefit-Package-and-Options-for-Its-Revision.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

³¹ <https://www.rbfhealth.org/project/kyrgyz-republic>

³² <https://www.uhc2030.org/news-and-stories/news/kyrgyzstan-government-and-partners-agree-a-joint-statement-on-health-sector-coordination-555271/>

³³ Zu den Merkmalen von Program-for-Results (PforR) gehören die Nutzung der Institutionen und Prozesse des Empfängerlandes und die direkte Verknüpfung der Auszahlungen mit dem Erreichen bestimmter Programmresultate. Der Ansatz trägt zum Aufbau von Kapazitäten innerhalb des Landes bei, erhöht die Effektivität und Effizienz. PforR unterstützt die Regierungsprogramme und fördert die Harmonisierung der externen Unterstützung.

Korbfinanzierung ist die nachhaltige Unterstützung der Reformumsetzung im Gesundheitssektor, die in erster Linie der Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung und solidarischen Weiterentwicklung der Gesundheitsfinanzierung dient. Darüber hinaus besteht mit der Korbfinanzierung ein gewichtiges Instrument in der Diskussion um Sektor-Maßnahmen und Budgetierung. Einschränkend zu bewerten ist allerdings, dass die Belastungsfähigkeit des Gesundheitspersonals überschätzt wurde, die Bürokratie schwerfällig agierte, die Koordination innerhalb der kirgisischen Regierung eine Herausforderung war und die Leistungsanreize zu gering waren. Dennoch beurteilen wir die Relevanz des Vorhabens insgesamt als erfolgreich.

Relevanz: 2

Kohärenz

Interne Kohärenz

Innerhalb der deutschen EZ ergaben sich inhaltliche Anknüpfungspunkte zwischen der FZ-Unterstützung über die Korbfinanzierung und dem TZ-Projekt „Förderung der Primären Gesundheitsversorgung“. Obwohl Kirgisistan bei der Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung im Gesundheitswesen Erfolge erzielt hat, gibt es nach wie vor Probleme bei der Gewährleistung der medizinischen Grundversorgung. Das laufende TZ-Vorhaben adressiert diese Problematik und konzentriert sich auf die Verbesserung der Qualität und Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung, insbesondere im Bereich der Gesundheit von Mutter und Kind. Das TZ-Projekt steht damit im Einklang mit der Nationalen Entwicklungsstrategie 2018-2040³⁴ und der Nationalen Gesundheitsstrategie 2019-2030³⁵ und ist komplementär zum FZ-Vorhaben.

Der Korb steht im Zentrum des Politik- und Sektor-Dialogs der Gebergemeinschaft mit der Regierung. Ihre Beteiligung an der Korbfinanzierung ermöglicht der deutschen EZ eine bedeutende Mitsprache zur Reformentwicklung und damit erheblichen Einfluss auf die Gestaltung verbesserter Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor. Im Rahmen des SWAp sind auch die bilateralen Vorhaben von FZ und TZ (sowie anderer Geber) in das Reformprogramm und den Sektor-Dialog eingebunden und erhalten durch die Korbbeteiligung erhöhtes Gewicht.

Externe Kohärenz

Die gemeinsame finanzielle Unterstützung durch die Korbfinanzierung mit einem Gesamtbetrag von 77,4 Mio. USD (*Manas Taalimi*) und 49,5 Mio. USD (*Den Sooluk*) ermöglichte dem Partnerland, federführend bei der Programmgestaltung und -durchführung mitzuwirken. Der kontinuierliche Dialog im Rahmen des Programms förderte die Harmonisierung der externen Unterstützung. Zusätzlich zu ihren Beiträgen zur Korbfinanzierung leisteten mehrere Financiers auch bilaterale Unterstützung für einzelne Bereiche der Reformprogramme. Alle diese Beiträge waren Teil der übergreifenden SWAp-Planung und wurden in enger Abstimmung mit der kirgisischen Regierung umgesetzt.

Die Beschaffung von Investitions- und Konsumgütern, im Wesentlichen medizinische Geräte und Verbrauchsartikel, die Organisation von Consultingleistungen sowie die Durchführung von Studien und medizinischen Trainings wurde nach Jahresplänen umgesetzt, die auf den Joint Annual Reviews (JAR) mit den Financiers abgestimmt wurden. Im Rahmen der treuhänderischen Risikokontrolle erfolgte ein enges Monitoring von Beschaffungs- und Finanzmanagement durch die WB im Namen aller Financiers. Mit Hilfe jährlicher externer finanzieller und operativer Audits wurde die Umsetzung der Reformmaßnahmen im Sektor nachgehalten und geprüft.

Im Mittelpunkt des Monitorings und der Evaluierung des Programmfortschritts standen im Hinblick auf die Zielerreichung die etablierten JAR, die von der Regierung und der Gebergemeinschaft gemeinsam durchgeführt und deren Ergebnisse in jeweiligen Summary Notes (Aide-Memoires) festgehalten wurden.

Mit der Unterzeichnung eines Memorandum of Understanding (MoU) zwischen der Regierung und den Entwicklungspartnern (DfID, SDC, SIDA, WB und die deutsche FZ) wurde der harmonisierte Finanzierungsmechanismus (Basket Fund) direkt auf die in der Reformstrategie festgelegten Ziele ausgerichtet.

Die Umsetzung der Maßnahme über eine Gemeinschaftsfinanzierung reduzierte vom Ansatz her die Belastung des Partners und erleichterte die Harmonisierung der externen Unterstützung.

³⁴ <http://donors.kg/en/strategy/5174-national-development-strategy-of-the-kyrgyz-republic-for-2018-2040>

³⁵ <https://www.who.int/europe/news/item/23-01-2019-kyrgyzstan-adopts-new-health-strategy-for-2019-2030>

Zusammenfassung der Benotung:

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Maßnahme konsistent auf die Eigenanstrengungen des Partners abgestellt war und sich mit der Förderung anderer Geber ergänzte. Vor diesem Hintergrund beurteilen wir die Kohärenz des Vorhabens als erfolgreich.

Kohärenz: 2

Effektivität

Erreichung der (intendierten) Ziele

Das im Rahmen der EPE angepasste Ziel war: Nutzung eines verbesserten Zugangs aller Bevölkerungsteile zu den Gesundheitsleistungen, die Reduzierung finanzieller Belastungen im Krankheitsfall, Effizienz- und Qualitätssteigerung der Gesundheitsleistungen sowie Verbesserungen bei der Patientenorientierung und Transparenz des Gesundheitsversorgungssystems.

Die Erreichung des Ziels auf Outcome-Ebene kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator	Status bei PP	Zielwert lt. PP/EPE	Ist-Wert bei AK (optional)	Ist-Wert bei EPE
Indikator 1 Anteil der geplanten Ausgaben für den Gesundheitssektor gemessen am Gesamthaushalt	7,1 %	13 %	13,1 % (2018)	9 % (2019) ³⁶ ; für das Haushaltsjahr 2023 sind 10 % des Budgets für den Gesundheitssektor vorgesehen. Der Indikator wurde nicht erfüllt.
Indikator 2 Budgetumsetzung im Gesundheitssektor	93,6 %	≥ 95 %	96,4 % (2018)	Der Indikator wurde erfüllt (siehe Text).
Indikator 3: Out-of-pocket (Eigenfinanzierung) Ausgaben in % gesamten Gesundheitsausgaben	42,6 % (2005)	Hier existieren keine Zielwerte, jedoch sollte die Eigenfinanzierung eher gering gehalten werden	54,5 % (2015)	46,2 % (2019) ³⁷ Der Indikator wurde nicht erfüllt (siehe Text).
Indikator 4: Vollständige Immunisierung von Kindern unter 2 Jahren DPT3 (Prozentsatz der Zweijährigen, die drei Dosen des kombinierten Impfstoffs gegen Diphtherie, Tetanus-Toxoid und Pertussis, DPT3, erhalten haben)	98 % (2005)	100 %	87 % (2020)	95 % (2021) Der Indikator ist bedingt erfüllt (siehe Text).

³⁶ <https://apps.who.int/nha/database>

³⁷ WHO (2022): Health Systems in Transition Vol. 24 No. 3.

Indikator 5: SDG 3.1.2 in %: Anteil der Geburten, die von ausgebildetem Gesundheitspersonal betreut wurden	97,5 %	100 % (SDG Ziel)	99,8 %	Der Indikator ist erfüllt: 99,8 % entspricht fast der Zielgröße
--	--------	------------------	--------	---

Beitrag zur Erreichung der Ziele

Der Mid-term Review von 2008 (Manas Taalimi) ergab eine Verbesserung der Lebenserwartung sowie eine Reduzierung der Kindersterblichkeit und der Tuberkulose-Sterblichkeit, die bis zum Abschluss von Den Sooluk fortgeschrieben wurde. Tatsächlich hatte Kirgisistan das MDG-Ziel 4 (Verminderung der Kindersterblichkeit um 2/3 zwischen 1990 und 2015) erreicht. Ebenfalls hatte die Evaluierung der Implementierung von Manas Taalimi vom April 2011 auf einen verbesserten finanziellen Schutz im Krankheitsfall hingewiesen, die Zuzahlungen (Out of Pocket Payments) der Patienten gingen zwischen 2006 und 2009 um 11,4 % zurück.

Jedoch stellte der Mid-term Review von Den Sooluk im Juni 2016 eine anhaltend mangelnde Behandlungsqualität und unzureichende Ergebnisse bei den Gesundheitsindikatoren fest. So war die hohe Müttersterblichkeit (WHO 2015: 76/100.000) als auch die weitere Ausbreitung der multiresistenten Tuberkulose alarmierend. Als Kernproblem wurde insbesondere die Schwäche der primären Gesundheitsversorgung gesehen. Hier wurden beispielsweise nur 4 % aller Fälle von Bluthochdruck diagnostiziert, rd. 80 % aller Erwachsenen mit Bluthochdruck blieben unbehandelt.

Nachdem mit den Ergebnissen des Mid-term Reviews erhebliche Zweifel an der Zielerreichung von Den Sooluk aufgekommen waren, wurde auf gemeinsamen Beschluss von Gesundheitsministerium und der internationalen Geber eine Fokussierung der Korbunterstützung innerhalb der Restlaufzeit des Programms bis Ende 2018 auf Mutter-Kind-Gesundheit und Systemstärkung der Basisgesundheitsdienste vereinbart. Dies geschah insbesondere in Anlehnung an das erfolgreiche Results-based Financing-Vorhaben der Weltbank zur Verbesserung der Mutter-Kind-Dienste im Land und wurde zugleich Wegbereiter für die neue Gesundheitsreform Healthy Person - Prosperous Country und das Program-for-Results Konzept der Anschlusskorbförderung, die sich ausdrücklich auf eine Verbesserung der Basisgesundheitsversorgung fokussierte und vom Sektor-weiten Ansatz Abstand nahm.

Der Finanzierungsanteil der Primärversorgung aus dem SGBP war schon zwischen 2004 und 2007 von 26,4 % auf 37,9 % angehoben worden, ohne jedoch Ausbildung, Qualitätsanreize und Monitoring gleichermaßen zu verbessern.

Indikator 1: Anteil der geplanten Ausgaben für den Gesundheitssektor gemessen am Gesamthaushalt

Das Ausgabenziel für den Gesundheitssektor wurde im MoU zwischen der Regierung und den Financiers der beiden Sektor-weiten Programme stipuliert, was die Additionalität der externen Finanzierung sichern sollte. Es war vereinbart, dass der staatliche Haushalt mindestens 13 % der Gesamtmittel für den Gesundheitssektor ab dem Ende der ersten Korbförderung und über die Laufzeit der zweiten Korbförderung ausweist. Laut Information der WB wurde der Indikator von 2013 bis 2018 durchgehend erfüllt.³⁸ Nach Angaben der WHO wurde 2019 das Ziel von 13 % nicht erreicht. Für das Haushaltsjahr 2023 sind 10 % des Budgets für den Gesundheitssektor vorgesehen.³⁹

Auch wenn zuletzt der Indikatorwert für den Anteil der geplanten Ausgaben für den Gesundheitssektor gemessen am Gesamthaushalt nicht erfüllt wurde, gehörten die prozentualen Gesundheitsausgaben der kirgisischen Regierung nach WHO Europa zum europäischen Mittelfeld und lagen damit deutlich vor den zentralasiatischen Nachbarländern Usbekistan und Tadschikistan. Besonders bemerkenswert ist die Tatsache, dass die Budgetdisziplin im Revolutionsjahr 2010 mit dem Sturz des Präsidenten und den nachfolgenden ethnischen Unruhen im Süden des Landes eingehalten wurde.

³⁸ World Bank: Den Sooluk National Health Reform Program, Aide Memoire May 2018, Annex 2

³⁹ https://unsdg.un.org/sites/default/files/2022-06/Kyrgyzstan_Cooperation_Framework_Results_Framework_2023-2027.pdf

Indikator 2: Budgetumsetzung: Gesundheitssektor Budget

Eine weitere Bedingung der Geber, die im Rahmen des SWAp an der Gesundheitsfinanzierung beteiligt waren, war die tatsächliche Umsetzung des öffentlichen Gesundheitsbudgets von mindestens 95 %. Das Ziel des Indikators wurde erreicht. Auch die PEFA-Studie von 2021^{40 41} bestätigt, dass im Allgemeinen die geplanten Ausgaben aggregiert zu 90 % bis 110 % umgesetzt werden, das gilt sowohl für laufende Ausgaben als auch für Investitionen.

Indikator 3: Out-of-pocket (Eigenfinanzierung) Ausgaben in % an den gesamten Gesundheitsausgaben

Die Kosten im kirgisischen Gesundheitssystem werden aus verschiedenen Quellen finanziert, darunter die Zahlungen der Patienten (48 %), die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung (45 %), staatliche Mittel und externe Zuschüsse (7 %)⁴². Der obligatorische Krankenversicherungsfonds (MHIF)⁴³ ist der Alleinzahler für öffentliche Gesundheitsdienste. MHIF bündelt die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung, staatliche Zuschüsse und andere Mittel, die den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen zugewiesen werden. Die Herausforderung für die Krankenversicherung besteht darin, dass nur 69 % der Bevölkerung versichert sind, was zum Teil auf den hohen Anteil des informellen Sektors an der Wirtschaft zurückzuführen ist. Das Leistungspaket des staatlichen Garantieprogramms für die Bevölkerung legt den Umfang, die Art und die Bedingungen für die Gesundheitsdienstleistungen fest, die kostenlos oder zuzahlungspflichtig sind. Die Grundversorgung, ambulante fachärztliche Versorgung in Einrichtungen der Grundversorgung und Basis-Labortests sind für die Bürger, die bei den Anbietern der Grundversorgung eingeschrieben sind, kostenfrei. Ambulante fachärztliche Versorgung in Krankenhausambulanzen und stationäre Krankenhausleistungen sind grundsätzlich zuzahlungspflichtig, es sei denn, die Patienten gehören zu einer von 30 Kategorien nach sozialem Status oder 16 Kategorien nach klinischer Indikation, die Anspruch auf kostenfreie Leistungen haben. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf eine Ermäßigung von 50 % der Kosten für Gesundheitsleistungen.

Regelungen für kostenlose Behandlungen in der ambulanten Versorgung und im stationären Bereich⁴⁴

Based on Social Status	Based on Clinical Indications
<ol style="list-style-type: none"> 1. Teilnehmer des Großen Vaterländischen Krieges. 2. Personen, die infolge ihrer Teilnahme am Großen Vaterländischen Krieg und an den Ereignissen in Batken 1999⁴⁵ invalide wurden. 3. Bürger, die von operativen Maßnahmen im Kampf gegen den internationalen Terrorismus betroffen sind. 4. Bürger, die während des Großen Vaterländischen Krieges mit Orden und Medaillen der UdSSR ausgezeichnet wurden. 5. Ehemalige KZ-Häftlinge. 6. Überlebende der Belagerung von Leningrad. 7. Arbeitsveteranen, die älter als 70 Jahre sind. 8. Personen, die mit dem Orden "Baatyr Ene" und dem Orden "Mutter Heldin" ausgezeichnet wurden. 9. Bürger, die während des Großen Vaterländischen Krieges unrechtmäßig und zwangsweise während des Großen Vaterländischen Krieges in Arbeitslager mobilisiert und anschließend rehabilitiert wurden. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frauen, die für eine Schwangerschaft registriert sind 2. Frauen mit Schwangerschaftspathologien in stationärer Behandlung (für die Hauptdiagnose) 3. Frauen, die aufgrund sozialer und medizinischer Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch eingewiesen wurden 4. Frauen, die wegen einer Entbindung aufgenommen wurden 5. Frauen mit postnatalen Komplikationen innerhalb von 10 Wochen nach der Entbindung 6. TB-Patientinnen 7. Patienten mit Bronchialasthma 8. Krebspatienten im Endstadium 9. Patienten mit psychischen Erkrankungen (Paranoia, chronisches Delirium, affektive Störungen) 10. Epileptische Patienten 11. Patienten mit Diabetes mellitus 12. Patienten mit Diabetes insipidus

⁴⁰ Public Expenditure and Financial Accountability ist eine Institution und Methode, welche die Qualität der Führung der öffentlichen Finanzverwaltung bewertet.

⁴¹ PEFA (2021): Public Expenditure and Financial Accountability (PEFA) Performance Assessment Report

<https://www.pefa.org/node/181>

⁴² Health Financing case study no.16, Kyrgyzstan's health financing system, WHO 2020

⁴³ <https://m4health.pro/health-insurance-fund-in-kyrgyzstan/>

⁴⁴ Stand 2021, siehe WHO (2022): Health Systems in Transition Vol. 24 No. 3.

⁴⁵ Der Batken-Konflikt war ein bewaffneter Konflikt zwischen der Islamischen Bewegung Usbekistan, einer islamistischen Miliz, auf der einen Seite und den kirgisischen Streitkräften mit Unterstützung der usbekischen Streitkräfte auf der anderen Seite.

<p>10. Helden der Sowjetunion und Personen, die mit dem Ruhmesorden dritter Klasse ausgezeichnet wurden.</p> <p>11. Helden der sozialistischen Arbeit.</p> <p>12. Bürger, die mit dem höchsten Verdienst Kirgisis-tans ausgezeichnet wurden.</p> <p>13. Teilnehmer an Feindseligkeiten auf dem Territorium anderer Staaten.</p> <p>14. Bürger, die von dem Unfall im Kernkraftwerk Tschernobyl betroffen sind.</p> <p>15. Menschen mit Behinderungen, die bei der Ablei-tung des Militärdienstes verwundet und verletzt wur-den.</p> <p>16. Bürger, die von den Ereignissen am 17. März 2002 im Bezirk Aksy in der Provinz Dschalal-Abad, am 6. April 2010 in der Provinz Talas, am 7. April 2010 in den Städten Bischkek und Naryn, am 13., 14. und 19. Mai 2010 in der Provinz Dschalal-Abad und im Juni 2010 in der Stadt Osch sowie in den Provin-zen Osch und Dschalal-Abad betroffen waren.</p> <p>17. Personen mit Behinderungen der Behinderungs-gruppen I und II aufgrund von Arbeitsunfällen, Berufs-oder Allgemeinerkrankungen.</p> <p>18. Personen mit Seh- und Hörbehinderungen.</p> <p>19. Personen mit Behinderungen seit der Kindheit.</p> <p>20. Kinder mit Behinderungen unter 18 Jahren.</p> <p>21. Kinder bis zum Alter von 6 Jahren.</p> <p>22. Waisenkinder, die in staatlichen Waisenhäusern, Familienwaisenhäusern (Pflegefamilien), Heimen für Waisen und Kinder ohne elterliche Fürsorge leben.</p> <p>23. Bürger, die in Wohnheimen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen leben.</p> <p>24. Bürger, die zum aktiven Militärdienst einberufen werden und von den Sanitätsbehörden der Streit-kräfte geschickt werden.</p> <p>25. Dienstleistende.</p> <p>26. Personen, die mit HIV/AIDS leben.</p> <p>27. Kinder aus einkommensschwachen Familien un-ter 16 Jahren.</p> <p>28. Rentner über 70 Jahre.</p> <p>29. Personen, gegen die ein Ermittlungsverfahren läuft, und Personen, die ihre Strafe verbüßen.</p> <p>30. Absolventen von Waisenhäusern und Internaten ohne elterliche Fürsorge, die jünger als 23 Jahre sind.</p>	<p>13. Kontaktpersonen und Patienten mit Krankheiten, die durch hochgefährliche Infektionen verursacht wer-den und eine Quarantäne erfordern (Typhus, Paraty-phus, Milzbrand, Pest)</p> <p>14. Tollwutpatienten und Personen, die mit dem Pati-enten Kontakt hatten und möglicherweise mit Tollwut infiziert sind</p> <p>15. Patienten mit Meningokokkenmeningitis.</p> <p>16. Hämophilie-Patienten</p>
---	---

Personen, die nicht zu den in der Tabelle aufgeführten Kategorien gehören, müssen für Krankenhausleistungen Zuzahlungen leisten. Die minimale Zuzahlung für Leistungen in Höhe von KGS 330 (1 EUR = 92,94 KGS, 1 KGS = 0,1008 EUR)⁴⁶ in der Ambulanz und für stationäre Eingriffe in Höhe von KGS 430 wird von Rentnern unter 70 Jahren, Personen, die mit der Medaille *Veteran der Arbeit* ausgezeichnet wurden, und Personen, die Sozialleis-tungen erhalten, geleistet. (Zur Orientierung: der monatliche Mindestlohn 2022 beträgt KGS 1.970.)⁴⁷

Zuzahlungen für Krankenhausleistungen⁴⁸

⁴⁶ https://www.finanzen.net/waehrungsrechner/som_euro

⁴⁷ <https://wageindicator.org/salary/minimum-wage/minimum-wages-news/2022/minimum-wage-increased-in-kyrgyzstan-march-17-2022>

⁴⁸ https://www.oecd.org/countries/kyrgyzstan/Social_Protection_System_Review_Kyrgyzstan.pdf

	Stationäre Einrichtungen, die keine staatlichen Krankenhäuser sind	Staatliche Krankenhäuser
Zuzahlungen für allgemeine Leistungen	Minimum KGS 330 Average KGS 840 Maximum KGS 2.650	Minimum KGS 330 Average KGS 1.160 Maximum KGS 2.980
Zuzahlungen für Chirurgische Eingriffe	Minimum KGS 430 Average KGS 1.090 Maximum KGS 3.440	Minimum KGS 430 Average KGS 1.510 Maximum KGS 3.870

Den Daten des Krankenversicherungsfonds *Mandatory Health Insurance Fund* für 2019⁴⁹ zufolge waren rd. 65 % der Krankenhauspatienten von Zuzahlungen befreit. Von allen Krankenhauspatienten im Jahr 2019 waren 76 % in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Allerdings decken die Zuzahlungen und die gesetzliche Krankenversicherung nicht die Kosten für teure Diagnosen oder Behandlungen, die durch private Zahlungen gedeckt werden müssen.

Laut WHO fallen private Zahlungen hauptsächlich für Sanitätsartikel und Arzneimittel an⁵⁰. Die meisten öffentlichen Mittel wurden für die stationäre und ambulante Versorgung ausgegeben, obwohl die Haushalte bereits einen großen Teil der Ausgaben für die stationäre und ambulante Versorgung aus eigener Tasche bezahlten.

Das *Additional Drug Package* (ADP) ist ein Zusatzleistungssystem, das sich ausschließlich auf Arzneimittel im ambulanten Sektor bezieht. Für Arzneimittel, die auf der ADP-Liste stehen, müssen die anspruchsberechtigten Patienten (d. h. die rd. 69 % der kirgisischen Bevölkerung, die beim MHIF eingeschrieben sind) die Differenz zwischen dem "Basispreis" (dem festgelegten Erstattungstarif, der vom MHIF abgedeckt wird) und dem Apothekenverkaufspreis zahlen. Die Medikamentenpreise sind in Kirgisistan nicht reguliert. Im Rahmen des SGBP werden Arzneimittel für bestimmte Erkrankungen kostenlos abgegeben, in der Realität liegt die Erstattungsquote jedoch bei 80-90 % des Verkaufspreises. Im Jahr 2015 wurden 87,9 % der Kosten für Arzneimittel im Rahmen des SGBP übernommen.⁵¹

Laut Studien ging der Anteil der *Bevölkerung, der durch Ausgaben für ihre Gesundheit ärmer wurde oder gar verarmte* (*Catastrophic Health Expenditure*⁵²), zwischen 2000 und 2006 zeitgleich mit den Reformen zur Einführung des Einheitsbeitrags und der stetigen Verbesserung des Lebensstandards zurück. Die Quote stieg dann zwischen 2009 und 2014 wieder auf 12,8 % an⁵³, was hauptsächlich auf Ausgaben für Medikamente und medizinische Hilfsmittel zurückzuführen war.

Auch wenn die Armut generell zurückging, blieb die Häufigkeit der katastrophalen Ausgaben im ärmsten Quintil hoch. So hatten im Jahr 2014 40 % der Haushalte im ärmsten Quintil katastrophale Ausgaben für die Gesundheit, verglichen mit 13 % aller Haushalte in Kirgisistan. Außerdem stieg bei den Haushalten mit katastrophalen Ausgaben der durchschnittliche Betrag, der aus eigener Tasche ausgegeben wurde, als Anteil an den Gesamtausgaben des Haushalts zwischen 2009 und 2014 im ärmsten Quintil besonders stark an.⁵⁴

Auch wenn es keine quantitative Vorgabe hinsichtlich des Indikators gab, wird er als nicht erfüllt bewertet, da die intendierte Reduzierung der Eigenfinanzierung nicht dauerhaft war und die „*Catastrophic Health Expenditures*“ bei den Armen nach 2009 wieder anstieg.

Indikator 4: Vollständige Immunisierung von Kindern unter 2 Jahren DPT3 (Prozentsatz der Zweijährigen, die drei Dosen des kombinierten Impfstoffs gegen Diphtherie, Tetanus-Toxoid und Pertussis, DPT3, erhalten haben).

Kirgisistan weist traditionell eine hohe Durchimpfungsrate bei Routineimpfungen im Kindesalter auf. 96 % der Säuglinge erhielten 2019 die erste Dosis gegen Masern (2019) (gegenüber 95 % in der Europäischen Region der

⁴⁹ <https://www.devex.com/organizations/mandatory-health-insurance-fund-kyrgyzstan-130160>

⁵⁰ Stand 2019: 46,3 % der gesamten Gesundheitsausgaben

⁵¹ WHO (2022): *Health Systems in Transition* Vol. 24 No. 3.

⁵² Als katastrophale Gesundheitsausgaben (*Catastrophic Health Expenditure*, CHE) werden alle Ausgaben für medizinische Behandlungen bezeichnet, die die finanzielle Fähigkeit eines Haushalts, seinen Lebensunterhalt zu bestreiten, gefährden können. CHE sind nicht notwendigerweise mit sehr hohen Gesundheitsausgaben verbunden. Sie treten auf, wenn Menschen im Verhältnis zu ihrem Einkommen hohe Summen für ihre Gesundheit ausgeben müssen. Gesamtgesundheitsausgaben von 10 % oder mehr des Gesamteinkommens werden oft als Anzeichen für CHE angesehen, WHO-Definition.

⁵³ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329444>

⁵⁴ Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Kyrgyzstan, WHO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329444>

WHO) und 98 % der Kinder die zweite Dosis (gegenüber 91% in der Europäischen Region der WHO).⁵⁵ Die Routineimpfungen für Kinder sind kostenlos, die ersten Impfungen werden bei der Geburt in den Entbindungskliniken und die anschließenden von den Primärversorgern vorgenommen.

Die DTP3-Immunisierungsrate lag stets bei über 95 %, sank jedoch 2021 im Rahmen der COVID-19 Pandemie auf 88,8 % infolge von Ausgangssperren und Prioritäten für die COVID-Impfungen. Auch wenn hier die Zahlen rückläufig sind, liegt die Immunisierungsrate in Kirgisistan weiterhin über dem Weltdurchschnitt, laut einer jetzt veröffentlichten Modellierungsstudie⁵⁶ lag die geschätzte Durchimpfungsrate im Jahr 2020 weltweit für DTP3 bei 76,7 %. Für die DTP3-Impfung bedeutet das ein Defizit von 7,7 % gegenüber Schätzungen, die ohne den Einfluss der Pandemie gemacht wurden.

Der Indikator ist zwar erfüllt, aber für das SDG-Ziel wird ausgewiesen, dass weiterer Handlungsbedarf besteht.⁵⁷

Indikator 5: Anteil der Geburten, die von ausgebildetem Gesundheitspersonal betreut wurden

Der Anteil der Geburten, die von qualifiziertem Gesundheitspersonal betreut wurden (SDG-Indikator 3.1.2), lag im Allgemeinen bei über 90 %, das hohe Niveau wurde über die Jahre beibehalten. Gleichzeitig stieg der Prozentsatz der normalen Entbindungen in Distriktkrankenhäusern, die nach klinischen Protokollen durchgeführt wurden, von 5,7 % im Jahr 2014 auf 84 % im Jahr 2019 und übertraf damit das Ziel von 58 %⁵⁸. Der Prozentsatz der komplizierten Entbindungen in den Distriktkrankenhäusern, die nach klinischen Protokollen durchgeführt wurden, stieg von 2,5 % im Jahr 2014 auf 43 % im Jahr 2019, womit das interne Ziel von 43 % erreicht wurde.

Qualität der Implementierung

Das Gesundheitsministerium war federführend bei der Ausführung des SWAp, da die Gebergruppe ausdrücklich beschlossen hatte, keine Projektdurchführungseinheit (PIU) auf Ministeriumsebene einzurichten. Das verlangsamte zwar teilweise die Umsetzung von Programmmaßnahmen, besonders in Verbindung mit der öffentlichen Beschaffung, hatte aber einen Lerneffekt hin zu mehr Eigenverantwortung und Ownership.

Die halbjährlichen Koordinierungssitzungen zur gemeinsamen Jahresüberprüfung förderten den politischen Dialog und den fachlichen Austausch zwischen den Entwicklungspartnern und dem Gesundheitsministerium.

Hinsichtlich der Umsetzung des SWAp (Beschaffung, Finanzmanagement sowie Monitoring und Evaluierung) wurden die nationalen Systeme genutzt. Zu Beginn der Unterstützung ergaben sich Herausforderungen besonders im Bereich der Beschaffung und der Finanzberichterstattung, die jährlichen Arbeitspläne waren wenig priorisiert und überstiegen oftmals die verfügbaren Mittel. Mittelfristig führte die Nutzung der Systeme jedoch zur Stärkung der Kapazitäten des Gesundheitsministeriums⁵⁹. Allerdings waren die Kapazitäten angesichts des breiten Aufgabenspektrums, der Vielzahl an Schnittstellen sowie der Komplexität des Reformprogramms sehr knapp bemessen, was zu Verzögerungen bei der Programmimplementierung besonders bei großen Ausschreibungen führte. Trotz häufiger Wechsel auf Führungsebene des Gesundheitsministeriums konnten Kapazitäten auf der mittleren Ebene aufgebaut werden, was der Projektumsetzung durchaus zugutekam. Auf Basis der geführten Interviews hatte die Revolution 2010⁶⁰ negative Auswirkungen auf die Umsetzung der Reformen, als ein großer Teil der Mitarbeiter, vor allem auf Ministerebene, das Ministerium verließen.

Das Finanzmanagement des Gesundheitsministeriums sowie alle Beschaffungen im Sektor wurden einem engen Monitoring der Weltbank unterzogen. Zur treuhänderischen Risikokontrolle wurden regelmäßige interne und externe Audits durchgeführt. In aller Regel enthielten die externen Rechnungsprüfungen und Sektor-Untersuchungen externer internationaler Firmen eine Reihe von operativen und finanztechnischen Empfehlungen, ergaben aber zu keinem Zeitpunkt den Nachweis konkreter und/ oder bewusster Mittelfehlverwendungen.

⁵⁵ <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-kyrgyzstan>

⁵⁶ <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/rueckschritt-bei-routineimpfungen-in-der-pandemie-127012/seite/2/>

⁵⁷ <https://dashboards.sdgindex.org/profiles/kyrgyz-republic>

⁵⁸ World Bank: Den Sooluk National Health Reform Program, Aide Memoire May 2018, Annex 2

⁵⁹ <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/784391479824724822/kyrgyz-republic-kyrgyz-second-health-and-social-protection-project-p126278-implementation-status-results-report-sequence-08>

⁶⁰ Die kirgisische Revolution 2010 (auch genannt Melonenrevolution) stürzte Präsident Kurmanbek Bakijew. Die Krise wurde durch Unzufriedenheit wegen Korruption, steigender Preise und fehlender Strategien der Regierung, mit den Folgen der Wirtschaftskrise umzugehen, ausgelöst.

Tatsächlich wurde der kirgisische SWAp unter *Manas Taallmi* international als best practise-Beispiel angesehen. In einer Studie einer "Independent Evaluation Group" der Weltbank⁶¹ von 2009 erhielt der kirgisische SWAp in einem weltweiten Vergleich von sechs Gesundheits-SWAp's die beste Bewertung als landesgeführte Partnerschaft von Regierung und Gebergemeinschaft für Management und Koordination. Als einzigem SWAp war dem kirgisischen Modell neben Beschaffungs- und Finanzmanagementkapazität die erfolgreiche Aufstellung eines Monitoring- und Evaluationssystems für die Reformimplementierung attestiert worden.

Als qualitativ hoch wurde der Sektordialog von allen Beteiligten empfunden, was durch das Papier der GIZ im Auftrag des BMZ : *Staying the Course; How a SWAp has sustained Kyrgyz health reforms*⁶² zum Ausdruck kam.

Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Direkte Auswirkungen des Vorhabens auf Menschenrechte, außer dem Recht auf Gesundheit⁶³, sind nicht darstellbar, wohingegen Geschlechtergleichstellung und Inklusion, Korruptionsbekämpfung und indirekt Armutsreduzierung Teile des Vorhabens und somit intendiert sind. Das Gleiche gilt für die Beförderung der Digitalisierung, die im Rahmen einer elektronischen Patientenerfassung von der Regierung vorangetrieben wird.⁶⁴

Zusammenfassung der Benotung:

Die Effektivität wird als eingeschränkt erfolgreich eingestuft. Positiv hervorzuheben ist die frühe Erreichung des SDG 3.1.2 ebenso, dass der Partner aufgrund seiner Maßnahmen und Aktivitäten in der Lage war, 95 % des Budgets umzusetzen. Das Ziel einer umfangreichen finanziellen Absicherung der Patienten konnte allerdings nicht vollständig erreicht werden, die Zuzahlungen blieben weiterhin hoch und der Anteil der *Catastrophic Health Expenditure* wurde kaum reduziert (13% der Haushalte waren laut WHO im Jahr 2014 gezwungen, *catastrophic health spending* vorzunehmen). Des Weiteren war die Fluktuation des Personals im Ministerium teilweise hoch, was für einen kontinuierlichen Aufbau der Kompetenzen der Humanressourcen hinderlich war. Insgesamt wurden zwei von fünf Indikatoren voll erfüllt.

Effektivität: 3

Effizienz

Produktionseffizienz

In Übereinstimmung mit dem jährlichen Arbeitsplan des Gesundheitsministeriums wurden die Geberbeiträge in entsprechenden Raten auf ein Konto des Finanzministeriums bei der Nationalbank ausgezahlt, wo die Mittel in kirgisische Som (KGS) umgetauscht und an das Gesundheitsministerium weitergeleitet wurden. Die Investitionsmittel für alle Verpflichtungen wurden, bis auf wenige Fälle, innerhalb der jeweiligen Reformzeiträume ausgezahlt.

Eine einzelwirtschaftliche Betrachtung ist auf Grund des Ansatzes über die Korbfinanzierung nicht möglich. Auf gesamtwirtschaftlicher Ebene erzielte das Vorhaben positive Effekte hinsichtlich einer allgemeinen Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die allerdings auf Grund der Natur der Finanzierung nicht zuzuordnen und damit nicht quantifizierbar sind.

Die Zahl der Krankenhäuser wurde zwischen 1997 und 2019 von 450 auf 135 reduziert⁶⁵, um die Kosten zu senken und die medizinische Grundversorgung und Prävention zu stärken. Spezialisierte Einrichtungen wurden zusammengelegt und allgemeine Profilkrankenhäuser geschaffen, während ineffiziente kleine Krankenhäuser in Unterabteilungen von Regionalkrankenhäusern oder in Anbieter der Primärversorgung (Family-Medicine-Center, FMC) umgewandelt wurden. Diese Verringerung der Zahl der Krankenhäuser wurde durch eine Änderung der Art

⁶¹ <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/28064?locale-attribute=fr>

⁶² <https://health.bmz.de/studies/staying-the-course/>

⁶³ Laut der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen hat jeder Mensch das Recht auf einen Lebensstandard, der Gesundheit und Wohlergehen gewährleistet. Zu einem solchen Lebensstandard gehören ausreichende und gute Nahrung, Kleidung, eine Wohnung, ärztliche Versorgung und die notwendigen sozialen Leistungen.

⁶⁴ https://24.kg/english/193802_Electronic_patient_records_to_appear_in_Kyrgyzstan_by_end_of_2021/

⁶⁵ <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-kyrgyzstan>

und Weise, wie die Krankenhäuser vom MHIF bezahlt werden, verstärkt, indem ab 2001 fallbezogene Zahlungen eingeführt wurden.

Die verbleibenden Krankenhäuser sind über das ganze Land verteilt, mit Krankenhäusern in allen sieben Oblasten und 40 Gebieten (Rayons), sowie kleineren Krankenhäusern in abgelegenen Dörfern. Die Zahl der Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner ist seit Anfang der 1990er Jahre drastisch zurückgegangen, von 1.206 Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner im Jahr 1991 auf 704 im Jahr 2000 und 407 im Jahr 2019.⁶⁶

Öffentlich finanzierte ambulante Medikamente sind verschreibungspflichtig, machen aber nur einen kleinen Teil des Arzneimittelmärktes aus, andere Medikamente sind rezeptfrei erhältlich. Die Ausgaben der privaten Haushalte für Arzneimittel sind zwischen 2006 und 2018 für rezeptfreie Medikamente deutlich stärker gestiegen als für verschreibungspflichtige Arzneimittel.⁶⁷ Der Kostenanstieg liegt teilweise an der fehlenden Regulierung der Groß- und Einzelhandelspreise und der Apothekenzuschläge zum anderen an der Abwertung der nationalen Währung auf einem Markt, der stark von importierten Arzneimitteln abhängig ist. Ein weiterer wesentlicher Kostentreiber ist eine erhebliche unbegründete Rezeptierung von Medikamenten, aber ebenso eine irrationale private Beschaffung von Medikamenten fernab jeglicher Evidenz.

Das Weiterem verteuern sich die Medikamente durch Ineffizienzen bei ihrer Beschaffung. Nur wenige Arzneimittel werden zentral durch das Gesundheitsministerium beschafft. Krankenhäuser beschaffen ihre Medikamente oft individuell, die kleineren Chargen sind meist teuer, Mengenrabatte fallen meist weg⁶⁸. Versuche, die Beschaffung in den Krankenhäusern zu zentralisieren, sind in der Vergangenheit an den hohen Transportkosten zu entlegeneren Krankenhäusern gescheitert.⁶⁹ Der pharmazeutische Markt in Kirgisistan ist privat; es besteht eine fast vollständige Abhängigkeit von Importen mit einem Rest (3%) an nationaler Produktion.⁷⁰

Allokationseffizienz

Der Korb wurde eingerichtet, um einen harmonisierten Finanzierungsmechanismus zur Umsetzung der Reformen zur Verfügung zu stellen und Direktfinanzierungen gesteuert von den Präferenzen einzelner Geber zu verringern. Darüber hinaus konnten die tatsächlichen Kosten der Reformagenda im Haushalt abgebildet werden, was bei Direktfinanzierungen und *standalone* Projekten meist nicht der Fall ist. Des Weiteren konnten alle Aspekte des Reformprogramms bedient werden.

Von zentraler Bedeutung war die Vereinbarung zwischen den Entwicklungspartnern und der kirgisischen Regierung regelmäßig Gesundheitsgipfel abzuhalten - halbjährliche Sitzungen, bei denen die wichtigsten an den Reformprogrammen beteiligten Akteure zu einer detaillierten Überprüfung der Fortschritte zusammenkamen. Die Gesundheitsgipfel haben sich als Eckpfeiler des gesamten Reformprozesses im Gesundheitssektor erwiesen und entscheidend dazu beigetragen, dass die Reformagenda auf Kurs blieb.

Die Gesundheitsgipfel im Frühjahr bilden den Abschluss der Gemeinsamen Jahresüberprüfung (Joint Annual Review, JAR) und befassen sich sowohl mit den Programmfortschritten als auch mit der Einhaltung der Vorgaben; die Herbstüberprüfungen dienen der Vorausschau auf den Arbeitsplan des kommenden Jahres. Die Sitzungen dauern in der Regel eine ganze Woche und werden als "Peer-Review-Sitzungen" durchgeführt, in denen die Programmfortschritte beschrieben und gemeinsam analysiert werden. Das Gesundheitsministerium ist für die Berichterstattung über die Programmdurchführung und die Ergebnisse in Übereinstimmung mit dem Arbeitsprogramm verantwortlich. Die Entwicklungspartner haben die Möglichkeit, über Erreichtes und Herausforderungen zu reflektieren, Bedenken zu äußern und ihre Standpunkte zu neuen politischen Fragen und zukünftigen Richtungen darzulegen. Die Regierung wiederum hat die Möglichkeit, auf diese Rückmeldungen zu reagieren und das Programm im Einklang mit der übergreifenden Vereinbarung mit den Entwicklungspartnern anzupassen.

Durch den harmonisierten Ansatz konnten die Transaktionskosten für den Partner reduziert werden. Die Abstimmung über Inhalte und Sequenzierung der Reformen wurde durch den Ansatz erleichtert, sie musste nicht mehr über die einzelnen Geber in individuellen Sitzungen laufen, auch wenn bilateral weiterhin Gespräche zwischen

⁶⁶ WHO (2021): Health systems in Action, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-kyrgyzstan>

⁶⁷ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343014/WHO-EURO-2021-2604-42360-58654-eng.pdf?sequence=1&is-Allowed=y>

⁶⁸ <https://www.devex.com/organizations/mandatory-health-insurance-fund-kyrgyzstan-130160>

⁶⁹ Ref, Fußnote 49

⁷⁰ <http://en.kabar.kg/news/kyrgyzstan-produces-only-3-of-medicines-remaining-97-imported-from-abroad/>

Gebern und MoH geführt wurden. Während die Transaktionskosten im Zusammenhang mit dem bilateralen Dialog und den Projekten gesenkt wurden, gaben die Befragten des Gesundheitsministeriums⁷¹ übereinstimmend an, dass der Arbeitsaufwand im Zusammenhang mit der Übernahme von Schlüsselfunktionen, die zuvor einer Projektdurchführungseinheit zugewiesen waren (insbesondere Beschaffung und Finanzmanagement), sowie mit der Übernahme von Geberkoordinierungsaktivitäten erheblich gestiegen waren.

Es ist davon auszugehen, dass es keine wirkliche Alternative zur Teilnahme am SWAp gab, da alle im Gesundheitssektor tätigen Geber den SWAp unterzeichneten. Außerdem war Kirgisistan 2006 eines der DAC/OECD-Harmonisierungspilotländer. Im Hinblick auf die Korbfinanzierung war die Hebelwirkung als Mitglied des Korbes höher als bei der Parallelförderung. Es ist mehr als zweifelhaft, dass die Umsetzung durch ein eigenständiges Projekt effizienter gewesen wäre.

Zusammenfassung der Benotung:

Es ist der kirgisischen Verwaltung gelungen, im Rahmen der Programme *Manas Taalimi* und *Den Sooluk* die Kosten im Gesundheitssystem zu senken. Die Anzahl der Krankenhäuser ebenso wie die Anzahl der Betten pro 100.000 Bürger wurde zwischen 1997 und 2019 um zwei Drittel reduziert. Die Zusammenlegung spezialisierter Einrichtungen senkte die Kosten, ineffiziente kleine Krankenhäuser wurden in Unterabteilungen von Regionalkrankenhäusern integriert oder in Anbieter der Primärversorgung (Family-Medicine-Center, FMC) umgewandelt. Die Preise von Medikamenten bleiben allerdings eine Herausforderung. Zwar stieg der Aufwand für die Koordination seitens der Partner, jedoch reduzierten der SWAp sowie die Bündelung der Finanzierung in einen Korb die Transaktionskosten und ermöglichten einen konstruktiven Sektor-Dialog.

Die Effizienz wird als erfolgreich eingestuft.

Effizienz: 2

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das Ziel auf Impact-Ebene lautete: Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung

Die Erreichung des Ziels auf Impact-Ebene kann wie folgt zusammengefasst werden⁷²:

Indikator	Status PP	Zielwert gemäß PP	(optional) Ist-Wert bei AK	Ist-Wert bei EPE
(1) SDG 3.2.1: Sterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren SDG 3.2.2: Neugeborenen Sterblichkeit	SDG 3.2.1 31,5 (2007) SDG 3.2.2 21,1 (2007)	Zielbezeichnung 3.2: Bis 2030 keine vermeidbaren Todesfälle bei Neugeborenen und Kindern unter 5 Jahren mehr, wobei alle Länder anstreben, die Neugeborenen Sterblichkeit auf mindestens 12 pro 1.000 Lebendgeburten und die Sterblichkeit bei Kindern unter 5 Jahren auf mindestens 25 pro 1.000 Lebendgeburten zu senken.	SDG 3.2.1 17,6 (2018) SDG 3.2.2 11,9 (2018)	SDG 3.2.1 17,9 (2021) SDG 3.2.2 11,9 (2021) Der Indikator wurde erfüllt.
(2) (Ursprünglich: Verbesserung der Müttergesundheit (MDG 5)) SDG 3.1.1: Müttersterblichkeit pro 100.000 Geburten	51,9 (2007)	Bis 2030 Senkung der weltweiten Müttersterblichkeitsrate auf weniger als 70 pro 100.000 Lebendgeburten	38,5 (2015)	33,3 (2021) Der Indikator wurde erfüllt.

⁷¹ Mündliche Mitteilungen ehemaliger MoH Mitarbeiter gegenüber der Evaluierungsmission.

⁷² <https://sustainabledevelopment-kyrgyzstan.github.io/en/3/>

(3) SDG 3.3.1: Zahl der HIV-Neuinfektionen pro 1.000 Nichtinfizierte, nach Geschlecht, Alter und Schlüsselpopulationen	0,08 (2007)	Bis 2030 Beendigung der Epidemien von AIDS, Tuberkulose, Malaria und vernachlässigten Tropenkrankheiten sowie Bekämpfung von Hepatitis, durch Wasser übertragenen Krankheiten und anderen übertragbaren Krankheiten	0,13 (2018)	0,13 (2021) Der Indikator wurde nicht erfüllt.
(4) Senkung von Morbidität und Mortalität bei den Herz-Kreislauferkrankungen (CVD) SDG 3.4.1: Altersstandardisierte Todesrate aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Erwachsene im Alter von 30-70 Jahren pro 100.000	338 (2007)	Bis 2030 Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit durch nicht übertragbare Krankheiten um ein Drittel durch Prävention und Behandlung sowie Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens	266 (2018)	297,1 (2021) Der Indikator wurde nicht erfüllt.
(5) Lebenserwartung bei Geburt SDG	69,2 (2010)	Steigend	71 Jahre 4 Monate (2015)	71 Jahre 6 Monate (2021) Der Indikator wurde bedingt erfüllt (siehe Text).
(6) Universal health coverage (UHC) ⁷³ index of service coverage SDG 3.8.1	61 (2010)	100 (optimales Ziel)	69 (2015)	70 (2019) Der Indikator wurde bedingt erfüllt (siehe Text).

Indikator 1:

Kirgisistan gehört zu den 24 Ländern mit niedrigem mittlerem Einkommen und 64 Ländern weltweit, die das Ziel erreicht haben, die Kindersterblichkeit seit 1990 um mehr als zwei Drittel zu senken (MDG 4). Laut dem globalen UNICEF-Bericht *Promise renewed*⁷⁴ ist die Kindersterblichkeit von 65 pro 1.000 Lebendgeburten im Jahr 1990 auf 21 pro 1.000 Lebendgeburten im Jahr 2015 gesunken. Die Sterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren – bezogen auf SDG 3.2.1 – reduzierte sich von 31,5 im Jahr 2007 auf 17,6 im Jahr 2021 und bezogen auf SDG 3.2.2 „Neugeborenen Sterblichkeit“ von 21,1 im Jahr 2007 auf 11,9 im Jahr 2021.

Indikator 2:

MDG 5 stipulierte, die Müttersterblichkeit zwischen 1990 und 2015, um $\frac{3}{4}$ zu reduzieren, was nach Angaben der WHO nicht gelang. Die Reduzierung von 82 auf 76 entsprach nur 7 % im Vergleich zu 54 % (von 69 auf 32) in der Region⁷⁵. Allerdings weist das SDG-Dashboard⁷⁶ für SDG 3.1.1 für das Jahr 2015 38,5 Todesfälle bei 100.000 Geburten aus, die 2021 weiter auf 33,3 sanken, womit die Vorgaben des Indikators erfüllt wären.

⁷³ Coverage of essential health services (defined as the average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population). The indicator is an index reported on a unitless scale of 0 to 100, which is computed as the geometric mean of 14 tracer indicators of health service coverage.

⁷⁴ https://www.unicef.org/media/50721/file/APR_2015_9_Sep_15.pdf

⁷⁵ [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30460-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30460-5/fulltext)

⁷⁶ <https://sustainabledevelopment-kyrgyzstan.github.io/en/3-1-1/>

Indikator 3:

Die HIV-Inzidenzen stiegen von 0,08 im Jahr 2007 auf 0,13 im Jahr 2021, wobei die Zunahme in Verbindung mit der verstärkten Arbeitsmigration zu sehen ist.

So konzentriert sich die HIV-Epidemie vor allem auf Drogensüchtige, deren Sexualpartner, homosexuelle Männer, Sex-Arbeiter und Arbeitsmigranten, die hauptsächlich in Russland arbeiten. Der Zugang zu HIV-1-Pflege- und Behandlungsdiensten liegt weit hinter dem globalen Ziel von 95-95-95⁷⁷ zurück. Im Jahr 2020 wussten 76 % der Menschen über ihren HIV-Status Bescheid, 48 % von ihnen erhielten eine antiretrovirale Therapie (ART), und nur 43 % von ihnen waren virussupprimiert; bei schwangeren Frauen lag die ART-Abdeckung bei 94 %⁷⁸.

Indikator 4:

Nach Angaben des medizinischen Informationszentrums in Bischkek sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (CVD) die häufigste Todesursache und machen die Hälfte aller Todesfälle aus. 2007 lag die CVD-Todesrate bei 338,15 (pro 100.000 Einwohner), 2011 bei 326 und 2021 noch bei 297,1⁷⁹. Mehr als 18.000 Menschen in Kirgisistan sterben jedes Jahr an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, mehr als 50 jeden Tag. Die Haupttodesursache im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist die koronare Herzkrankheit (80% aller Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einschließlich akuter Myokardinfarkte)⁸⁰.

Kirgisistan hat nach Russland, Weißrussland, der Ukraine, Kasachstan und Moldawien die sechsthöchste CVD-Sterblichkeit in Eurasien. Beim standardisierten Parameter der Sterblichkeit durch Schlaganfall liegt Kirgisistan mit 88,5 Fällen pro 100.000 Einwohner an erster Stelle in der eurasischen Region.

Hintergrund für diese dramatische Situation sind hoher Alkohol- und Tabak-Konsum sowie kulinarische Gewohnheiten (Fette, Fleisch) und wenig Bewegung. Männer sind häufiger betroffen, die Todesrate lag 2020 bei 336/100.000, bei Frauen wurden 299/100.000 registriert.

WHO greift die Problematik auf und veranstaltet regelmäßig Anti-Tabak Kampagnen⁸¹, auch das bedeutende Nomaden-Festival (Nomadic Games) griff 2018 das Thema auf.

Indikator 5:

Nach den 2020 veröffentlichten WHO-Daten beträgt die Lebenserwartung in Kirgisistan für Männer 70,7 Jahre, für Frauen 77,3 Jahre und die Gesamtlebenserwartung 74,2 Jahre, womit Kirgisistan in der Weltrangliste der Lebenserwartung auf Platz 86 liegt. Häufigste Todesursache sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (siehe Indikator 4), Schlaganfälle, Leberzirrhose und Lungenerkrankungen⁸².

Zwischen 2000 und 2020 stieg die Lebenserwartung der Männer um 5,5 Jahre und die der Frauen um 4,3 Jahre. Bei Männern war der größte Teil des Anstiegs auf den Rückgang der Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen (1,4 Jahre), äußeren Ursachen (1,1 Jahre), Infektionskrankheiten und Schlaganfall (jeweils 0,9 Jahre) zurückzuführen, insbesondere bei Männern unter 75 Jahren. Bei den Frauen überwogen die Verbesserungen bei der Verringerung der Sterblichkeit durch Schlaganfall (1,6 Jahre) und Atemwegserkrankungen (1,4

⁷⁷ Zugang zu Gesundheitsangeboten: die „95er“-Ziele:

- 95 % der Menschen mit einer HIV-Diagnose sollen HIV-Medikamente erhalten.
- Bei 95 % der Menschen, die HIV-Medikamente nehmen, soll die Virusvermehrung erfolgreich unterdrückt sein.
- 95 % aller Schwangeren mit HIV sollen Zugang zu Maßnahmen haben, die eine Übertragung auf ihre Babys verhindern.
- 95 % aller Frauen sollen Zugang zu HIV-bezogenen Angeboten sowie zu Angeboten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit haben.
- 95 % der Menschen aus den Schlüsselgruppen sollen Methoden der sogenannten kombinierten Prävention nutzen wie zum Beispiel Kondome, Femidome, HIV-Prophylaxe, sterile Spritzen und andere Maßnahmen zur Schadensminimierung bei Drogenkonsum.

⁷⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8554114/>

⁷⁹ <https://sustainabledevelopment-kyrgyzstan.github.io/en/3-4-1/>

⁸⁰ The State of Cardiovascular Disease in the Kyrgyz Republic, Ryskul B. Kydyralieva, The National Center of Cardiology and Internal Medicine at Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Vol. 2, No. 1 (2013), <http://cajgh.pitt.edu>

⁸¹ <https://www.who.int/europe/news-room/photo-stories/item/countries-of-the-who-european-region-encourage-tobacco-users-to-commit-to-quit-on-world-no-tobacco-day>

⁸² <https://www.worldlifeexpectancy.com/kyrgyzstan-life-expectancy>

Jahre). Diese Fortschritte deuten auf eine gewisse Verbesserung der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung hin, da Todesfälle aufgrund von Schlaganfällen, Atemwegserkrankungen und Infektionskrankheiten weitgehend durch Maßnahmen des Gesundheitswesens aufgefangen werden können. Die mangelnden Fortschritte bei Herzkrankheiten zeigen jedoch, dass es noch viel Spielraum für Verbesserungen gibt, sowohl bei den Maßnahmen des Gesundheitssystems als auch bei der Prävention riskanter Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum und falscher Ernährung, die einen stärkeren gesundheitspolitischen und sektoreübergreifenden Ansatz erfordern⁸³.

Die Lebenserwartung ist von 2010 auf 2020 relativ geringfügig gestiegen, was sich sicherlich auch aus der hohen Morbidität und Mortalität infolge von Herz- Kreislaufkrankungen (siehe SDG 3.4.1 Indikator) erklärt. Die Erreichung des Indikators wird als eingeschränkt erfolgreich beurteilt, das liegt besonders am Zusammenhang mit Indikator 4.

Indikator 6:

Das SDG-Ziel 3.8 ist es, eine universelle Gesundheitsversorgung zu erreichen, einschließlich einer finanziellen Risikoabsicherung, Zugang zu qualitativ hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten und Zugang zu sicheren, wirksamen, qualitativ hochwertigen und erschwinglichen grundlegenden Arzneimitteln und Impfstoffen für alle.

SDG-Indikator 3.8.1 misst im Speziellen die Abdeckung grundlegender Gesundheitsdienste (definiert als die durchschnittliche Abdeckung grundlegender Dienste auf der Grundlage von Tracer-Interventionen, welche die reproduktive Gesundheit, die Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern, Infektionskrankheiten, nicht-übertragbare Krankheiten sowie Dienstleistungskapazitäten und -zugang umfassen).

Der Index für den Versorgungsgrad mit UHC-Leistungen, der die Fortschritte beim SDG-Indikator 3.8.1 misst, stieg von einem globalen Durchschnitt von 45 (von 100) im Jahr 2000 auf 66 im Jahr 2017.⁸⁴ Alle Regionen und alle Einkommensgruppen verzeichneten Zuwächse. Am größten waren die Fortschritte in Ländern mit niedrigerem Einkommen, die von einer niedrigeren Ausgangsbasis aus starteten und in erster Linie durch Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten und in geringerem Maße für reproduktive, Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheitsdienste angetrieben wurden.

Der Versorgungsgrad in Kirgisistan hat sich in den vergangenen 10 Jahren moderat verbessert, der Indikator stieg von 48 (2000) auf 70 (2019). Er liegt über dem globalen Durchschnitt, aber unterhalb der WHO Euro Zone. Haupttreiber der Verbesserung dürfte dem SGBP mit dem Additional Drug Package zugeordnet werden, ebenso der Einführung der Krankenversicherung (MHIF) und der Umstrukturierung des Sektors hin zu Primärversorgung. Die WHO-Bewertung der sexuellen und reproduktiven Mütter-, Neugeborenen-, Kinder- und Jugendgesundheit im Kontext der UHC in Kirgisistan aus dem Jahr 2019 ergab, dass, obwohl die Gesundheit von Mutter und Kind für das Land hohe Priorität hat, erhebliche Defizite bestehen, besonders hinsichtlich einer fehlenden Bereitstellung von jugendgerechten Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Problemen mit einem effizienten Transport von Neugeborenen und einer suboptimalen Versorgungsqualität bei der Behandlung häufiger Erkrankungen im Kindesalter und bei der Schwangerenvorsorge. Darüber hinaus bleiben laut *Voluntary National Review on the Implementation of SDG 2020*⁸⁵ Herausforderungen bei der Versorgung im ländlichen Raum und hinsichtlich der mangelnden Einhaltung internationaler Standards durch die Laboratorien des öffentlichen Gesundheitsdienstes, was sich auf die Qualität und Wirksamkeit des gesamten Systems der öffentlichen Seuchenbekämpfung auswirkt (da die Zulassungsstandards nicht den aktuellen Anforderungen an die Qualität der Labordiagnostik entsprechen).

Da es kein quantitatives Indikatorziel gibt, wird der Erfolg an der Verbesserung im Vergleich zum globalen Fortschritt gemessen und das Ergebnis als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Die Verbesserung der Strukturqualität im Sinne der Rahmenbedingungen, die für die medizinische Versorgung notwendig sind, ebenso wie die Art und Weise wie Leistungen erbracht werden (Prozessqualität) haben einen direkten Einfluss auf die Ergebnisqualität der Gesundheitsdienste. Alle drei Dimensionen zielen auf den

⁸³ WHO (2021): Health systems in action: Kyrgyzstan.

⁸⁴ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040>

⁸⁵ https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26458VNR_2020_Kyrgyzstan_Report_English.pdf

verbesserten Zugang aller Bürger und Bürgerinnen zu den Gesundheitsleistungen ebenso wie die Reduzierung finanzieller Belastungen im Krankheitsfall, Effizienz- und Qualitätssteigerung der Gesundheitsleistungen sowie Verbesserungen bei der Patientenorientierung und Transparenz des Versorgungssystems ab. Sie sind zentrale Voraussetzungen für die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung.

Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Im Rahmen der Evaluierung konnten keine nicht intendierten Veränderungen sowohl im negativen wie im positiven Sinn festgestellt werden.

Zusammenfassung der Benotung:

Seit 2006 hat sich die Gesundheitsversorgung und der Gesundheitszustand der Bevölkerung in Kirgisistan substantiell verbessert. Die Kinder- und neonatale Sterblichkeit ist zurückgegangen und die hierzu relevanten Ziele und Indikatoren der MDG und SDG wurden erfüllt. Das gleiche gilt für Ziele hinsichtlich der Müttersterblichkeit.

Hinsichtlich der intendierten Verbesserung des Zugangs zu den Gesundheitsdiensten konnten die anfänglich erreichten Gewinne in Zusammenhang mit der finanziellen Belastung besonders armer Bevölkerungsschichten nicht verfestigt werden.

Trotz einer positiven Entwicklung ist die hohe Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, problematisch, ebenso wie die Prävalenz von HIV. Vor diesem Hintergrund bewerten wir den Impact der Maßnahmen als eingeschränkt erfolgreich.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: 3

Nachhaltigkeit

Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Die kirgisische Regierung hält auch nach dem SWAp-Programm weiter am Reformprozess fest. Das Reformprogramm *Healthy person – prosperous country* ist eine auf 12 Jahre angelegte Strategie für die weitere Entwicklung der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitssysteme. Die Strategie für den Zeitraum 2018-2030 zielt im Anschluss an die Programme *Manas Taalimi* und *Den Sooluk* weiterhin auf einen verbesserten Zugang zu medizinischer Grundversorgung, einer Reduzierung der finanziellen Belastungen der Patienten und darauf, bis 2030 eine flächendeckende Gesundheitsversorgung (UHC) zu erreichen. Kirgisistan ist der Internationalen Gesundheitspartnerschaft UHC 2030 beigetreten und hat den Global Compact der Vereinten Nationen unterzeichnet⁸⁶.

Die von der Weltbank geführte Neuauflage der Korbfinanzierung im Gesundheitssektor als *Program for Results, PFR* ging im Jahr 2020 in die Umsetzung. Neben der Weltbank im ‚Lead‘ nehmen als Partner des Korbes weiterhin die SDC und die deutsche FZ teil, die ihre Beiträge über einen von der Weltbank verwalteten *Multi-Donor-Trust-Fund* einzahlen.

Das *Primary Health Care Quality Improvement Program* (2019-2024, 20 Mio. USD) der Weltbank hat sich von der allgemeinen Sektor-weiten Unterstützung wegbewegt und konzentriert sich auf die Primärversorgung und die Prävention im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens.

Nach dem Ende der Projektunterstützung verbesserte sich die Mehrzahl der SDG-3-Indikatoren weiter, insbesondere die Müttersterblichkeit, die Neugeborenen Sterblichkeit und die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren. Die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nahm allerdings weiterhin zu, was z.T. auch auf eine bessere statistische Erfassung zurückzuführen ist.

Die gemeinsamen Jährlichen Überprüfungen (JAR) der Umsetzung der Reformagenda wurden im November 2022 nach einer Unterbrechung aufgrund von COVID-19 wieder aufgenommen. Damit wurde der politische und technische Dialog fortgesetzt und verfestigt.

⁸⁶ <https://www.unglobalcompact.org/what-is-gc/our-work/environment/health-is-everyones-business>

Eine Herausforderung für den Sektor ist nach wie vor die schlechte Bezahlung des medizinischen Personals im öffentlichen Sektor sowie deren Überalterung und die Verteilung des Personals zwischen städtischem und ländlichem Raum⁸⁷. Die meisten Ärzte gab es 2021 in Bischkek und Osch (225 bzw. 246 pro 100 000 Einwohner), während es in einigen ländlichen Gebieten nur etwa 70 Ärzte pro 100.000 Einwohner gab (das entspricht einem Arzt pro 1.429 Einwohner). Im Jahr 2021 gab es 2.194 Hausärzte im Land, was 33 Ärzten je 100.000 Einwohner entspricht. In den Städten versorgt ein Hausarzt 4.000-5.000 Menschen, während diese Zahl in abgelegenen Gebieten auf über 7.000 ansteigt. Die COVID-19-Pandemie hat die geografischen Ungleichgewichte noch verschärft, da Ärzte die Primärversorgung in ländlichen Gebieten verließen, um besser bezahlte Stellen in Krankenhäusern anzunehmen.

Problematisch hinsichtlich der Nachhaltigkeit ist die Abhängigkeit des Gesundheitssektors von externer Finanzierung, die im Allgemeinen etwa bei 10 % lag⁸⁸. Bei den gegenwärtigen makroökonomischen und makrobudgetären Ausblicken dürfte das Wachstum weiterhin beschränkt und die Notwendigkeit externer Finanzierung hoch bleiben⁸⁹.

Das Weiter ist ein hoher Personalwechsel und Abwanderung von qualifiziertem Personal nach Russland oder Europa problematisch. Trotz der Bemühungen, dieses Problem anzugehen, stellt die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal in ausreichender Zahl in allen relevanten Gesundheitseinrichtungen weiterhin eine große Herausforderung für die weitere Umsetzung der staatlichen Reformen und der Verbesserung der Krankenversorgung dar.

Eine Herausforderung bleibt die finanzielle Absicherung der Bevölkerung im Krankheitsfall. Der anfängliche Rückgang der Zuzahlungen (out-of-pocket-payments) und die Reduzierung von *Catastrophique Health Expenditures* konnten nicht fortgeschrieben werden. So sind u.a. die Behandlungsmöglichkeiten deutlich in Quantität und auch Qualität gestiegen und mit ihnen die Kosten. Diese Entwicklung war schneller als der Anstieg des durchschnittlichen Haushaltseinkommens ins besonders des unteren Quintils.

Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Das Projekt stärkte die Führungs- und Steuerungsfunktionen sowie die institutionellen Kapazitäten des MoH. Die Nutzung der nationalen Systeme für Beschaffung, Finanzmanagement und strategisches Management, unterstützt durch einen Learning-by-Doing-Ansatz, hat zu einer nachhaltigen Kapazitätsentwicklung beigetragen. Die Maßnahmen haben die Partner institutionell und hinsichtlich der beruflichen Kapazitäten der Beamten und Mitarbeiter des Ministeriums gestärkt. Gleichzeitig trug dies zur Reduzierung der treuhänderischen Risiken bei.

Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit

Allerdings bestehen nach wie vor Risiken für die erzielten Ergebnisse, darunter sozioökonomische und geografische Ungleichheit, niedrige Gehälter im öffentlichen Dienst und daraus resultierende Probleme bei der Bindung von Personal an das Land. Darüber hinaus ist das Gesundheitspersonal überaltert; in den nächsten Jahren wird ungefähr ein Viertel der Ärzte in den Ruhestand gehen⁹⁰. Die weiter verbesserungsfähige Qualität der Gesundheitsdienste, die mangelnde Betonung praktischer Fertigkeiten in den Lehrplänen für Gesundheitsdienstleister, eine schwache Integration der Dienste auf der Ebene der Primärversorgung, die hohe Fluktuation des Gesundheitspersonals in abgelegenen Gebieten, die Unterbesetzung der MoH-Einheiten auf Oblast-Ebene und ein uneinheitliches Engagement bei der Bewältigung von Gesundheitsproblemen auf lokaler Regierungsebene werden als Herausforderung empfunden. Die internen Risiken für die Kontinuität der Reformen schätzen wir gegenwärtig als mittel ein.

Externe Risiken stellen die gegenwärtigen globalen politischen Verwerfungen, die ansteigende Weltinflation, die wirtschaftliche Lage Russlands mit abnehmenden Rücküberweisungen kirgisischer Arbeitnehmer in Russland, außerdem die zunehmende Abhängigkeit von China, die Preisentwicklung und Verfügbarkeit von Rohstoffen und Nahrungsmitteln dar, welche die wirtschaftliche Entwicklung des Landes beeinträchtigen könnten.

Zusammenfassung der Benotung:

⁸⁷ WHO (2022): Health Systems in Transition Vo.24 No.3.

⁸⁸ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108590>

⁸⁹ <https://www.imf.org/en/Countries/KGZ>

⁹⁰ WHO (2022): Health Systems in Transition Vo.24 No.3.

Die kirgisische Regierung zeigt mit der Fortschreibung der Reformagenda im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens den Willen, Erreichtes weiter auszubauen und zu konsolidieren. Die strukturellen Veränderungen und die Fortschritte in Bezug auf die SDG-Agenda und deren Fortschreiben nach Beendigung der Förderung sind positive Ergebnisse, auch wenn die Personalausstattung eine Herausforderung bleibt. Vor diesem Hintergrund bewerten wir die Nachhaltigkeit des Vorhabens insgesamt als erfolgreich.

Nachhaltigkeit: 2

Gesamtbewertung: 2

Das Ziel der FZ-Maßnahmen auf Outcome-Ebene, die Nutzung eines verbesserten Zugangs aller Bevölkerungsteile zu den Gesundheitsleistungen, die Reduzierung finanzieller Belastungen im Krankheitsfall, die Effizienz- und Qualitätssteigerung der Gesundheitsleistungen sowie Verbesserungen bei der Patientenorientierung und Transparenz des Gesundheitsversorgungssystems, konnte in der Zusammenarbeit mit den kirgisischen Partnern und den engagierten Gebern teilweise erreicht werden.

Die Relevanz des Vorhabens war gegeben, es setzte an den richtigen Punkten an. Die Harmonisierung der Förderansätze reduzierte Duplizierungen, die Nutzung der nationalen Systeme erhöhte die Ownership und stärkte Steuerungs- und Umsetzungskompetenzen der Partner.

Der Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen konnte durch die garantierten Mindestleistungen im Rahmen des SGBP und des Additional Drug Package ADP ausgeweitet werden. Die geografische Verteilung der Gesundheitseinrichtungen (FAP, FGP, Family Medical Center und Krankenhäuser) stellte für die meisten Menschen den Zugang zur Primärversorgung sicher, auch wenn in abgelegenen Gebieten der Zugang zu den Gesundheitsdiensten erschwert ist. Während die Versorgung mit Ärzten als kritisch eingestuft wird, ist die Versorgung mit Krankenschwestern und -pflegern im Allgemeinen als ausreichend zu bewerten.⁹¹

Die Einführung bzw. der Ausbau der obligatorischen Krankenversicherung (MHIF) hat den Zugang der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung substanziell erweitert. Allerdings sind nur drei Viertel der Bevölkerung eingeschrieben und die Bandbreite der abgesicherten Versorgung bleibt beschränkt.

Das SGBP-Paket garantiert nur einen uneingeschränkten Zugang zur Grundversorgung. Leistungen, die darüber hinaus gehen, waren und bleiben zuzahlungspflichtig. Das führt teilweise zu starken finanziellen Belastungen, besonderes für arme Haushalte. Die Haushalte sind gezwungen, auf Bewältigungsmechanismen wie Ersparnisse, Konsumverzicht, Unterstützung durch die Familie oder den Verkauf von Vermögenswerten zurückzugreifen. Diese Situation hat sich auch durch die Umsetzung der Reformprogramme nur zeitweise entspannt.

Die Effizienz des Systems ist verbessert, anstelle teurer fachärztlicher Krankenhausversorgung wurde zunehmend die Versorgung in den Primärbereich verschoben mit spürbaren Einsparungen bei der stationären Behandlung. Gleichzeitig wurde die Allokationseffizienz der externen Unterstützung durch den Sektor-weiten Ansatz und die gebündelte Finanzierung verbessert. Die Transaktionskosten wurden reduziert.

Die mit Unterstützung des Vorhabens entwickelten Modalitäten und Instrumente werden auch weiter über das Ende der Maßnahme hinaus genutzt und dienen als Grundlage weiterer Reformen. Vor diesem Hintergrund beurteilen wir die Gesamtwertung des Vorhabens als erfolgreich.

Beiträge zur Agenda 2030

Die Maßnahme war direkt auf die Umsetzung des SDG 3 ausgerichtet „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“.

Das Vorhaben nutzte zur Umsetzung die nationalen Systeme, die öffentliche Vergabe erfolgte nach den nationalen Vorgaben und nutzte deren System. Die Umsetzung des Vorhabens erfolgte über eine Gemeinschaft-Finanzierung mit anderen Gebern und Entwicklungspartnern. Basis war eine harmonisierte Matrix von Maßnahmen, Zielen und Indikatoren. Das Monitoring erfolgte im Rahmen gemeinsamer Sitzungen und Diskussionen, sowohl auf politischer als auch auf Arbeitsebene.

⁹¹ WHO (2021): Health Systems in Action, Kirgizstan.

Projektspezifische Stärken und Schwächen sowie projektübergreifende Schlussfolgerungen und Lessons Learned

Zu den Stärken und Schwächen des Vorhabens zählen insbesondere:

Stärken:

- Alignment der Geber zum nationalen Ansatz
- Der Ownership der Reformen beim Partner
- Die Harmonisierung der Ansätze der Geber
- die Ergebnisorientierung
- die gegenseitige Rechenschaftspflicht
- regelmäßiger konstruktiver Sektordialog
- Die Überarbeitung der Schwerpunkte sowie die Anpassung, Repriorisierung der Indikatoren im Rahmen des Midterm Reviews
- Die langfristige finanzielle Unterstützung des Korbs durch die drei Hauptpartner (WB, Schweiz und KfW), sowie die langfristigen PU-Unterstützungsmaßnahmen durch UN-Organisation und KfW

Schwächen:

- Das Sektor Reformprogramm war möglicherweise zu ehrgeizig
- Die unzureichende Bezahlung des Personals und daher Brain Drain von qualifiziertem Personal in die Nachbarländer
- Partnerpersonal, das durch die Begleitmaßnahmen ausgebildet wurde (Vergabe, Finanzmanagement, etc.) wechselte oft in besser bezahlte Jobs, so dass das institutionelle Gedächtnis in den Ministerien gering blieb und heute nur rudimentär vorhanden ist

Schlussfolgerungen und Lessons Learned:

- Die Erfolgsaussichten umfangreicher Sektor Reformen werden durch einen Sektor-weiten Ansatz, in den die Mehrheit der Geber eingebunden ist, erhöht.
- Die Nutzung der nationalen Systeme erhöht die Ownership und stärkt die Kapazitäten der nationalen Verwaltung.
- Die externe Unterstützung im Finanzwesen, bei Rechnungslegung und bei der Beschaffung sind von zentraler Bedeutung gerade bei der Nutzung nationaler Systeme.
- Der zusätzliche Arbeitsdruck, den Reformen für die Beteiligten nach sich ziehen, ist frühzeitig zu evaluieren und ggf. zu kompensieren.

Evaluierungsansatz und Methoden

Methodik der Ex-post-Evaluierung

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).

Dokumente:

KfW-interne Projektdokumentation; Dokumentation des Trägers; öffentliche und interne Dokumentation der relevanten Institutionen; Information von BMZ/GIZ;

Datenquellen und Analysetools:

Datenbanken relevanter Geber sowie nationaler und internationaler Institutionen

Interviewpartner:

Projekträger, nationales Statistikinstitut, andere Geber und DO, Mitarbeiter städtischer Gesundheitseinrichtungen, Consulting Firma

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 erlaubt über alle Projektevaluierungen hinweg eine systematische Bewertung der Wirksamkeit der Vorhaben der FZ. Die einzelne Ex-post-Evaluierung kann daher nicht den Erfordernissen einer wissenschaftlichen Begutachtung im Sinne einer eindeutigen Kausalanalyse Rechnung tragen.

Folgende Aspekte limitierten die Evaluierung:

Die institutionelle Erinnerung an das Vorhaben sowohl auf Partnerseite als auch auf Seiten der Co-Financiers war vier Jahre nach Ende des Vorhabens verblasst. Ein großer Teil der damalig Verantwortlichen war zum Zeitpunkt der Evaluierung nicht mehr im Amt und nicht verfügbar.

Der Zugang zu Dokumenten im Finanzministerium war fast unmöglich, da während der Evaluierungsmission das Budget 2023 vorbereitet wurde, so dass ein Treffen mit den Verantwortlichen nicht zustande kam. Des Weiteren waren Letztere auch nicht bereit, Dokumente zur Verfügung zu stellen.

Methodik der Erfolgsbewertung

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 die Projektzielerreichung („Effektivität“) und die Wirkungen auf Oberzielebene („Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“) als auch die Nachhaltigkeit mindestens als „eingeschränkt erfolgreich“ (Stufe 3) bewertet werden.

Impressum

Verantwortlich:

FZ E

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

Anlage Risikoanalyse

Anlage Projektmaßnahmen und Ergebnisse

Anlage Empfehlungen für den Betrieb

Anlage Evaluierungsfragen entlang der OECD DAC-Kriterien/ Ex-post-Evaluierungsmatrix

Anlage Zielsystem und Indikatoren

Projektziel auf Outcome-Ebene		Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)			
<p>Bei Projektprüfung Phase 1 und 2: Verbesserter Zugang aller Bevölkerungsteile zu den Gesundheitsleistungen, die Reduzierung finanzieller Belastungen im Krankheitsfall, Effizienz- und Qualitätssteigerung der Gesundheitsleistungen sowie Verbesserungen bei der Patientenorientierung und Transparenz des Gesundheitsversorgungssystems. Nach dem Mid-term Review im Jahr 2016 wurde eine Fokussierung der Korunterstützung innerhalb der Restlaufzeit des Programms bis Ende 2018 auf Mutter-Kind-Gesundheit und Systemstärkung der Basisgesundheitsdienste vereinbart.</p>		Das Ziel ist weiterhin relevant, wird jedoch um den Aspekt der Nutzung ergänzt.			
Bei EPE (falls Ziel modifiziert) Nutzung eines verbesserten Zugangs aller Bevölkerungsteile zu den Gesundheitsleistungen, die Reduzierung finanzieller Belastungen im Krankheitsfall, Effizienz- und Qualitätssteigerung der Gesundheitsleistungen sowie Verbesserungen bei der Patientenorientierung und Transparenz des Gesundheitsversorgungssystems.					
Indikator	Bewertung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP Optional: Zielniveau EPE	Status PP (Jahr)	Status AK (Jahr)	Optional: Status EPE (Jahr)
Indikator 1 Anteil der geplanten Ausgaben für den Gesundheitssektor gemessen am Gesamthaushalt	Klassischer Indikator, angemessen, spiegelt die politische und soziale Bedeutung, die dem Gesundheitssektor zukommt, wider, im Allgemeinen wird ein Anteil von mindestens 12% am staatlichen Haushalt angestrebt	13 %	7,1 % (2005)	13,1 % (2018)	9 % (2019)
Indikator 2 Budgetumsetzung im Gesundheitssektor	Klassischer Indikator, angemessen, verweist auf Planungsqualität und tatsächliche Umsetzung der Politiken	≥ 95 %	93,6 % (2005)	96,4 % (2018)	(siehe Hauptteil)
Indikator 3 Out-of-pocket (Eigenfinanzierung) Ausgaben	Angemessener Indikator, der die tatsächliche finanzielle Absicherung der Patienten im Krankheitsfall anzeigt. Zu beachten ist jedoch, dass dieser multifaktoriell beeinflusst werden kann.	Hier gibt es keine Zielwerte, nur sollte die Eigenfinanzierung eher	42,6 % (2005)	54,5 % (2015)	46,2 % (2019)

in % gesamten Gesundheitsausgaben		gering gehalten werden			
Indikator 4 Vollständige Immunisierung von Kindern unter 2 Jahren DPT3 (Prozentsatz der Zweijährigen, die drei Dosen des kombinierten Impfstoffs gegen Diphtherie, Tetanus-Toxoid und Pertussis, DPT3, erhalten haben)	Angemessen, da dieser die Nutzung des Leistungsangebot aufzeigt.	100 %	98 % (2005)	87 % (2020)	95 % (2021)
Indikator 5 SDG 3.1.2 in %: Anteil der Geburten, die von ausgebildetem Gesundheitspersonal betreut wurden	Angemessen	100 % (SDG-Ziel)	97,5 % (2005)	99,8 %	99,8 %
Indikator 6 Anteil der Bevölkerung, der aus finanziellen oder geographischen Gründen notwendige med. Versorgung im Krankheitsfall nicht aufsucht in %	Indikator passt auf Wirkungsebene, umfasst neben finanziellen Aspekten auch den Zugang, das Zielniveau ist weniger ambitioniert als bei der Projektprüfung, allerdings ist der Indikator schwer überprüfbar. Da die Werte des Indikators nach 2009 nicht mehr erhoben wurden, wird dieser – anders als noch in der Konzeption angedacht – nicht mehr im Hauptteil aufgenommen.	<5 %	3,1 % (2005)	4,4 (2009) danach wurden die Werte des Indikators nicht mehr erhoben	
Indikator 7 Anteil der Kinder unter 5 Jahren mit Durchfallerkrankungen, die orale Rehydratationslösung und Zink erhalten haben	Der Indikator wurde nicht mehr aufgenommen. Dieser ist ein Prozess- und kein Outcome-Indikator, weil die gelungene Overall-Behandlung noch nicht widergespiegelt wird.	>75 %	77 % (2005)	82,1% (2018)	

Projektziel auf Impact-Ebene		Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)			
Bei Projektprüfung: Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung		Ziel ist angemessen und wurde nicht modifiziert			
Bei EPE (falls Ziel modifiziert):					
Indikator	Bewertung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP / EPE (neu)	Status PP (2006)	Status AK (2018)	Status EPE (2022)
Indikator 1 Reduzierung der Kinder- und Säuglingssterblichkeit (MDG 4) Neonatal mortality rate per 1.000 live births Dann SDG 3.2.1: Sterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren Und SDG 3.2.2 Neugeborenen Sterblichkeit	Die MDG Millenniums-Entwicklungsziele und ihre Nachfolger SDG Ziele für nachhaltige Entwicklung im Gesundheitsbereich sind für Gesundheitsprogramme per se angemessen.	Zielbezeichnung 3.2: Bis 2030 keine vermeidbaren Todesfälle bei Neugeborenen und Kindern unter 5 Jahren mehr, wobei alle Länder anstreben, die Neugeborenen Sterblichkeit auf mindestens 12 pro 1.000 Lebendgeburten und die Sterblichkeit bei Kindern unter 5 Jahren auf mindestens 25 pro 1.000 Lebendgeburten zu senken.	SDG 3.2.1 31,5 (2007) SDG 3.2.2 21,1 (2007)	SDG 3.2.1 17,6 (2018) SDG 3.2.2 11,9 (2018)	SDG 3.2.1 17,9 (2021) SDG 3.2.2 11,9 (2021)
Indikator 2 (PP) Verbesserung der Müttergesundheit	Angemessen s.o.	2030: Senkung der weltweiten Müttersterblichkeitsrate auf	51,9 (2007)	38,5 (2015)	33,3 (2021)

(MDG 5) dann SDG 3.1.1 Müttersterblichkeit pro 100.000 Lebendgeburten		unter 70 pro 100.000 Lebendgeburten			
Indikator 3 SDG 3.3.1: Zahl der HIV-Neuinfektionen pro 1.000 Nichtinfizierte, nach Geschlecht, Alter und Schlüsselpopulationen	Angemessen s.o.	Bis 2030 Beendigung der Epidemien von AIDS, Tuberkulose, Malaria und vernachlässigten Tropenkrankheiten sowie Bekämpfung von Hepatitis, durch Wasser übertragbaren Krankheiten und anderen übertragbaren Krankheiten	0,08 (2007)	0,13 (2018)	0,13 (2021)
Senkung von Morbidität und Mortalität bei den Herz- Kreislaufkrankungen (CVD) SDG 3.4.1: Altersstandardisierte Todesrate aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Erwachsene im Alter von 30-70 Jahren pro 100.000	Angemessen s.o	Bis 2030 Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit durch nicht übertragbare Krankheiten um ein Drittel durch Prävention und Behandlung sowie Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens	338 (2007)	266 (2018)	297,1 (2021)
Lebenserwartung bei Geburt	Angemessen s.o.	Erhöhung	69,2 (2010)	71 Jahre 4 Monate (2015)	71 Jahre 6 Monate (2021)
Index der universellen	Angemessen s.o.	Ziel 100	61 (2010)	69 (2015)	70 (2019)

Gesundheitsversorgung (UHC) SDG 3.8.1					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

Anlage Risikoanalyse

Benennung der eingetretenen Risiken (ex-ante, im Projektverlauf und ex-post identifiziert)

Risiko	Relevantes OECD-DAC Kriterium
Risiken der Implementierung in Hinblick auf Verzögerungen und Ausbau personeller Kapazitäten (ex-ante)	Effizienz
Treuänderische Risiken, Schwäche bei Beschaffung und Finanzmanagement (ex ante)	Effizienz
Risiko der Nachhaltigkeit in Hinblick auf die personelle Ausstattung angesichts der weiterhin großen Agenda im Sektor (ex-post).	Effektivität, Nachhaltigkeit
Sicherung des Gesundheitsbudgets im Staatshaushalt (ex-post)	Nachhaltigkeit

Anlage Projektmaßnahmen und deren Ergebnisse

Die Regierung der Republik Kirgisistan und die Kooperationspartner unterstützten mit einem Sektor-weiten Ansatz (SWAp) die Gesundheitsreformen Manas Taalimi (2006-2010) und Den Sooluk (2012-2016). Der Großteil der externen Finanzierung wurde gebündelt (DfID, SDC, SIDA, WB und KfW) und eine gemeinsame Ergebnismatrix wurde erarbeitet. Die Entwicklungspartner stellen nicht nur Finanzierungen bereit, sondern begleiteten die kirgisischen Partner kontinuierlich bei der administrativen und technischen Planung und Koordination des Gesundheitsreformprozesses. Darüber hinaus unterstützten GTZ, WHO, USAID und UNICEF das Programm mittels technischer Hilfsprogramme.

Manas Taalimi war auf die Millenniums-Entwicklungsziele (MDG 4, 5, 6) zur Reduzierung der Kinder- und Säuglingssterblichkeit, zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern, zur Reduzierung von HIV/AIDS und anderen übertragbaren Krankheiten ausgerichtet. Darüber hinaus zielte das Programm auf die Reduzierung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab, welche in der Republik Kirgisistan die häufigste Ursache für einen verfrühten Tod sind

Manas Taalimi zielte auf die Erhöhung der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitssektor, eine umfassende Koordination der Gesundheitsdienste, sowie den anhaltenden Anstieg informeller Zahlungen der Bevölkerung für den Zugang zu Gesundheitsdiensten einzuschränken.

Den Sooluk orientierte sich an den SDG (hier spezifische SDG 3, Gesundheit und Wohlergehen) und konzentrierte sich auf die Verbesserung der Qualität der Behandlung, die von der Bevölkerung und der Regierung nach wie vor als unzureichend empfunden wurde.

Den Sooluk wurde als logische Fortsetzung der früheren Reform betrachtet, die auf einen sozialen Gesundheitsschutz im Sinne einer universellen Deckung, einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen, einer Lastenteilung bei der Finanzierung, eine Perspektive für das Gesundheitspersonal und einer Stärkung des Finanzmanagements und der Beschaffung abzielte.

Die Umsetzung der Maßnahme über eine Gemeinschaftsfinanzierung reduzierte vom Ansatz her die Belastung des Partners und erleichterte die Harmonisierung der externen Unterstützung.

Anlage Empfehlungen für den Betrieb

Es wurden keine Empfehlungen ausgesprochen.

Anlage Evaluierungsfragen entlang der OECD-DAC-Kriterien/ Ex-post Evaluierungsmatrix

Relevanz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Ausrichtung an Politiken und Prioritäten			2	0	
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?	Entsprechen die Ziele den SDG? Bezug (SDG 3) Gibt es ein BMZ-Konzept zum Sektor? Gibt es spezifische Programme in Kirgisistan?	https://unstats.un.org/sdgs/meta-data/?Text=&Goal=3 BMZ. Agenda 2030: 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung. https://www.bmz.de/de/ministerium/ziele/2030_agenda/17_ziele/in-dex.html BMZ Positionspapier (2019): Globale Gesundheit – eine Investition in die Zukunft https://health.bmz.de/wp-content/uploads/studies/strategiepapier460-02-2019-data.pdf https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/KGZ%202006-2010%20Manas_taalimi_Program.pdf			
Berücksichtigen die Ziele der Maßnahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapazitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.)?)	Gibt es eine Gesetzgebung hinsichtlich Public Health? Verfügen das MoH und die Gesundheitsdienste über entsprechende Kapazitäten und sind fachlich, finanziell und personalbezogen in der Lage, Reformen im Sektor umzusetzen?	https://apps.who.int/iris/handle/10665/107657			

	Ist die Reform des Gesundheitswesens weiterhin prioritär?			
Bewertungsdimension: Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			2	0
Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert?	Zielgruppe ist die gesamte Bevölkerung des Landes, nach Mid-Term Revue 2016 wurde die Zielgruppe auf Mütter und Kinder eingeeengt. Es fand keine Befragungen der Bevölkerung statt, dennoch zeigen die hohen zusätzlichen (Out of Pocket) den gesellschaftlichen Stellenwert von Gesundheit. Die allgemeinen Gesundheitsindikatoren sind sowohl im regionalen als auch internationalen Vergleich unbedingt verbesserungswürdig. Das Kernproblem ist die unzureichende Versorgung der Bevölkerung mit medizinischer Versorgung und wurde korrekt identifiziert	https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/KGZ%202006-2010%20Manas_taalimi_Program.pdf Health Systems in Transition Vol. 24 No. 3 2022		
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?	Wurden die Bedürfnisse und Ansprüche von Frauen, Kindern und Armen bei der Planung und Umsetzung der Gesundheitsreformen besonders berücksichtigt?	Projektvorschlag (PV) und Berichterstattung (BE).		
Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere	Hätte eine Fokussierung auf Mutter-Kind-Gesundheit, bzw. die			

<p>Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZ E spezifische Frage)</p>	<p>Ausrichtung darauf, starke Wirkungspotentiale entfalten können?</p>				
<p>Bewertungsdimension: Angemessenheit der Konzeption</p>				2	0
<p>War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet zur Lösung des Kernproblems beizutragen?</p>	<p>War der Sektor-weite Ansatz grundsätzlich geeignet – auch unter Berücksichtigung der Kapazität der Verwaltung des MoH, um grundsätzlich zur Lösung des Kernproblems beizutragen? Wie hoch war die Finanzierungslücke bei Manas Taalimi und Den Sooluk?</p>	BE			
<p>Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel (Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Zielsystems sowie der dahinterliegenden Wirkungsannahmen)?</p>	<p>Die Konzeption der Maßnahme ist plausibel und nachvollziehbar</p>	PV und BE			
<p>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. (FZ E spezifische Frage)</p>	<p>Die Verbesserung des Zugangs aller Bevölkerungsteile zu den Gesundheitsleistungen, die Reduzierung finanzieller Belastungen im Krankheitsfall und die Qualitäts- und Effizienzsteigerung der Gesundheitsdienste führen zu einer erhöhten Nutzung der Gesundheitseinrichtungen und bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität der Leistungen zu besserer Volksgesundheit.</p>				

<p>Inwieweit ist die Konzeption der Maßnahme auf einen ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung (Zusammenspiel der sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen der Nachhaltigkeit) hin angelegt?</p>	<p>Inwiefern wird berücksichtigt, ob die geschaffenen Strukturen nachhaltig aufrechterhalten bzw. weitergeführt werden können? Auch: Inwieweit wurden die Dimension Umwelt Degradierung in Public Health Programm angesprochen (Umweltrisiken haben die zweithöchste Mortalitätsrate nach CVD)?</p>	<p>https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/23556 http://hpac.kg/en/our-activity/research-papers/manas-taalimi-2006-2011/</p>			
<p>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)</p>		<p>PV, BE und Abschlusskontrolle (AK)</p>			
<p>Bewertungsdimension: Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit</p>			<p>2</p>	<p>0</p>	
<p>Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?</p>		<p>BE</p>			

Kohärenz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Interne Kohärenz (Arbeitsteilung und Synergien der deutschen EZ):			2	0	
Inwiefern ist die Maßnahme innerhalb der deutschen EZ komplementär und arbeitsteilig konzipiert (z.B. Einbindung in EZ-Programm, Länder-/Sektorstrategie)?	Gibt es eine Zusammenarbeit mit der GIZ oder anderen deutschen Entwicklungsorganisationen? Wurde das BMZ Konzept Global Health berücksichtigt? Gibt es eine Länderstrategie?	PV und BE			
Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?	Inwiefern ergänzte das GIZ-Vorhaben zur Mutter Kind Gesundheit den SWAp? Gab es weitere Ansätze?	PV https://www.giz.de/en/worldwide/14399.html			
Ist die Maßnahme konsistent mit internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt (z.B. Menschenrechte, Pariser Klimaabkommen etc.)?	An welchen Standards und Normen orientiert sich das Vorhaben?	PV https://sdgs.un.org/goals/goal3 https://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm			
Bewertungsdimension: Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung im zum Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ):			2	0	
Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die	Welche Anstrengungen unternimmt die Regierung Kirgisistans, um den				

<p>Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?</p>	<p>Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern und inwiefern unterstützt/ ergänzt die Maßnahme diese Anstrengungen?</p>	
<p>Ist die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?</p>	<p>Welche anderen Geber waren, über die am SWAp beteiligten hinaus, im Sektor aktiv? Wie gut funktioniert die Abstimmung der Aktivitäten und deren Umsetzung zwischen den Mitgliedern der SWAp, der Weltbank und den kirgisischen Partnern? Wie oft tagte das Koordinationsforum? Wurden die Entscheidungen der gemeinsamen Kommission „Health Summit“ nachgehalten?</p>	<p>The Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC), https://www.swissaid.ch/en/swiss-agency-for-development-and-cooperation/ Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO), https://www.gov.uk/government/organisations/foreign-commonwealth-development-office Swedish International Development Cooperation Agency, https://www.sida.se/en https://www.Worldbank.org</p>
<p>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?</p>		<p>The Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC), https://www.swissaid.ch/en/swiss-agency-for-development-and-cooperation/ Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO), https://www.gov.uk/government/organisations/foreign-commonwealth-development-office Swedish International Development Cooperation Agency, https://www.sida.se/en https://www.Worldbank.org</p>
<p>Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für Monitoring/Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?</p>		<p>The Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC), https://www.swissaid.ch/en/swiss-agency-for-development-and-cooperation/ Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO),</p>

		https://www.gov.uk/government/organisations/foreign-commonwealth-development-office Swedish International Development Cooperation Agency, https://www.sida.se/en https://www.Worldbank.org
--	--	---

Effektivität

Evalierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Erreichung der (intendierten) Ziele			3	0	
Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. PU-Maßnahmen)? Indikatoren-Tabelle: Vergleich Ist/Ziel	--	s. Hauptteil Effektivität			
Bewertungsdimension: Beitrag zur Erreichung der Ziele:			3	0	
Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)		World Bank: Den Sooluk National Health Reform Program, Aide Memoire May 2018, Annex 2			
Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?	Wie hoch ist die Auslastung der Basis-Gesundheitsdienste? Wie wird die Krankenversicherung MHIF finanziert? Werden die Beiträge zeitnah eingezahlt? Wird die Krankenversicherung MHIF nachgehalten?	Siehe Hauptteil Effektivität			

	Wie hoch sind die Zuschüsse des MoH?	
Inwieweit ist der gleiche Zugang zu erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten (z.B. diskriminierungsfrei, physisch erreichbar, finanziell erschwinglich, qualitativ, sozial und kulturell annehmbar) gewährleistet?	Hat die Einführung der Krankenversicherung (MHIF) den Zugang für Arme zu den Gesundheits-Diensten tatsächlich verbessert? Wie hoch ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Budget armer Haushalte?	Siehe Hauptteil Effektivität Health Systems in Transition Vol. 24 No. 3 2022; Kyrgyzstan Health system review WHO
Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?	Wie wird die FZ-Unterstützung (Finanzierung, Begleitmaßnahme, Beteiligung am Politik Dialog) zur Erreichung der Ziele der Sektor Reformen beurteilt?	Siehe Hauptteil Effektivität und BE
Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?		BE und AK
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?		BE und AK
Gab es Maßnahmen, die Genderwirkungspotenziale gezielt adressiert haben (z.B. durch Beteiligung von Frauen in Projektgremien, Wasserkomitees, Einsatz von Sozialarbeiterinnen für Frauen, etc.)? (FZ E spezifische Frage)	In welchem Umfang waren Frauen bei der Konzeption und der Umsetzung des Vorhabens/SWAP eingebunden? Wie hoch ist der Anteil von Frauen in den Village Health Committees?	World Bank: Den Sooluk National Health Reform Program, Aide Memoire May 2018, Annex 2 Siehe Hauptteil, PV und AK

<p>Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>Welche Faktoren haben eine Entwicklung der Qualität der Gesundheitsdienste behindert? Wie sehen sich die Mitarbeiter der verschiedenen beteiligten Institutionen in der Lage, den Anforderungen der Reformformulierung und Umsetzung gewachsen oder vorbereitet Wie funktionierte die Zusammenarbeit der verschiedenen Geber im Rahmen der Korbfinanzierung? Inwiefern bestand Konsens zwischen Regierung und Gebern?</p>	<p>World Bank: Den Sooluk National Health Reform Program, Aide Memoire May 2018, Annex 2 Siehe Hauptteil, PV und AK</p>		
<p>Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme (auch unter Berücksichtigung der vorab antizipierten Risiken)? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>Welche Faktoren haben eine Entwicklung der Qualität der Gesundheitsdienste behindert? Wie sehen sich die Mitarbeiter der verschiedenen beteiligten Institutionen in der Lage, den Anforderungen der Reformformulierung und Umsetzung gewachsen oder vorbereitet Wie funktionierte die Zusammenarbeit der verschiedenen Geber im Rahmen der Korbfinanzierung? Inwiefern bestand Konsens zwischen Regierung und Gebern?</p>	<p>World Bank: Den Sooluk National Health Reform Program, Aide Memoire May 2018, Annex 2 Siehe Hauptteil, PV und AK</p>		
<p>Bewertungsdimension: Qualität der Implementierung</p>			2	0
<p>Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme (z.B. Projektträger, Consultant, Berücksichtigung von Ethnizität und Gender in</p>	<p>Wurden die Empfehlungen der Steuerungsgruppe GoK/Geber nachgehalten? Hat das MoH eine starke Leadership Rolle eingenommen?</p>	<p>Interview mit PM, Partnern WHO, SDC, ex- Weltbankern</p>		

entscheidungsfindenden Gremien) im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten?				
Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an der Maßnahme durch die Partner/Träger zu bewerten?	Fanden die halbjährlichen programmatischen Treffen zwischen MoH und den Gebern regelmäßig statt? Wurden die gemeinsamen Entscheidungen nachgehalten?	Interview mit PM, Partnern WHO, SDC, ex- Weltbankern		
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? (FZ E spezifische Frage)	Wurden Gender bezogene Fragen im Rahmen des Programms spezifische behandelt und wurde darüber regelmäßig berichtet?	Interview mit PM, Partnern WHO, SDC, ex- Weltbankern		
Bewertungsdimension: Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)			2	0
Sind nicht-intendierte positive/negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar)?	Hat die Umsetzung des Vorhabens zu einer allgemeinen Verringerung der treuhänderischen Risiken im öffentlichen Finanzmanagement beigetragen?	Interview PM, SDC, Weltbank		
Welche Potentiale/Risiken ergeben sich aus den positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?	Wurden die Erfahrungen der Korbfinanzierung der treuhänderischen Risiken auf andere Vorhaben/Ministerien übertragen?	Interview PM, SDC, Weltbank		

Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/Risiken der positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?		Interview PM, GIZ
--	--	-------------------

Effizienz

Evalierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Produktionseffizienz			2	0	
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)	Liegt eine Aufschlüsselung der Ausgaben im Rahmen von SWAp/Korbfinanzierung vor?	Interview MoH,			
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.		AK und BE			
Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten die Outputs der Maßnahme durch einen alternativen Einsatz von Inputs erhöht		Nicht relevant, da Korbfinanzierung in das bestehende sektorale (alternativlose im Sinne von einzigem) Reformprogramm einzahl			

werden können (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)?				
Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?		AK und BE		
Waren die Koordinations- und Managementkosten angemessen? (z.B. Kostenanteil des Implementierungsconsultants)? (FZ E spezifische Frage)		AK		
Bewertungsdimension: Allokationseffizienz			2	0
Auf welchen anderen Wegen und zu welchen Kosten hätten die erzielten Wirkungen (Outcome/Impact) erreicht werden können? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Die Diskussion erübrigt sich vor dem Hintergrund des Ansatzes PBA, da die Kosten für die Umsetzung von Stand Alone Projekten auf Seite des Partners (GoK) sicherlich höher gewesen wären, hier aber nicht zu errechnen sind			
Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – die erreichten Wirkungen kostenschonender erzielt werden können?	Siehe oben			
Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – mit den vorhandenen Ressourcen die positiven Wirkungen erhöht werden können?	Siehe oben			

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen			3	0	
Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Wie hat sich die Lebenserwartung in Kirgisistan verändert?	https://www.worldlifeexpectancy.com/kyrgyzstan-life-expectancy			
Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen (sozial, ökonomisch, ökologisch und deren Wechselwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstigten feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)					
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)	Wie haben sich die Indikatoren der Müttersterblichkeit entwickelt? Wie die der Kindersterblichkeit?	https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/kyrgyzstan?countryProfileId=35da4dcc-e091-4dc2-bade-ea785f450743			
Bewertungsdimension: Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen			3	0	

<p>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?</p>	<p>Wie sahen MoH, SDC, WB die Rolle der deutschen FZ im SWAp? Inwiefern konnte der Korb insgesamt zu den Wirkungen auf Impact-Ebene beitragen? Wie wurden die Qualität und Nützlichkeit der Begleitmaßnahmen empfunden?</p>	<p>Gespräche MoH, WB, SDC,</p>
<p>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)</p>	<p>Wie hat sich die Lebenserwartung der Bevölkerung entwickelt? Gibt es Verbesserung bei SDG 3?</p>	<p>Siehe Hauptteil Indikatoren Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen</p>
<p>Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?</p>		<p>Siehe Hauptteil Indikatoren Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen</p>
<p>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?</p>		<p>Siehe Hauptteil Indikatoren Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen</p>
<p>Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder</p>	<p>Welchen Beitrag haben die Maßnahmen zu dem neuen dem neuen</p>	<p>Gespräche MoH, MHIF, KfW, WB, SDC</p>

finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungs politischen Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Reformprogramm „Public Health Protection and Health Care System Development for 2019-2030 (SPHD2030)“ geleistet?				
Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungs politischen Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Wie hat sich der Wohlstand bzw. die Armut in KGZ entwickelt?	SDG-Webseite, WB			
Entfaltet das Vorhaben Breitenwirkung? - 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)	Wurden die Reformen hinsichtlich der Planung/Steuerung/ Kontrolle der öffentlichen Ausgaben auf andere Ministerien oder öffentliche Institutionen übertragen? Wird ein SWAp auch für andere Sektor erwogen bzw. wurde angewendet?	Gespräche MoH, MHIF, KfW, WB, SDC			
Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (<i>Lern- und Hilfsfrage</i>)		Gespräche PM, KfW Kollegen			
Bewertungsdimension: Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungs politischen Veränderungen			2	0	
Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungs politische	Haben sich die treuhänderischen Risiken im PFM-Bereich verbessert	BE, Aide memoire der Weltbank			

<p>Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?</p>		
<p>Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?</p>		<p>Interviews mit MoH, GiZ, KfW PM</p>
<p>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.)?)</p>		<p>Interviews mit MoH, GiZ, KfW PM</p>

Nachhaltigkeit

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			2	0	
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?	Finden die Abstimmungen zwischen MoH und MoF weiterhin statt? In welcher Richtung hat sich seit Beendigung der Förderung das Budget und die Personal Ausstattung von MoH und MHIF geändert? Wie gestaltet sich das Beschaffungswesen im Gesundheitsbereich? Wurde der Ansatz der WB fortgeführt und regelmäßige Audits angesetzt?	MoH, Weltbank, WHO, SDC, PM			
Inwieweit weisen Zielgruppe, Träger und Partner eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber zukünftigen Risiken auf, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten?	Wurden die Abstimmungsformate wie Joint Annual Review (JAR) auch im Rahmen des Reformprogramms „Prosperous country-Healthy Person“ weiter aufrecht erhalten??	WHO, MoH			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Wie stark ist die Abhängigkeit von (Geber-)Mittel Zuweisungen für kommende Reformen im Sektor?	WHO, Weltbank			
Bewertungsdimension: Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten:			2	0	

<p>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?</p>	<p>Werden die Anmerkungen/ Findings der Audits im MoH weiterhin verfolgt? Wie haben sich die Findings der Audits entwickelt?</p>	<p>Weltbank, MoH, KfW PM</p>			
<p>Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Zielgruppe, Träger und Partner, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?</p>	<p>Wie stark ist die Abhängigkeit von (Geber-)Mittel Zuweisungen für die neue Strategie?</p>	<p>WHO, Weltbank</p>			
<p>Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?</p>	<p>Nicht direkt relevant, da besonders benachteiligte Gruppen kaum oder gar keinen Einfluss auf die Mittelverwendungen im MoH haben</p>				
<p>Bewertungsdimension: Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit</p>			<p>2</p>	<p>0</p>	
<p>Wie stabil ist der Kontext der Maßnahme) (z.B. soziale Gerechtigkeit, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>Wie stark ist KGZ vom gegenwärtigen Russland Krieg betroffen?</p>	<p>Öffentliche Medien, Weltbank, IWF</p>			
<p>Inwieweit wird die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der Maßnahme durch den Kontext beeinflusst? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>Sind die Remittances aus Russland spürbar zurückgegangen?</p>	<p>Weltbank</p>			

Inwieweit sind die positiven und ggf. negativen Wirkungen der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen?	Wie hoch ist die Personalfluktu- tion in MoH und MHIF? Wie groß ist der politische Wille das Gesundheits- System auf	Interviews MoH
---	---	----------------