



Schlussevaluierung 2011 - Kurzbericht

Konsolidierungsprogramm Gesundheit/Politikanalyse und Politikformulierung im Gesundheitssektor, Indonesien

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
Stabsstelle Monitoring und Evaluierung

Postfach 5180

65726 Eschborn

T +49 61 96 79-1408

F +49 61 96 79-801408

E evaluierung@giz.de

Internet:

www.giz.de

Erstellt durch:

PD Dr. Michael Marx, Faisal Djalal

Für:

Arge Sustainum – Institut für nachhaltiges Wirtschaften/ Health Focus GmbH

Dieses Gutachten wurde von unabhängigen externen Sachverständigen erstellt.
Es gibt ausschließlich deren Meinung und Wertung wieder.

Heidelberg, den 25.11.2011

Tabellarische Übersicht

Zur Evaluierungsmission

Evaluierungszeitraum	07/2011 - 01/2012
Evaluierendes Institut / Consulting-Firma	Arge Sustainum – Institut für nachhaltiges Wirtschaften/ Health Focus GmbH
Evaluierungsteam	PD Dr. Michael Marx (internationaler Gutachter) und Faisal Djalal (nationaler Gutachter)

Zur Entwicklungsmaßnahme

Bezeichnung gemäß Auftrag	Konsolidierungsprogramm Gesundheit/Politikanalyse und Politikformulierung im Gesundheitssektor, Indonesien
Nummer	2003.2287.5 2007.2139.9
Gesamtlaufzeit nach Phasen	Gesamtlaufzeit: 01/2006-12/2011 1. Phase: 1/2006 bis 10/2008 2. Phase: 11/2008 bis 12/2011
Gesamtkosten	7.835.000 EUR Phase 1: 1.480.000 EUR Phase 2: 6.355.000 EUR (enthält eine Kombifinanzierung von AusAID in Höhe von 835.000 EUR)
Gesamtziel laut Angebot, bei lfd. Entwicklungsmaßnahmen zusätzlich das aktuelle Phasenziel	Gesundheitspolitiken und Durchführungsbestimmungen entsprechen besser den Anforderungen eines dezentralen Gesundheitssystems
Politische(r) Träger	Gesundheitsministerium Indonesiens (<i>Departemen Kesehatan</i>)

<p>Durchführungsorganisationen (im Partnerland)</p>	<p>Zentrale Einheiten des Gesundheitsministeriums:</p> <p>1. Phase: Zentrum für Politikanalyse und Entwicklung (<i>Puskabangkes</i>)</p> <p>2. Phase: Planungsbüro Zentrum für Daten und Information (<i>Pusdatin</i>), Zentrum für Finanzen, Behörde für Forschung und Entwicklung (<i>Litbangkes</i>)</p>
<p>Andere beteiligte Entwicklungsorganisationen</p>	
<p>Zielgruppen laut Angebot</p>	<p>Die Bevölkerung, die eine wirksame und zugängliche Gesundheitsversorgung benötigt, insbesondere die Armen.</p>

Zur Bewertung

Gesamtbewertung <i>Auf einer Skala von 1 (sehr gut, ist deutlich besser als erwartet) bis 6 (das Projekt / Programm nutzlos, oder die Situation verschlechtert hat per Saldo)</i>	2
Individuelles Rating	Relevanz: 2; Effektivität: 2; ‚Impact‘: 3; Effizienz: 2; Nachhaltigkeit: 3

Die unabhängige Schlussevaluierung des Konsolidierungsprogramms Gesundheit/ Politik-analyse und Politikformulierung im Gesundheitssektor Indonesiens (PAF) wurde zwischen dem 07.10. und 26.10.2011 durch PD Dr. Michael Marx und Faisal Djalal durchgeführt. Die Gesamtlaufzeit des Vorhabens betrug sechs Jahre (01/2006-12/2011) mit einem Budget von 7.835.000 EUR. Grundlage der Evaluierung waren die Anleitung für die Erfolgsbewertung der GIZ/GTZ (März 2009), das Evaluierungsraster des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und die beiden Papieren zugrunde liegenden Kriterien der Organisation für Ökonomische Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Zur Datenerhebung wurden Sekundäranalysen vorhandener Dokumente und Studien und qualitative Methoden herangezogen. Insbesondere kamen leitfadengestützte, teilstandardisierte Einzel- und Gruppeninterviews mit Schlüsselinformanten auf zentraler und dezentraler Ebene zum Einsatz. In einem Workshop wurden die vorläufigen Ergebnisse den Partnern und dem gesamten Team des Vorhabens zur Diskussion gestellt.

Indonesien war von der Mitte 1997 einsetzenden wirtschaftlichen Krise in Asien besonders schwer getroffen, in deren Folge sich der Anteil der Armen mehr als verdoppelte (11% auf 24%) und die öffentlichen Leistungen, insbesondere für Bildung und Gesundheit zurückgingen (SSP 2004). Im Zuge tiefgreifender politischer Veränderungen und Demokratisierung wurden Schritte hin zu einer transparenten und partizipativen Regierungsführung unternommen. Die im Januar 2001 in Kraft getretene Gesetzgebung über eine Dezentralisierung übertrug den Distrikten weitgehende Befugnisse bezüglich ihrer Ressourcenallokation und dem Management ihrer Gesundheitsdienste. Die Rolle des nationalen Gesundheitsministeriums sollte sich nunmehr auf die Kontrolle der Gesundheitsplanungen der Distrikte und Provinzen, auf die Überprüfung der Ergebnisse anhand von Indikatoren, auf die Erarbeitung und Überwachung von Standards und Richtlinien sowie auf Qualitätskontrollen beschränken. In diesem Kontext benötigte das Gesundheitsministerium Unterstützung, um die mit Gesundheitspolitikformulierung betraute Einheit (bis Ende 2009 *Puskabangkes*) neu auszurichten und wirksame Arbeitsverfahren für eine systematische Verbindung von nationaler und dezentraler Ebene bei der Analyse und Formulierung von Politiken und Durchführungsbestimmungen sowie der Ermittlung des Finanzierungsbedarfs zu entwickeln. Das Vorhaben war ursprünglich als Sektorschwerpunktprogramm angelegt. Der Sektorschwerpunkt wurde jedoch gegen Ende der ersten Phase aufgegeben.

Das Gesamtziel des Vorhabens wurde wie folgt formuliert: „Gesundheitspolitiken und Durchführungsbestimmungen entsprechen besser den Anforderungen eines dezentralen Gesundheitssystems.“ Das Ziel der Phase 1 lautete: Das „Zentrum für Analyse und

Entwicklung der Gesundheitspolitik“ (*Puskabangkes*) verfügt über Kompetenzen, Personalkapazität, Budget und erprobte Instrumente zur Wahrnehmung seiner Aufgaben.“ Das Komponentenziel der zweiten Phase entsprach dem Gesamtziel, da es sich um die letzte Phase eines Einzelvorhabens handelt. Politischer Träger war das Gesundheitsministerium (*Departemen Kesehatan*). Durchführungsorganisationen im Partnerland waren zentrale Einheiten des Gesundheitsministeriums (Phase 1: Zentrum für Politikanalyse und Entwicklung (*Puskabangkes*), Phase 2: Planungsbüro, Zentrum für Daten und Information (*Pusdatin*), Zentrum für Finanzen, Behörde für Forschung und Entwicklung (*Litbangkes*)). Aktivitäten der Vorhaben zur Gesundheitssystementwicklung (SISKES) und Personalentwicklung im Gesundheitssektor (HRD) wurden in der zweiten Phase in das Vorhaben PAF überführt, was zu konzeptionellen Veränderungen führte. Die erwarteten Synergien und systemischen Wirkungen, die sich aus einer engen Verzahnung der bearbeiteten Themenfelder ergeben sollten, konnten sich durch die Aufgabe des Sektorschwerpunkts nicht voll entwickeln.

Wirkungshypothese (rekonstruiert): Das Vorhaben strebte die Verbesserung der Lebenssituation der Bevölkerung, einschließlich armer und benachteiligter Bevölkerungsgruppen (Zielgruppen) durch einen erleichterten Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung an. Dies sollte durch eine mit empirischen und wirkungsorientierten Daten unterlegte Politikformulierung im Gesundheitssektor erreicht werden, die als Voraussetzung für die Schaffung eines verbesserten Dienstleistungsangebotes und einer Erhöhung des Gesundheitsbudgets auf nationaler Ebene sowie in den Distrikten galt (GTZ 2004). Das Vorhaben förderte hierzu die Einführung transparenter und partizipativer Arbeitsverfahren, evidenzbasierte Entscheidungsfindungsprozesse und eine neue Kommunikationskultur innerhalb des Ministeriums und zwischen zentraler und dezentraler Ebene des Gesundheitswesens. Zur Messung der direkten Wirkungen wurden fünf Indikatoren definiert. Zu den angestrebten indirekten Wirkungen zeichnet sich eine deutliche Zuordnungslücke ab: z.B. Gesundheitsdienste erbringen effizientere, am Bedarf orientierte Gesundheitsdienstleistungen von guter Qualität, wodurch eine Reduktion der Morbidität unter Müttern und Neugeborenen, vor allem in der armen Bevölkerung, erzielt werden soll. Die Einflussfaktoren auf dieser Ebene sind multipel und liegen zum Teil außerhalb des direkten Einflussbereichs von PAF.

Insgesamt ist die Logik der Wirkungskette im letzten Angebot sowie den Programmdokumenten der letzten Förderphase nachvollziehbar und plausibel dargestellt. Sie beinhaltet das erforderliche Spektrum: Inputs, Aktivitäten, Leistungen, Nutzung der Leistungen, direkte und indirekte Wirkungen. Die einzelnen Maßnahmen und ihr Zusammenwirken entsprechen international anerkannten Ansätzen. Der Programmansatz mit den fünf Themenfeldern (*Good Governance & Gender, Health Financing, Human Resources for Health, Health Information*

System, Service Delivery, Knowledge Management) spiegelt weitgehend die „6 Building Blocs“ (Definition der WHO eines Gesundheitssystems) wider und ist aus einer Machbarkeitsstudie aus dem Jahre 2005 sowie der nationalen Gesundheitsstrategie Indonesiens abgeleitet. Die angepasste Wirkungskette bildet das Vorhaben gut ab und wurde der Evaluierung zugrunde gelegt. Gute Regierungsführung im Gesundheits- und Krankenversicherungssektor stand in diesem Vorhaben als zentrales Thema im Vordergrund. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Vernetzung zentraler und lokaler Akteure gelegt.

Fachliche Umsetzung: Die fachliche Umsetzung kann im Hinblick auf nationale und internationale Standards als adäquat angesehen werden, sowohl bezogen auf den Einsatz qualifizierter Fachkräfte als auch bezogen auf die Qualität und Quantität der entwickelten Produkte. Der gewählte systemische Ansatz entspricht dem aktuellen entwicklungspolitischen Diskussionsstand im Gesundheitssektor. Die Arbeitsweisen waren weitgehend prozess-, werte- und gesundheitssystemorientiert. Aufbau der Partnerkapazitäten: Das Vorhaben führte in beiden Phasen umfangreiche Maßnahmen zu *Capacity Development* (CD) durch. Strategisch wurden hierbei drei Ebenen angesteuert: individuelle Kompetenzentwicklung, institutionelle Kapazitätsentwicklung mit dem Ziel, Prozesse zu strukturieren, zu harmonisieren und zu konsolidieren, sowie gesellschaftliches CD mit einem Fokus auf Netzwerkbildung in der fragmentierten Kooperationslandschaft des Gesundheitsministeriums. Der Prozess der Umsetzung war deutlich von einem partizipativen Ansatz geprägt, das heißt Themen und Maßnahmen wurden zusammen mit den Partnern identifiziert und geplant. Als konzeptionelle Klammer hat PAF in der Konsolidierungsphase den Bereich *Knowledge Management* (KM) stark gewichtet, um den Nutzungsgrad und die Nutzungsintensität der geschaffenen Produkte und Instrumente zu sichern.

Relevanz: Das Vorhaben ist konzipiert in Übereinstimmung mit und Orientierung auf nationale und internationale Politiken sowie der entwicklungspolitischen Grundausrichtung der Bundesregierung und ist geeignet zur Lösung zentraler Entwicklungsfragen und auch der zielgruppenspezifischen Probleme. Die allgemeinen Armutsziele und auch die Sektorziele sind miteinander kohärent. Das Vorhaben steht darüber hinaus in Einklang mit den Zielen der Partnerorganisationen [*Human Resources Development and Empowerment Board* (BBPR-HR); *Centre for Data and Information* (Pusdatin); *Ministry of Health Research and Development Unit* (Litbangkes); *University Gadjah Mada* (UGM); *University of Indonesia* (UI)].

Das Vorhaben trägt zum Abbau von Ungleichheit im Gesundheitssektor bei. Risiken eines Ausschlusses von Männern, von Frauen oder von benachteiligten Gruppen, können nicht erkannt werden. In der Gesamtbewertung ist das Ergebnis **gut (Stufe 2)**.

Effektivität: Zum Abschluss der zweiten Phase und mit Blick auf die verschiedenen Themenfelder wurden vier von fünf Indikatoren erreicht. Wichtige unvorhersehbare Einflussfaktoren waren die unvermittelte Aufgabe des Sektorschwerpunktes durch das BMZ, die Auflösung von *Puskabanges* und das zeitweise schlechte Kooperationsklima zwischen dem Ministerium und den internationalen Partnerorganisationen. Nicht intendierte positive Wirkungen konnten sich aufgrund der großen Flexibilität des Vorhabens entwickeln. Hierzu gehören eine dynamische Partnerschaft mit der *University Gadjra Madha* und ein neues Kooperationsfeld mit anderen Zentren und Behörden des Ministeriums. Auf Grund der Verzögerung der Implementierung einer umfangreichen Kostenstudie reichte der verbliebene Zeitraum für die Fertigstellung, Vermarktung und institutionelle Verankerung dieser Studie nicht aus. **Gutes Ergebnis**, ohne wesentlichen Mängel (**Stufe 2**).

Impact: Durch den Systemansatz, d.h. die Verbindung verschiedener Wirkmechanismen und –ebenen (z.B. Aufhebung von Zugangsbarrieren durch Krankenversicherungsansätze, Standardisierung zur Verbesserung der Versorgungsqualität, Rechenschafts- und Berichtspflicht (HIS), Transparenz und Nutzung evidenzbasierter Information zur Ressourcenallokation) werden die Zielgruppen langfristig in die Lage versetzt, ihre Rechte und die ihnen zustehenden Leistungen einzufordern. Dies kann schließlich zu einer Reduktion von Entwicklungshemmnissen beitragen (Stärkung von Frauen und armen Bevölkerungsschichten). Die erwarteten Synergien und systemischen Wirkungen, die sich aus einer engen Verzahnung der bearbeiteten Themenfelder ergeben sollten, konnten sich durch die vorzeitige Aufgabe des Sektorschwerpunktes nicht voll entwickeln. Insbesondere die Ergebnisse einer umfangreichen Kostenstudie konnten nicht im System verankert werden und die erwartete Wirkung entfalten. Insgesamt ist der Impact als **zufriedenstellend** zu bewerten, es dominieren die positiven Ergebnisse (**Stufe 3**).

Effizienz: Im direkten Vergleich zu anderen Gesundheitsvorhaben der GIZ in Indonesien und den geplanten Maßnahmen erscheint das PAF-Gesamtbudget ausgewogen. Der Mitteleinsatz für alle Themenfelder stellt sich im Kostenvergleich mit ähnlichen Maßnahmen in Indonesien und anderen GIZ unterstützten Ländern nur teilweise als angemessen dar. Eine Kostenstudie verursachte in den letzten zwei Jahren ca. 60% der Gesamtkosten. Dies erscheint unausgewogen im direkten Vergleich mit den anderen Themenfeldern, deren Outputs bzw. Wirkungen in einem guten Verhältnis zum Mitteleinsatz stehen. Dem steht das große Potenzial dieser Maßnahme gegenüber, deren langfristige Effekte abzuwarten bleiben. **Gutes Ergebnis**, ohne wesentliche Mängel (**Stufe 2**).

Nachhaltigkeit: Die Risiken des Vorhabens wurden als zu gering eingestuft, insbesondere im Zusammenhang mit den zu erwartenden Veränderungen auf Ebene der Trägerstruktur. Der Zeitrahmen für die Maßnahmen in Nusa Tenggara West (NTB) zur Inwertsetzung und Konsolidierung der Ergebnisse war unzureichend. Eine dauerhafte Nutzung der Produkte und Instrumente kann durch die Maßnahmen nicht sichergestellt werden. Die erfolgreiche Akquisition von Mitteln des Globalen Fonds für die Arbeit des *Pusdatin* im Bereich HIS (Software, Training) sowie die Sicherung der *Human Resources for Health* (HRH)-Kurse durch Unterstützung des Gesundheitsministeriums (Stipendienzusagen) sind geeignet, die Wirksamkeit auch nach Beendigung des Vorhabens sicherzustellen. Im Bereich der Politikberatung ist durch die Integration von Politikpapieren in Gesetzestexte, durch die Schaffung eines nationalen Rahmenwerkes für HIS und durch die Einbeziehung indonesischer Universitäten in die Generierung von Evidenz für politische Entscheidungsprozesse Nachhaltigkeit gegeben. Die Nachhaltigkeit ist **zufriedenstellend, es dominieren die positiven Ergebnisse (Stufe 3)**.

Die Gesamteinstufung: **gutes Ergebnis**, ohne wesentliche Mängel (**Stufe 2**).

Empfehlungen:

GIZ – Zentrale: Die GIZ sollte künftig die Qualitätssicherung der Planungsgrundlagen, insbesondere der Indikatoren konsequent anwenden. Eine Risikoanalyse und die Formulierung wichtiger Annahmen sollten fester Bestandteil des Programmmanagements sein. In instabilen Partnersettings sollten diese Risiken und Annahmen auch in das Monitoring aufgenommen werden. Die Problematik oder Frage nach Nutzung der Produkte sollte bei der Maßnahmenplanung sorgfältig geprüft werden. Eine entsprechende Bedarfsanalyse sollte durch eine Analyse der Nutzer und der künftigen *Ownership* des jeweiligen Produktes ergänzt werden.

GIZ-Landesdirektion: Im Zusammenhang mit GIZ-internen Problemen bzw. inhaltlichem Dissens zwischen zwei Vorhaben sollte die Landesdirektion moderierend unterstützen, um mögliche Synergien nicht zu gefährden. Eine frühzeitige Einführung nationaler Mitarbeiter in das Regelwerk und die Welt der GIZ sollte angeboten und auch von der GIZ-Landesdirektion konsequent unterstützt werden.

In der Logik von Capacity WORKS sollen individuelle CD-Maßnahmen verknüpft und mit Unterstützungsmaßnahmen zum *Institutional Development* mit Kooperationssystemen und Politiken kombiniert werden. Die Erfahrungen aus diesem Vorhaben sollten entsprechend publiziert werden. Die Instrumente des KM erfordern eine Nachsorge, Aktualisierung und ein gewisses Marketing. Da dies jedoch nicht vorgesehen ist, sollte über Möglichkeiten im Rah-

men der GIZ-Landesdirektion nachgedacht werden, die Web-basierten Instrumente weiterzupflegen.

Für die Kostenstudie ist eine kostenneutrale Verlängerung beantragt und offensichtlich auch genehmigt. Die Auftragsverantwortung (AV) sollte während dieser Verlängerung an das *Social Protection Project* (SPP) übergehen. Während dieser Zeit wäre eine forcierte fachliche Unterstützung (z.B. durch einen Gesundheitsökonom) sinnvoll, um die Studie neben der technischen Fertigstellung fest im indonesischen Gesundheitssystem zu verankern und die künftige Nutzung des Instruments sicherzustellen.

BMZ und die GIZ-Zentrale: Es wäre wünschenswert, wenn das BMZ und die GIZ den Partnern gegenüber längerfristige und planbarere Zusagen (Zeit und Budget) verbindlich machen würden. Ein Schwerpunkt sollte auch in Gesundheitsvorhaben auf Prozessberatung und -begleitung und sektorübergreifende Konzepte gesetzt werden.

Für eine nachhaltige Konsolidierung des Erreichten sollte eine entsprechende Nachsorge, z.B. in Form einer längeren Nachbetreuungsphase, vorgesehen und entsprechend unterstützt werden.

Entwicklungszusammenarbeit (EZ) aus einem Guss sollte auch die Maßnahmen der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) einschließen. Hier könnte das BMZ einer reinen „Bekundungsrhetorik“ Nachdruck verleihen.

Gesundheitsministerium: Das Gesundheitsministerium sollte stärker die Unterstützung von Entwicklungspartnern im Bereich Prozessmoderation und Organisationsentwicklung in Anspruch nehmen. Mit Blick auf die Kooperationslandschaft und die komplexen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung sollten sektorübergreifende Strategien angestrebt werden.

Die Anbindung an internationale Konzepte und Erfahrungen im Rahmen der Sektorreformen ist auch für eine im Kern noch planwirtschaftlich organisierte Institution unabdingbar, um anschlussfähig zu bleiben und Reformen zügig durchzuführen. Hierzu können Studienreisen einen Beitrag leisten. Hier könnten sich auch durch eine stärkere Einbeziehung des Privatsektors große Synergien entwickeln, z.B. durch *Service Agreements*.

Die Zusammenarbeit mit Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen hat sich als fruchtbar erwiesen und ist vor allem im Hinblick auf die Forderung nach Evidenz im Rahmen der Gesundheitsreform unabdingbar.

Die Kostenstudie und das geschaffene Instrumentarium sollte als ein Schlüsselinstrument bei der Allokation von Ressourcen eingesetzt werden.

Gesamtziel: Gesundheitspolitiken und Durchführungsbestimmungen entsprechen besser den Anforderungen eines dezentralen Gesundheitssystems
Phasenziele: Phase1: Das Zentrum für Analyse und Entwicklung der Gesundheitspolitik (CHPAD) verfügt über Kompetenzen, Budget und erprobte Instrumente zur Wahrnehmung seiner Aufgaben.

Konsolidierungsprogramm Gesundheit/Politikanalyse und Politikformulierung im Gesundheitssektor, Indonesien
 Laufzeit: 2006 – 2011
 Indikatoren SOLL-IST

Querschnittsthemen				
Armutsminderung (MSA)	Gender (G1)	Umwelt- und Ressourcenschutz (UR 0)	Gute Regierungsführung (PD/GG 1)	Public-Private Partnership
Durch verbesserten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen Beitrag zur MSA	Messbarer Beitrag durch das Vorhaben (Indikator 3)	War nicht Thema des Vorhabens; keine negativen Wirkungen ersichtlich	Direkter Beitrag durch Politikberatung und Zusammenarbeit mit GIZ- Vorhaben GG	Privatsektor noch nicht im Fokus der nationalen Gesundheitspolitik

I1: Überarbeitete Qualitätsstandards und <i>Minimum Service Standards</i> werden in den Gesundheitseinrichtungen von mindestens zwei Provinzen umgesetzt und finanziert.	
S: <i>Minimum Service Standards</i> wurden im BZ überarbeitet. Es erfolgte eine Abstimmung mit dem Innenministerium.	
I2: Die Breitengesundheitsversorgung gemäß nationaler Standards von primären und sekundären Gesundheitseinrichtungen hat sich in mindestens zwei Provinzen verbessert (Jährliche Erhebungen).	
S: Erhebungen werden landesweit vom Zentralbüro für Statistiken erhoben u. damit ausreichend Ausgangsdaten für die Messung der Verbesserung zum Ende des Vorhabens zur Verfügung gestellt.	
I3: Der Gesundheitsstatus der Bevölkerung (erhoben an ausgewählten Bevölkerungsgruppen) hat sich in mindestens zwei Provinzen verbessert (Jährliche Erhebungen).	
S: Erhebungen zu Gesundheitsstatus der Bevölkerung wurden bisher nicht bezüglich der Auswirkungen des Vorhabens untersucht.	

Phase 1 (2005-2007)	
I1: Das Mandat des Zentrums und seine Verfahren zur partizipativen Koordination von Politikanalyse und Politikformulierung sind in einem Erlass geregelt.	
S: MoU wurde kurz vor Auflösung des Zentrums im November 2009 unterzeichnet	
I2: Das operative Budget des Zentrums ist gegenüber 2004 (EUR 250.000) gestiegen (Wertbestückungen Ende 2005).	
S: Das operative Budget des „Zentrums“ stieg von 250.000 EUR auf 1,23 Mio. EUR im Jahr 2007.	
I3: Der Bedarf des Zentrums an qualifiziertem Personal (Personalentwicklungsplan nach 6 Monaten) ist zu mindestens 70% gedeckt.	
S: Qualifikationsbedarf des Zentrums und seiner Mitarbeiter/-innen ermittelt; Deckungsgrad konnte nicht ermittelt werden.	
I4: Die Leitung und andere Abteilung des Ministeriums, der Provinzen und Distrikte begründen die Anpassung oder Entwicklung von Politiken, Durchführungsbestimmungen und Budgetlinien mit Ergebnissen aus dem Management- Informationssystem des „Zentrums“ (mit Daten aus mindestens vier Pilotdistrikten).	
S: Analyse des Gesundheitssektors zur Vorbereitung des 5-Jahresentwicklungsplans 2009-2014 und Überarbeitung des Politikpapiers zur Struktur des Nationalen Gesundheitssystems	
I5: Gemeinsam mit dem Zentrum entwickelte und umgesetzte Standards für Dienstleistungen und Finanzausstattung von Gesundheitseinrichtungen führen zur Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen in mindestens vier Pilotdistrikten (jährliche Erhebungen).	
S: Das Zentrum war nicht unmittelbar an der Entwicklung von Standards beteiligt.	

Phase 2 (2008-2011)	
I1: Es liegen mindestens 2 Studien zu gesundheitspolitischen Fragen vor, die auf Initiative des Zentrums für Gesundheitspolitikanalyse und -entwicklung durchgeführt und von den wichtigen internen und externen Entscheidungsträgern und Interessengruppen für die Entscheidungsprozesse genutzt wurden.	
S: 3 große Studien in der Konsolidierungsphase durchgeführt	
I2: Es liegen mindestens 4 Richtlinien (<i>Policy papers</i>) zu zentralen gesundheitspolitischen Themen vor (Themenauswahl: Gesundheitsfinanzierung, Aufgabenteilung im dezentralisierten System, Gesundheitspersonalmanagement, Krankenhausmanagement und – Akkreditierung, Mutter-Kind-Gesundheit).	
S: Indikator wurde „übererfüllt“; 11 Politik-Papiere erstellt (13 bis 12/2011)	
I3: Die Richtlinien sind auf Konformität mit der Gender-Richtlinie des Gesundheitsministeriums geprüft und enthalten Bezüge dazu.	
Status: Gender-Politik des Gesundheitsministeriums wurde mitgestaltet und wird zur Überprüfung der Richtlinien genutzt.	
I4 (neu): In allen 10 Distrikten von NTB bestätigt eine repräsentative Anzahl von Gesundheitseinrichtungen (mindestens 80%), dass sie die vom Vorhaben geförderten Richtlinien umsetzen bzw. nutzen.	
S: 56% (Ziel 80%) der Gesundheitseinrichtungen in NTB nutzen Produkte der Vorgängerprojekte.	
I5 (neu): Mütter- und Säuglingssterblichkeit sind in allen 142 primären (PUSKESMAS) und den 7 sekundären Gesundheitsdiensten (Krankenhäuser) (100%) und auf Dorfebene (80% Dörfer = 787 der 984 derzeit existierenden Dörfer) systematisch erfasst und fließen in strategische Politikgestaltung auf allen Ebenen ein (Audit, <i>Verbal Autopsy</i> , Referenzen in nationalen Politiken).	
S: 100% aller RS und PKM; 91% aller Dörfer benutzen ein Meldesystem für mütterliche und kindliche Todesfälle.	

	Indikator erfüllt
	Indikator teilweise erfüllt
	Indikator nicht erfüllt

I: Indikator
 S: Status

HEALTH SANTÉ SALUD
GESUNDHEIT
HEALTH
SANTÉ
SALUD
GESUNDHEIT
HEALTH

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn/Germany
T +49 61 96 79-1408
F +49 61 96 79-801408
E evaluierung@giz.de
I www.giz.de