

# Ex-post-Evaluierung – Tansania

>>>

**Sektor:** Förderung reproduktiver Gesundheit (CRS-Code 13020)  
**Vorhaben:** FZ-Modul im Rahmen eines EZ-Programms: Soziale Sicherung für Arme zur Verbesserung der Müttergesundheit und der HIV-Prävention (2007 65 545\*) und Begleitmaßnahme NHIF (2009 70 152), Phase I  
**Träger des Vorhabens:** National Health Insurance Fund (NHIF)



## Ex-post-Evaluierungsbericht: 2018

	Vorhaben (Plan)	Vorhaben (Ist)	Begleitmaßnahme (Plan)	Begleitmaßnahme (Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR	18,17	18,17	1,50	1,48
Eigenbeitrag Mio. EUR	6,67	6,67	0,00	0,00
Finanzierung Mio. EUR	11,50	11,50	1,50	1,48
davon BMZ-Mittel Mio. EUR	11,50	11,50	1,50	1,48**

\*) Vorhaben in der Stichprobe 2017;

\*\*) Verbleibende Mittel wurden auf BMZ Nr. 2015 67 379 (Phase II des Vorhabens) übertragen.

**Kurzbeschreibung:** Im Rahmen des Vorhabens wurde armen schwangeren Frauen in Mbeya und Tanga eine einjährige Mitgliedschaft im National Health Insurance Fund (NHIF) finanziert, die neben Schwangerschaftsvorsorge, Geburtshilfe und – nachsorge sowie Neugeborenenversorgung ein breites Leistungspaket an Gesundheitsdienstleistungen umfasste. Für die Familien der Frauen bezuschusste die FZ 50 % der Einschreibgebühr für einen Community Health Fund (CHF), der ein Grundversorgungspaket bot. Weiterhin finanzierte die FZ eine Grundausstattung an medizinischer sowie Informations- und Kommunikationsausrüstung für den NHIF, Sensibilisierungsmaßnahmen für die Zielgruppe und die Gesundheitseinrichtungen sowie Monitoring und Evaluierung. Die Begleitmaßnahme umfasste technische Beratung sowie Trainings- und Fortbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter des NHIF, um diesen bei der Ausweitung seiner Versicherungsdienstleistungen auf eine breitere Bevölkerungsschicht zu unterstützen. Vorhaben und Begleitmaßnahme stellen ein FZ-Modul im Rahmen eines EZ-Programms dar.

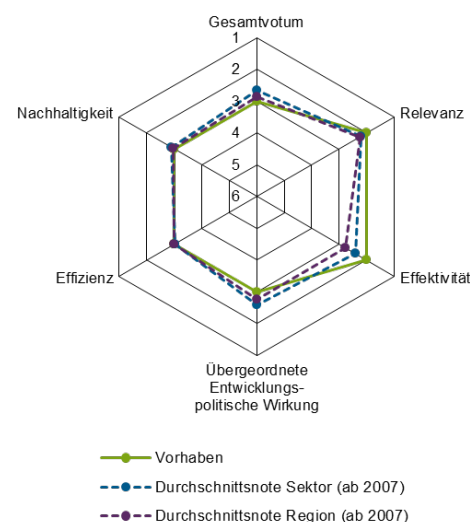
**Zielsystem:** Das entwicklungspolitische Oberziel (Impact) des Vorhabens war die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes aller Tansanier unter Berücksichtigung besonders gefährdeter und benachteiligter Bevölkerungsgruppen in Mbeya und Tanga. Das Programmziel (Outcome) war ein verbesserter gleichberechtigter Zugang zu qualitativ hochwertigen Diensten der reproduktiven Gesundheit und deren Nutzung durch arme, schwangere Frauen und ihrer Neugeborenen in den Zielregionen Mbeya und Tanga. Ein Nebenziel war die Weiterentwicklung des nationalen Krankenversicherungssystems durch die Ausweitung des Versicherungssystems des NHIF auf arme und benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

**Zielgruppe:** Zielgruppe des Vorhabens waren arme, schwangere Frauen und ihre Neugeborenen in den Regionen Mbeya und Tanga sowie deren Familien (letzteres ex-post hinzugefügt).

## Gesamtvotum: Note 3

**Begründung:** Das Vorhaben hat zu einer spürbaren Verbesserung des Zugangs armer schwangerer Frauen zu reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen beigetragen und sich positiv auf die Mütter- und Neugeborenenengesundheit in Tanga und Mbeya ausgewirkt. Der NHIF wurde durch das Vorhaben gestärkt und konnte wichtige Erfahrungen für seine zukünftige Rolle als Träger einer universellen Krankenversicherung sammeln. Schwächen des Vorhabens zeigen sich vor allem im Hinblick auf die Effizienz der Mittelverwendung und eine bisher fehlende Lösung für die zukünftige Finanzierung der subventionierten Versicherungsbeiträge.

**Bemerkenswert:** Der Pilotcharakter des Vorhabens brachte vielfältige Herausforderungen in der Umsetzung mit sich. Diese wurden sehr gut bewältigt und es wurden praktikable Lösungen entwickelt, wie beispielsweise die Einschreibung per SMS oder das E-Claiming.



# Bewertung nach DAC-Kriterien

## Gesamtvotum: Note 3

### Teilnoten:

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

### Relevanz

Mit einem Pro-Kopf-Einkommen von rund 2.946 USD im Jahr 2017<sup>1</sup> gehört Tansania heute noch immer zu den ärmsten Ländern der Welt. Wenngleich die Wirtschaft des Landes in den vergangenen zehn Jahren vergleichsweise stark gewachsen und die Armutsquote auf 26,9 % (nationale Armutslinie) im Jahr 2016 gesunken ist, hat die absolute Zahl der Armen aufgrund des starken Bevölkerungswachstums nicht abgenommen.<sup>2</sup>

Zum Zeitpunkt der Projektprüfung wies der Gesundheitszustand der Bevölkerung auf Mängel in der Basisversorgung, insbesondere auch im Bereich Mutter-und-Kind-Gesundheit hin. Laut Tanzania Demographic and Health Survey (TDHS 2004/2005) lag die Müttersterblichkeitsrate 2004/2005 bei 578 Fällen pro 100.000 Lebendgeburten, die Neugeborenensterblichkeitsrate bei 32 Fällen pro 100.000 Lebendgeburten. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hat sich in den vergangenen Jahren zwar leicht verbessert, ist aber weiterhin unzureichend. Im Jahr 2016 lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei 66 Jahren.<sup>3</sup> Die Müttersterblichkeitsrate war im Jahr 2015/2016 mit 556 pro 100.000 Lebendgeburten noch immer hoch, wie auch die Neugeborenensterblichkeit mit 25 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten.<sup>4</sup>

Wichtige Ursachen für den schlechten Gesundheitszustand sind nach wie vor die große Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung und der erschwerte Zugang zu qualitativ ausreichenden Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere für die arme Bevölkerung. Zwar sind Gesundheitsdienstleistungen für schwangere Frauen und Kinder bis zum Alter von fünf Jahren seit Mitte der 1990er Jahre kostenlos, jedoch waren zum Zeitpunkt der Projektkonzeption Out-of-Pocket-Zahlungen weit verbreitet. So mussten die schwangeren Frauen zur Entbindung in einer Gesundheitseinrichtung in der Regel ein sogenanntes Clean Delivery Pack<sup>5</sup> mitbringen, und notwendige Medikamente mussten auf eigene Kosten von den Frauen oder ihren Angehörigen besorgt werden. Dies hielt vor allem arme Frauen davon ab, Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen und in Gesundheitseinrichtungen zu entbinden. Gleichzeitig fehlte es den Gesundheitseinrichtungen an finanziellen Mitteln, um Medikamente und Verbrauchsmaterial zu beschaffen oder kleinere Investitionen in medizinische Ausrüstung zu tätigen. Zudem bestand ein erheblicher Mangel an qualifiziertem Personal, so dass die Qualität reproduktiver Gesundheitsdienstleistungen insgesamt unzureichend war. Der erschwerte Zugang armer schwangerer Frauen und ihrer Neugeborenen zu medizinischer Versorgung und die schlechte Qualität reproduktiver Gesundheitsdienstleistungen resultierten in einer inakzeptabel hohen Mütter- und Neugeborenensterblichkeit und stellten zum Zeitpunkt der Projektprüfung ein Kernproblem im tansanischen Gesundheitssektor dar.

Die dem Projekt zugrunde liegenden Wirkungsketten sind weitgehend plausibel. So sollte durch die Subventionierung der Kosten einer zeitlich beschränkten Versicherung für arme schwangere Frauen und ihre Neugeborenen der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erleichtert und die finanzielle Belastung der

<sup>1</sup> Gemessen als BIP pro Kopf in Kaufkraftparitäten.

<sup>2</sup> Quelle: Weltbank.

<sup>3</sup> Quelle: Weltbank.

<sup>4</sup> Quelle: Tanzania Demographic and Health Survey 2015/2016.

<sup>5</sup> Ein Clean Delivery Pack beinhaltet in der Regel Seife, eine Plastikunterlage, eine sterile Rasierklinge, sterile Handschuhe und steriles Material zum Abbinden der Nabelschnur.

Familien reduziert werden. Dadurch sollten Gesundheitsrisiken reduziert werden. Erkrankungen sollten schneller erkannt und behandelt und Folgeerkrankungen vermieden werden. Insgesamt sollte der Gesundheitszustand von Müttern und Neugeborenen verbessert werden. Der NHIF sollte die Leistungen zügig und direkt an die Gesundheitseinrichtungen erstatten. Die verbesserte finanzielle Situation der Gesundheitseinrichtungen und ein stärkerer Wettbewerb zwischen öffentlichen, privaten und kirchlichen Einrichtungen, zwischen denen die Frauen frei wählen konnten, sollten die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen verbessern. Der Projektträger, der NHIF, sollte institutionell gestärkt werden und sich für neue Bevölkerungsgruppen öffnen.

Eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Finanzierung der Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen Wirkung entfaltet, ist allerdings, dass das Angebot von Gesundheitsdienstleistungen mithalten kann. Bei Projektprüfung wurde hier insbesondere das Risiko mangelnden oder nicht ausreichend qualifizierten Personals in den Gesundheitseinrichtungen als hoch eingestuft. Tatsächlich hat sich die Personalsituation in den Gesundheitseinrichtungen noch verschärft, nachdem die Regierung im Jahr 2016 ein Einstellungsverbot verhängt und Beschäftigte ohne gültige Zeugnisse entlassen hat. Ein weiterer Aspekt, der bei Projektkonzeption nicht ausreichend berücksichtigt wurde, sind Transportkosten. So müssen die Frauen die Kosten für den Transport zu einer Gesundheitseinrichtung weiterhin selbst tragen, was vor allem für Schwangere in entlegenen Gegenden ein zentrales Hemmnis darstellt.

Widersprüchlich erscheint auch die Einbindung des Community Health Funds (CHF). In der Projektkonzeption war zunächst nur eine Subventionierung armer schwangerer Frauen über den NHIF vorgesehen. Als größter nationaler Krankenversicherer verfügte dieser am ehesten über die notwendigen Kapazitäten zur Umsetzung des Vorhabens. Nachdem dem NHIF im Jahr 2009 die Steuerung der CHF übertragen wurde, wurde das Vorhaben, offenbar auf Wunsch der tansanischen Regierung und der deutschen TZ, um die Komponente einer temporären Krankenversicherung für die Familien der Frauen über den CHF erweitert. Unter Effizienzgesichtspunkten ist die parallele Förderung zweier Krankenversicherungssysteme nicht sinnvoll. Als Schritt auf dem Weg zu einer institutionellen Neuordnung ist die Einbeziehung der CHF jedoch zu rechtfertigen. So sollen die CHF und der NHIF mittelfristig zur Single Mandatory National Health Insurance (SNHI) verschmolzen werden.

Neben der Einführung einer allgemeinen Krankenversicherung für alle Tansanier ist die Verbesserung des Zugangs besonders benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu Gesundheitsdienstleistungen nach wie vor ein wichtiges Ziel der tansanischen Regierung. Das Vorhaben entspricht auch heute noch der nationalen Sektorstrategie, die im Health Sector Strategic Plan 2015-2020 (HSSP) dargelegt wird und die sich aus den Sustainable Development Goals (SDG), der nationalen Vision 2025 und der Wachstums- und Armutsminderungsstrategie (MKUKUTA) ableitet. Das Vorhaben war Teil des Tanzanian-German Programme to Support Health (TGPSH) und komplementär zu weiteren Projekten der deutschen EZ. Es fügte sich in die Entwicklungszusammenarbeit wesentlicher Geber mit dem tansanischen Gesundheitsministerium im Rahmen eines "Sector-wide-approach" ein.

## Relevanz Teilnote: 2

### Effektivität

Programmziel war ein verbesserter gleichberechtigter Zugang zu qualitativ hochwertigen Diensten der reproduktiven Gesundheit und deren Nutzung durch arme schwangere Frauen in den Regionen Mbeya und Tanga. Nebenziel war, einen Beitrag zur Weiterentwicklung des nationalen Krankenversicherungssystems durch die Ausweitung des Versicherungssystems des NHIF auf arme und benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu leisten. Diese Ziele erscheinen auch aus heutiger Sicht angemessen.

Die Zielindikatoren wurden während der Durchführung des Programms mehrfach angepasst. So wurde ein Teil der bei PP definierten Indikatoren durch Indikatoren des District Health Information Systems (DHIS) ersetzt, das einige wichtige Daten zur Mutter-Kind-Gesundheit vorhält. Zum Zeitpunkt der EPE können die folgenden Indikatoren zur Messung des Projekterfolges herangezogen werden, wenngleich ihre Aussagekraft aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit und -qualität teilweise eingeschränkt ist:

Indikator	Status PP, Zielwert	Ex-post-Evaluierung
(1) Kumulierte Anzahl armer schwangerer Frauen in Tanga und Mbeya, die im NHIF registriert sind	Projektprüfung: - Zielwert: 130.000	Finanziert aus Mitteln der Phase I: 262.000  Quelle: NHIF
(2) Kumulierte Anzahl von Familien armer schwangerer Frauen in Tanga und Mbeya, deren Einschreibegebühr für einen CHF subventioniert wurde	Projektprüfung: - Zielwert: 130.000	Finanziert aus Mitteln der Phase I: 294.420 <sup>6</sup>  Quelle: NHIF
(3) Anteil der durch Fachkräfte betreuten Geburten (in %)	Projektprüfung: Tanga: 67,9 Mbeya: 82,9 Songwe: 76,3 Quelle: DHIS (Daten 2014, für Jahre vor 2014 keine vergleichbaren Daten verfügbar)  Zielwert: 80	Ende Phase I (2016): Tanga: 83 Mbeya: 90,6 Songwe: 85,3 <sup>7</sup>  Quelle: DHIS
(4) Anteil der in Gesundheitseinrichtungen durchgeführten Geburten (in %)	Projektprüfung: Tanga: 41,3 Mbeya: 43,1 Quelle: TDHS 2010  Zielwert: 80	Ende Phase I (2015/2016): Tanga: 66,8 Mbeya: 64,9 Quelle: TDHS 2015/2016
(5) Anteil der schwangeren Frauen, die vier oder mehr Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen besuchen (in %)	Projektprüfung: National: 42,8 Quelle: TDHS 2010  Zielwert: 80	Ende Phase I (2016): National: 50,7 Quelle: TDHS 2015/2016
(6) Anteil der korrekten Abrechnungen (in %)	Projektprüfung: - Zielwert: 95	95 (Anteil der Abrechnungen, die vom NHIF erstattet werden) Quelle: NHIF
(7) Durchschnittliche Dauer zwischen Leistungsantrag durch Gesundheitseinrichtung ("Claim") und Rückerstattung (in Tagen)	Projektprüfung: - Zielwert: 60	Ende Phase I: 54  Quelle: NHIF

<sup>6</sup> Die kumulierte Anzahl armer schwangerer Frauen, die im NHIF registriert sind, und die kumulierte Anzahl der subventionierten Familien stimmen nicht überein, da die Frauen und ihre Familien aus unterschiedlichen Budgetlinien der Phase I finanziert wurden. Die Registrierung der Frauen und ihrer Familien wurde fortgesetzt, nachdem die Mittel der Phase I bereits ausgelaufen waren. Der Projektträger NHIF hat die damit im Zusammenhang stehenden Ausgaben vorfinanziert, bis Phase II im August 2016 offiziell gestartet ist und entsprechende Mittel freigegeben wurden.

<sup>7</sup> Die Region Songwe wurde 2016 aus der Region Mbeya ausgegliedert.

(8) Anteil der normale Geburten durchführenden Gesundheitseinrichtungen, die mindestens ein Delivery Kit <sup>6</sup> vorrätig haben	Projektprüfung: Keine vergleichbaren Daten verfügbar.	Ende Phase I (2014/2015): National: 87% Tanga: 88% Mbeya: 92% Quelle: Tanzania Service Provision Assessment Survey 2014/15
(9) Anteil der normale Geburten durchführenden Gesundheitseinrichtungen, in denen mindestens ein Beschäftigter in den vergangenen zwei Jahren ein Training in Geburtshilfe und Neugeborenenversorgung absolviert hat.	Projektprüfung: Keine vergleichbaren Daten verfügbar.	Ende Phase I (2014/2015): National: 23% Tanga: 41% Mbeya: 20% Quelle: Tanzania Service Provision Assessment Survey 2014/15
(10) Anteil HIV-infizierter Schwangerer, die eine anti-retrovirale Therapie (ART) zur Prävention einer Übertragung des Virus auf das Kind erhalten (Prevention of mother-to-child transmission, PMTCT) (in %)	Projektprüfung: National: 63 Quelle: UNAIDS	Ende Phase I (2016): National: 76 Quelle: UNAIDS

Ab Februar 2013 deckte das Programm alle Distrikte von Tanga und Mbeya ab. Die Zahl der Registrierungen armer schwangeren Frauen im NHIF stieg stetig an, genauso wie die Zahl der Leistungsabrechnungen durch die Gesundheitseinrichtungen. Ende 2015 war das für Phase I vorgesehene Budget weitestgehend ausgeschöpft. Weitere Registrierungen wurden vom NHIF bis zum Start von Phase II des Vorhabens im August 2016 vorfinanziert. Das Ziel von 130.000 Registrierungen schwangerer Frauen im NHIF und ihrer Familien in den CHF in Phase I des Vorhabens wurde weit übertroffen.

Auch die Leistungsabrechnung hat sich kontinuierlich verbessert. Am Ende der Phase I lagen im Durchschnitt 54 Tage zwischen Eingang des Leistungsantrages beim NHIF und der Erstattung an die Gesundheitseinrichtung. Bei Ex-post-Evaluierung im September 2018 berichteten die meisten besuchten Gesundheitseinrichtungen, dass ihre Leistungen in der Regel innerhalb von 20 bis 30 Tagen erstattet würden. Von den Leistungsanträgen, die während der Phase I beim NHIF eingingen, wurden rund 95 % erstattet. Im Fall nicht korrekter oder ungerechtfertigter Abrechnungen gab der NHIF ein entsprechendes Feedback an die Verantwortlichen in den Gesundheitseinrichtungen.

Eine Herausforderung während der Umsetzung war zunächst der Registrierungsprozess. So waren entsprechende Formulare in den Gesundheitseinrichtung oft nicht vorrätig oder ausgefüllte Anträge wurden nicht zeitnah an den NHIF weitergeleitet. Nachdem im September 2015 eine Technologie eingeführt wurde, die es den Gesundheitseinrichtungen erlaubt, die Frauen per SMS zu registrieren, hat sich diese Problematik deutlich entschärft. Aufgrund logistischer Schwierigkeiten erwies sich letztlich auch die Idee einer Versicherungskarte für schwangere Frauen als nicht umsetzbar. Aus diesem Grund sind die Gesundheitseinrichtungen dazu übergegangen, die Registrierungsnummer auf dem Mutterpass (Reproductive and Child Health Card, RCHC) zu notieren, der ohnehin zu jeder Vorsorgeuntersuchung und zur Geburt mitzubringen ist.

Bei Ex-post-Evaluierung berichteten die besuchten Gesundheitseinrichtungen ausnahmslos, dass das Projekt in ihrer Region weithin bekannt sei und von den schwangeren Frauen sehr gut angenommen werde. Schätzungen des das Vorhaben begleitenden Consultants zufolge deckte das Programm im Jahr

<sup>6</sup> Ein Delivery Kit umfasst eine sterile Basisausrüstung für die Geburtshilfe (Nabelklemme, Nabelschere, Episiotomie-Schere, Nahtmaterial, Nadel, und Nadelhalter).

2015 rund 56 % aller Geburten in Tanga und etwa 63% aller Geburten in Mbeya ab.<sup>9</sup> Die verstärkte Nutzung reproduktiver Gesundheitsdienstleistungen zeigt sich auch darin, dass der Anteil professionell unterstützter Geburten während des Vorhabens in allen Projektregionen deutlich angestiegen ist.

Gleichzeitig hat sich die finanzielle Situation der Gesundheitseinrichtungen stark verbessert. Durch das Projekt konnten Gesundheitsdienstleistungen, die zuvor kostenlos erbracht werden mussten, über den NHIF abgerechnet werden. Die Erstattungsbeträge flossen direkt auf die Konten der Gesundheitseinrichtungen. Viele kleinere Gesundheitseinrichtungen haben durch das Projekt erstmals eigene Konten eröffnet und konnten mit eigenen Mitteln Medikamente kaufen, kleinere Investitionen in medizinische Geräte oder Infrastruktur tätigen oder den Beschäftigten einen Bonus für geleistete Überstunden zahlen. Dies hat die Eigenständigkeit der Gesundheitseinrichtungen gestärkt und sich positiv auf die Qualität der von den Einrichtungen erbrachten Gesundheitsdienstleistungen ausgewirkt.

Eine im August 2015 durchgeführte Studie zur Patientenzufriedenheit wie auch Gespräche mit Patientinnen im Rahmen der Ex-post-Evaluierung unterstreichen dieses Ergebnis. Dass sie Gesundheitsdienstleistungen jederzeit kostenlos in Anspruch nehmen konnten und sich nicht länger um Medikamente und Verbrauchsmaterial sorgen mussten, bedeutete für die schwangeren Frauen eine enorme finanzielle und auch emotionale Entlastung. Positiv bewerteten die Frauen auch, dass sie die Gesundheitseinrichtung frei wählen konnten. Für einige Frauen waren der Transport zu den Gesundheitseinrichtungen und die Versorgung mit Essen bei längeren Aufenthalten mit Schwierigkeiten verbunden.

Einer weiteren Verbesserung der Dienstleistungsqualität stand vor allem der Mangel an qualifiziertem Personal und geeigneten Räumlichkeiten entgegen. Einige Einrichtungen profitierten hier von der Möglichkeit, ein Darlehen beim NHIF auf Basis ihrer durchschnittlichen Erstattungen aufzunehmen, mit dem sie Infrastrukturinvestitionen finanzieren konnten. Vor allem größere Einrichtungen wie das META Referral Hospital in Mbeya sahen in dem Programm ein Geschäftsmodell und versuchten, schwangere Frauen für sich als Patientinnen zu gewinnen. Andere Einrichtungen versäumten dagegen, ihre Leistungen vollständig abzurechnen und ließen die Möglichkeiten des Programms weitgehend ungenutzt. Ein besseres Krankenhausmanagement könnte in diesen Fällen auch zu einer Steigerung der Dienstleistungsqualität beitragen.

Ein Ziel bei Projektkonzeption war auch die HIV-Prävention. So sollte die Übertragung des Virus von Mutter zu Kind (Prevention of mother-to-child transmission, PMTCT) durch eine anti-retrovirale Therapie vermieden werden. Dieses Ziel wurde jedoch nicht weiter verfolgt und HIV-bezogene Gesundheitsdienstleistungen wurden nicht vom NHIF erstattet, da diese von anderen Programmen zur HIV-Prävention wie PEPFAR gedeckt wurden. Fortschritte in dieser Hinsicht können also nicht dem hier evaluierten Vorhaben zugerechnet werden.

Das Nebenziel einer Weiterentwicklung des nationalen Krankenversicherungssystems kann als erreicht angesehen werden. So konnte der NHIF durch das Programm wertvolle Erfahrungen bei der Versicherung armer Bevölkerungsgruppen sammeln. Registrierungs- und Abrechnungsprozesse wurden stetig verbessert, was auch den regulären Mitgliedern des NHIF zugutekam. Weitere Schritte werden notwendig sein, damit der NHIF die Abwicklung der angedachten Single Mandatory National Health Insurance (SNHI) bewältigen kann. Dennoch hat der NHIF bereits wichtige Fortschritte gemacht.

Insgesamt können die Programmziele auf Outcome-Ebenen damit nicht nur als realistisch, sondern weitestgehend als erfüllt und in einigen Teilaspekten als teilweise erfüllt angesehen werden.

### Effektivität Teilnote: 2

#### Effizienz

Der hier verfolgte Ansatz der Nachfragefinanzierung von Gesundheitsdienstleistungen bietet im Vergleich zur traditionellen Inputfinanzierung Potenziale für eine effizientere Mittelallokation. Dazu trägt in diesem Fall auch die Förderung des Wettbewerbs zwischen den Gesundheitseinrichtungen durch die freie Wahl der Schwangeren zwischen staatlichen, privaten und kirchlichen Einrichtungen bei. Gleichzeitig hat der

---

<sup>9</sup> Quelle: GFA (2016): Improved Access for the Poor Pregnant Women to Improve Maternal Health and HIV-Related Services in Tanzania - Final Report



NHIF systematische Qualitätskontrollen etabliert, um sicherzustellen, dass die Gesundheitseinrichtungen die ihnen zufließenden Mittel sachgerecht verwenden. So überprüft der NHIF regelmäßig nicht nur die finanzielle Situation der Gesundheitseinrichtungen in Tanga und Mbeya, sondern auch die Qualität der erbrachten Dienstleistungen. Dazu führt der NHIF Befragungen von Versicherten durch sowie Besuche in den Gesundheitseinrichtungen, bei denen eine Liste von Qualitätskriterien abgearbeitet wird. Werden diese nicht erfüllt, kann dies im Zweifelsfall dazu führen, dass der NHIF Leistungen nicht erstattet.

Die Umsetzung des Projektes erfolgte mit deutlicher Verzögerung. So wurden die Verträge mit der tansanischen Regierung schon Ende 2009 unterzeichnet, das Programm aber erst ab 2012 in vier Pilotdistrikten in Tanga und Mbeya ausgerollt. Ursächlich für diese Verzögerung war, dass sich die Vertragsverhandlungen mit dem Consultant in die Länge gezogen haben und dass das Projektkonzept angepasst werden musste, nachdem von tansanischer Seite der Wunsch geäußert wurde, die CHF miteinzubinden.

In Phase I des Vorhabens wurden rund 63 % der Projektmittel von insgesamt 13 Millionen EUR zur Erstattung von Gesundheitsdienstleistungen für Schwangere und ihre Neugeborenen über den NHIF aufgewendet. Etwa 9 % wurden für die Subventionierung der Einschreibgebühren der Familien in den CHF aufgewendet. Die restlichen Mittel verteilten sich auf Ausgaben für Marketingkampagnen (4 %), IT-Hard- und Software (1 %), medizinische Geräte für die Gesundheitseinrichtungen (4 %) und Beratungsdienstleistungen des Consultants (18 %).<sup>10</sup>

Die Erstattungen für Gesundheitsdienstleistungen für Schwangere und Neugeborene flossen den Einrichtungen direkt zu und wurden von ihnen dezentral verwaltet, was unter Effizienzgesichtspunkten positiv zu bewerten ist. Die Einschreibgebühren für die CHF wurden zunächst über die District Health Offices an die Gesundheitseinrichtungen weitergeleitet. Einige District Health Offices hielten die Mittel jedoch zurück, so dass der NHIF 2014 dazu übergegangen ist, auch die Einschreibgebühren für die CHF direkt an die Gesundheitseinrichtungen zu überweisen, die die Einschreibung vorgenommen hatten.

Mit der Einschreibgebühr in den CHF waren alle Gesundheitsdienstleistungen, die die Gesundheitseinrichtungen für die versicherten Familienmitglieder erbrachten, pauschal abgegolten. Anders als für die im NHIF versicherten Schwangeren und Neugeborenen konnten die Gesundheitseinrichtungen für die in den CHF versicherten Familienmitglieder keine einzelnen Leistungen abrechnen. Dies führte in vielen Fällen dazu, dass die Gesundheitseinrichtungen die Familienmitglieder zwar eingeschrieben, sie aber nicht über ihre Ansprüche aus der Versicherung aufgeklärt oder nur Gesundheitsdienstleistungen von geringer Qualität für sie erbracht haben. Damit hat die Einbindung der CHF relativ wenig dazu beigetragen, das Konzept einer Krankenversicherung in der Bevölkerung zu etablieren. Durch die Schaffung geeigneter Leistungsanreize für die Gesundheitseinrichtungen hätten die rund 1,2 Millionen Euro, die für die Versicherung der Familien bereitgestellt wurden, effizienter verwendet werden können.

Unter Effizienzgesichtspunkten wenig überzeugend ist auch der Targeting-Ansatz des Projektes. Als Zielgruppe wurden arme schwangere Frauen in Tanga und Mbeya festgelegt. Da es sich jedoch als schwierig erwies, die armen unter den schwangeren Frauen zu identifizieren, erhielten letztlich alle Frauen in Tanga und Mbeya Zugang zum Programm.<sup>11</sup> Dies ist nachvollziehbar und dürfte letztlich sogar die Akzeptanz des Programms in der breiten Bevölkerung und damit auch in der Politik erhöht haben. Allerdings gehören Tanga und Mbeya bei weitem nicht zu den ärmsten Regionen Tansanias. Wären die Mittel in einem geografischen Targeting-Ansatz in andere Regionen Tansanias geflossen, wäre der positive Effekt auf den Gesundheitszustand aller Tansanier möglicherweise größer gewesen.<sup>12</sup> Zudem hatten Frauen in ländlichen und entlegenen Gebieten seltener Kenntnis von dem Programm und der Transport zu einer Gesundheitseinrichtung stellte für sie eine besonders hohe Hürde dar. Die Armut ist aber gerade in diesen Gebieten besonders ausgeprägt. Auch an dieser Stelle wäre eine effizientere, stärker die besonders armen Frauen treffende Verwendung der Mittel wünschenswert gewesen. Positiv hervorzuheben ist an dieser Stelle die Einführung einer neuen Technologie, die eine Einschreibung per SMS ermöglicht hat. Ein

<sup>10</sup> Quelle: GFA (2016): Improved Access for the Poor Pregnant Women to Improve Maternal Health and HIV-Related Services in Tanzania - Final Report

<sup>11</sup> Eine Möglichkeit zur Feststellung der Bedürftigkeit, die zur Zeit geprüft wird, aber in Phase I des Vorhabens noch nicht bestand, ist die Nutzung von Einkommensdaten, die im Rahmen des Tanzania Social Action Fund (TASAF) der Weltbank erhoben werden.

<sup>12</sup> In Phase II wurde das Vorhaben auf die Regionen Mtwara und Lindi ausgeweitet, die im tansanischen Vergleich einen überdurchschnittlich hohen Anteil von Armen aufweisen.

Internetzugang war dafür nicht notwendig, so dass dies den Registrierungsprozess auch in den ländlichen Gegenden deutlich vereinfacht und beschleunigt hat.

Es wurde kein "Gatekeeping-Mechanismus" implementiert, d.h. ein Referenzsystem war für die im NHIF versicherten Frauen nicht in Kraft. Damit konnten die Frauen jederzeit Krankenhäuser auf regionaler Ebene aufsuchen, auch wenn ihre Schwangerschaft unauffällig verlief und Komplikationen nicht zu erwarten waren. Diese Krankenhäuser konnten ihre Leistungen höher abrechnen als Gesundheitseinrichtungen untergeordneter Ebenen, was die Versicherungskosten unnötig in die Höhe trieb und einer effizienten Allokation der Mittel entgegenstand.

Insgesamt ist die Effizienz des Vorhabens gerade noch als zufriedenstellend zu bewerten.

### Effizienz Teilnote: 3

### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel des Vorhabens, das bei PP definiert wurde, war die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes aller Tansanier unter Berücksichtigung besonders gefährdeter und benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Da sich Phase I des Vorhabens jedoch nur auf die Regionen Tanga und Mbeya erstreckte, die gemeinsam weniger als 9 % der Bevölkerung Tansanias ausmachen, erscheint eine weitere Konkretisierung angemessen. Für die EPE lautet das Ziel somit die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes aller Tansanier in Tanga und Mbeya unter Berücksichtigung besonders gefährdeter und benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Als Indikatoren für die Erreichung dieses Ziels sollten die Mütter- und Neugeborenensterblichkeitsraten herangezogen werden, für die sich bei EPE folgendes Bild ergab:

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Müttersterblichkeitsrate (Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten)	Projektprüfung: National: 454 Quelle: TDHS 2010  Tanga: 194 Mbeya: 127 Quelle: DHIS 2012 / GFA Impact Study  Zielwert (national): 265	Ende Phase I: National: 556 Quelle: TDHS 2015/16  Tanga: 99 Mbeya: 129 Quelle: DHIS 2016 / GFA Impact Study
(2) Neugeborenensterblichkeitsrate (Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten)	Projektprüfung: National: 26 Quelle: TDHS 2010  Tanga: 5 Mbeya: 8 Quelle: DHIS 2012 / GFA Impact Study	Ende Phase I National: 25 Quelle: TDHS 2015  Tanga: 4 Mbeya: 10 Quelle: DHIS 2016 / GFA Impact Study

Auf nationaler Ebene lassen sich Mütter- und Neugeborenensterblichkeitsraten aus bevölkerungsrepräsentativen Umfragen wie der Tanzania Demographic and Health Survey (TDHS) ableiten. Da die ermittelten Werte jedoch auf Schätzungen beruhen, die mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet sind, lassen



sie keine eindeutigen Schlüsse zur Entwicklung der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit zu.<sup>13</sup> Auf regionaler Ebene ist die statistische Unsicherheit noch größer, so dass sich hier keine belastbaren Aussagen ableiten lassen.

Alternativ lassen sich die von den Gesundheitseinrichtungen offiziell über das District Health Information System (DHIS) gemeldeten Todesfälle aggregieren, woraus sich deutlich niedrigere Werte für die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit ergeben. Die Belastbarkeit dieser Werte dürfte jedoch vergleichsweise gering sein. So wurde in Gesprächen mit Krankenhauspersonal deutlich, dass die Dokumentation von Patienteneingang und -verbleib aufgrund der hohen Arbeitslast nicht immer vollständig ist. Nicht selten fehlt es auch an Verständnis für den Sinn einer solchen Dokumentation. Auf regionaler Ebene dürfte es zudem zu Verzerrungen dadurch kommen, dass bestimmte Krankenhäuser wie das META Zonal Referral Hospital in Mbeya überdurchschnittlich viele Risikopatienten aus einem großen Einzugsgebiet behandelt und entsprechend viele Todesfälle registriert.

Neben der Datenqualität ist auch die Zurechenbarkeit ein Problem. Ein kausaler Effekt des Vorhabens auf die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit lässt sich statistisch kaum nachweisen. Dennoch erscheint es plausibel, dass die Zahl der Todesfälle bei Müttern und Neugeborenen in den Zielregionen durch die Umsetzung des Vorhabens zurückgegangen ist. Bestätigt wurde dies auch von den während der Ex-post-Evaluierung in den Gesundheitseinrichtungen befragten Ärzten und Schwestern sowie von den interviewten regionalen/bezirklichen Medical Officers (RMO/DMO). Allein aufgrund der verbesserten Versorgung mit Medikamenten und Ausrüstung würden sie dem Programm eine positive Wirkung auf die Zahl der Todesfälle in ihren Einrichtungen zuschreiben.

Insgesamt kann somit angenommen werden, dass das Programm positive übergeordnete entwicklungspolitische Wirkung entfaltet hat, wenngleich die verfügbaren Daten und das Problem der Zurechenbarkeit keinen eindeutigen Schluss zulassen.

### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3

#### Nachhaltigkeit

Die Finanzierung des tansanischen Gesundheitssektors ist nach wie vor stark von externen Gebern abhängig. Im Haushaltsjahr 2014/2015 trugen sie rund 37 % zu den gesamten Gesundheitsausgaben bei. Ein etwa gleich großer Anteil entfiel auf private Haushalte. Nur etwa 28 % der Gesundheitsausgaben wurden aus öffentlichen Mitteln finanziert.<sup>14</sup> Auch die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung (SNHI, Single National Health Insurance) wird das Problem der Unterfinanzierung des Gesundheitssektors kaum heilen.<sup>15</sup> Die Gesundheitsausgaben für die arme Bevölkerung werden weiterhin stark subventioniert werden müssen, was ohne die Mittel externer Geber kaum möglich sein wird. Der Anspruch an eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssektors ist somit für Tansania wie für viele andere Entwicklungsländer zu relativieren.

Dennoch ist die finanzielle Nachhaltigkeit des hier evaluierten Vorhabens kritisch zu bewerten. Wird das Projekt nicht über die Phase II hinaus verlängert, können ab einem bestimmten Zeitpunkt keine weiteren Frauen mehr im NHIF registriert werden und die Gesundheitseinrichtungen würden nach ihrer eigenen Einschätzung recht schnell wieder in eine Situation zurückfallen, die ein Medical Officer als "Helping with Nothing" bezeichnet hat. Ärzte, Hebammen und Verwaltungsangestellte aller besuchten Einrichtungen betonten, dass das Programm einen enormen Nutzen für die armen schwangeren Frauen habe und ein Auslaufen gravierende Folgen haben würde, insbesondere dann, wenn eine SNHI zu diesem Zeitpunkt noch nicht umgesetzt worden sei. Viele Gesundheitseinrichtungen generieren einen substantiellen Teil ihre Einkünfte über dieses Programm und wären bei einem Auslaufen nicht länger in der Lage, ihre Kosten

<sup>13</sup> So liegt der für 2010 geschätzte Wert für die Müttersterblichkeit von 454 im 95%-Konfidenzintervall [353; 556], der für 2015/16 geschätzte Wert von 556 im 95 %-Konfidenzintervall [446; 666]. Die Konfidenzintervalle überlappen sich, so dass sich die für 2010 und 2015/2016 geschätzten Werte statistisch nicht signifikant voneinander unterscheiden. Siehe hierzu auch Tanzania Demographic and Health Survey 2015/2016.

<sup>14</sup> Siehe Wang, H. und N. Rosemberg (2018): Universal Health Coverage in Low-Income Countries: Tanzania's Efforts to Overcome Barriers to Equitable Health Service Access, Universal Health Coverage Study Series No. 39, World Bank Group, Washington DC.

<sup>15</sup> Siehe Prabhakaran, S. und A. Dutta (2017): Actuarial Study of the Proposed Single National Health Insurance Scheme in Tanzania, HP+ Policy Brief.

für Medikamente und Verbrauchsmaterial zu decken. Ausrüstungsgegenstände und Infrastruktur, die aus Mitteln des Programms finanziert wurden, könnten nicht mehr ausreichend gewartet und instandgehalten werden.

Positiv zu bewerten ist eine stärkere Verankerung des Versicherungskonzeptes in der breiten Bevölkerung, obwohl dieser Effekt deutlich größer hätte sein können, wenn beispielsweise die Einbindung der CHF anders gestaltet worden wäre, die Versicherten tatsächlich mit einer Versicherungskarte hätten ausgestattet werden können oder gezieltere Informationen dazu vermittelt worden wären, wie eine Krankenversicherung funktioniert. Verlässliche Zahlen dazu, welcher Anteil der Versicherten sich nach Ablauf seiner Mitgliedschaft auf eigene Kosten in den CHF eingeschrieben hat, gibt es für die Phase I nicht. Insgesamt lässt sich für Tanga und Mbeya jedoch ein leichter Anstieg des Anteils der Bevölkerung feststellen, der krankenversichert ist.<sup>16</sup> Darüber hinaus hat das Projekt dazu beigetragen, die Eigenständigkeit vor allem kleinerer Gesundheitseinrichtungen nachhaltig zu stärken.

In struktureller Hinsicht nachhaltig sind auch die Effekte des Vorhabens auf den NHIF. Im Rahmen des Vorhabens konnte der Projektträger wichtige Erfahrungen in der Versicherung armer Bevölkerungsschichten sammeln und seine Registrierungs- sowie Abrechnungsprozesse kontinuierlich verbessern. Dies sind wichtige Schritte, die den NHIF auf seine Rolle als Träger einer universellen Krankenversicherung vorbereitet haben.

Dem evaluierten Vorhaben können, seinem Pilotcharakter entsprechend, wichtige Lerneffekte im Hinblick auf die Einführung einer Krankenversicherung für arme und vulnerable Bevölkerungsgruppen zugeschrieben werden. So wurden für verschiedene Probleme bei der Umsetzung des Konzeptes innovative und gleichzeitig praktikable Lösungsansätze entwickelt, wie beispielsweise die Registrierung per SMS, oder die Nutzung des Mutterpasses als Krankenversicherungskarte.

Insgesamt kann die Nachhaltigkeit des Vorhabens somit als zufriedenstellend bewertet werden.

### **Nachhaltigkeit Teilnote: 3**

---

<sup>16</sup> Siehe Tanzania Demographic and Health Survey 2010 and 2015/2016.

### Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

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

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

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

### Das Kriterium **Nachhaltigkeit** wird anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet:

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

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

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

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

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