



Projektelevaluierung: Kurzbericht

Entwicklung des Gesundheitssektors, Kenia

Projektnummer:	2013.2147.0
Förderbereichsschlüssel (CRS-Code):	12110 Gesundheitspolitik und Verwaltung des Gesundheitswesens
Projektziel:	Auf nationaler und County-Ebene setzen staatliche und nichtstaatliche Akteure relevante Strategien zur verbesserten Abdeckung mit qualitativ hochwertigen Basisgesundheitsdiensten um, insbesondere für Arme und für Angehörige des informellen Sektors
Projektlaufzeit:	01/2014 bis 12/2016
Projektvolumen:	7.074.000 EUR
Auftraggeber:	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
Politische(r) Träger:	Kenianisches Gesundheitsministerium (<i>Ministry of Health and Family Welfare, MoHFW</i>)
Durchführungsorganisationen im Partnerland:	MoHFW, Nationaler Gesundheitsversicherungsfond (<i>National Health Insurance Fund, NHIF</i>), Nationale Akkreditierungsagentur (<i>Kenya Accreditation Service, KENAS</i>), Gesundheitsmanagement-Teams auf County-Ebene (<i>County Health Management Teams, CHMTs</i>) in den vom Vorhaben unterstützten Counties (Kisumu, Vihiga, Kwale)
Andere beteiligte Entwicklungsorganisationen:	Zu den anderen Beteiligten zählen nichtstaatliche Partner. Dies sind zivilgesellschaftliche Organisationen wie die Dachorganisation für NROen im Gesundheitssektor (Health NGOs Network, HENNET), Berufsverbände der Heilberufe, Zusammenschlüsse nichtstaatlicher (glaubensbasierter und privater) Leistungserbringer im Gesundheitsbereich, Arbeitgeberverbände und Genossenschaften als potenzielle Kunden der Krankenversicherung.
Zielgruppen:	The poor and those employed in the informal sector, since these are the ones who are mostly excluded from access to appropriate healthcare services.

Project Description

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Die gesundheitliche Situation der kenianischen Bevölkerung war im Verlauf des letzten Jahrzehnts von starken Schwankungen geprägt und unterliegt auch derzeit keinem klaren Trend. Laut dem kenianischen Demographic Health Survey (KDHS) von 2014 hat sich die Kindersterblichkeit unter 5 Jahren im Zeitraum 2003 bis 2014 von 90 auf 52 je 1.000 Lebendgeburten verringert. Die Säuglingssterblichkeit ist von 61 auf 39 je 1.000 Lebendgeburten gesunken. Beide Werte verfehlen jedoch die Zielwerte für MDG 4 (Kindersterblichkeit: 32, Säuglingssterblichkeit: 22 je 1.000 Lebendgeburten). Der Wert für den Anteil untergewichtiger Kinder lag 2014 mit 16% ebenfalls oberhalb des MDG-Zielwertes von 11%. Hinsichtlich der Müttersterblichkeit hat sich die Situation im vergangenen Jahrzehnt nur geringfügig verbessert (2003: 506, 2008: 488 je 100.000 Lebendgeburten) und verfehlt den Zielwert von MDG 5 (147 je 100.000 Lebendgeburten) deutlich.

Der 2012 begonnene Dezentralisierungsprozess (Devolution), in dessen Rahmen die Verantwortung für das Management der Gesundheitsversorgung von der Zentralregierung auf die 47 Counties übertragen wurde, bringt neue Herausforderungen mit sich. Staatliche wie auch nichtstaatliche Akteure setzen unter den neuen Rahmenbedingungen noch keine relevanten Strategien zur Abdeckung mit qualitativ angemessenen Basisgesundheitsdiensten insbesondere für arme Bevölkerungsschichten und Angehörige des informellen Sektors um (**Kernproblem**). Die gegenwärtige Sektorpolitik und Sektorstrategien messen dem (universellen) Zugang zu Gesundheitsversorgung und der Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen einen hohen Stellenwert bei. Auf einen verbesserten Zugang zielt insbesondere die Reform des Nationalen Gesundheitsversicherungsfonds (*National Health Insurance Fund*, NHIF). Hinsichtlich der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen wird die Zielsetzung einer unabhängigen Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen prioritär verfolgt. Die mangelhafte Umsetzung vorhandener Strategien wirkt sich jedoch auf unterschiedlichen Ebenen negativ aus. So berücksichtigen Finanzierungsmechanismen die aufgrund neuen Sektorstruktur veränderten Bedarfslagen bislang unzureichend. Daher bleiben finanzielle Zugangsbarrieren weiterhin bestehen. Auf der Angebotsseite ist die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen häufig mangelhaft und wird durch die Knappheit finanzieller und personeller Ressourcen zusätzlich beeinträchtigt.

Strategischer Ansatz

Die Zielsetzung der TZ-Maßnahme "Entwicklung des Gesundheitssektors" in Kenia (auch: *Health Sector Programme*, HSP) lautet: "Auf nationaler und County-Ebene setzen staatliche und nichtstaatliche Akteure relevante Strategien zur verbesserten Abdeckung mit qualitativ hochwertigen Basisgesundheitsdiensten um, insbesondere für Arme und für Angehörige des informellen Sektors".

Im Handlungsfeld 1a (Gesundheitsfinanzierung) unterstützt das HSP das Gesundheitsministerium (*Ministry of Health and Family Welfare*, MoH) bei der Entwicklung und Implementierung von Politikmaßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen für Arme und Angehörige des informellen Sektors. Zentrale Leistungen sind die Entwicklung einer *Roadmap* zur Erreichung eines universellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung (*Universal Health Coverage*, UHC) und die Formulierung einer Gesundheitsfinanzierungsstrategie. Auch die Stärkung der Rechenschaftslegung und Transparenz der Mittelverwendung auf County-Ebene sowie die Stärkung des Finanzmanagements von County-Regierungen und Gesundheitseinrichtungen in Kisumu, Kwale, Vihiga und Nairobi fällt in dieses Handlungsfeld.

In Handlungsfeld 1b (Unterstützung des NHIF) tragen Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung zu einer Verbesserung von Kernprozessen des NHIF bei. Unterstützungsmaßnahmen im Bereich Gesundheitsinformatik verbessern das Datenmanagement und ermöglichen eine evidenzbasierte, transparente Kommunikation im Rahmen von Steuerungsprozessen. Das Vorhaben berät den NHIF bei der Weiterentwicklung existierender Programme für ärmere Zielgruppen; insbesondere unterstützt es in 14 Counties die Registrierungen zum *Health Insurance Subsidy Programme* (HISP) und trägt so direkt dazu bei, dass seine größere Zahl armer Menschen von dem Versicherungsschutz profitieren. Des Weiteren hat das Vorhaben zur Formulierung der NHIF-Strategie für den informellen Sektor beigetragen. Mit der Einführung des so genannten *Dynamic Costing Model* (DCM) werden Partner in die Lage versetzt, eine Kostenermittlung für Gesundheitsdienstleistungen methodisch belastbar durchzuführen.

In Handlungsfeld 2a (Qualitätsmanagement/QM) zielt das HSP auf den Aufbau eines institutionellen Rahmens für die Akkreditierung und Regulierung öffentlicher und privater Gesundheitseinrichtungen in Kenia, insbesondere durch Mitarbeit an der Formulierung nationaler Qualitäts-Standards (*Kenya Quality Model for Health*, KQMH), die Implementierung von Qualitätsentwicklungsprozessen in ausgewählten Gesundheitseinrichtungen und die Stärkung der Nationale Akkreditierungsagentur (*Kenya Accreditation Service*, KENAS).

In Handlungsfeld 2b (Unterstützung von Gesundheitsmanagement und Governance auf County-Ebene) berät das Vorhaben die Gesundheitsmanagement-Teams (*County Health Management Teams*, CHMTs) in Kisumu, Vihiga and Kwale hinsichtlich der aus dem Devolutionsprozess resultierenden Managementanforderungen. Beratene Kernprozesse sind (a) Leadership, Management and Governance, (b) Monitoring und Evaluation, (c) Planung und Budgetierung, (d) Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren.

Insgesamt zielt das HSP auf eine verbesserte Implementierung von Strategien für eine Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen von hoher Qualität, insbesondere für Arme und Angehörige des informellen Sektors. Auf diese Weise trägt es zur Erreichung des EZ-Programmziels für Kenia bei, d.h. zur Gewährleistung eines gleichberechtigten Zu-

gangs zu finanziell erschwinglichen und qualitativ angemessenen Gesundheitsdienstleistungen für arme und informell Beschäftigte.

Bewertung des strategischen Ansatzes

Der methodische Ansatz des Vorhabens ist kohärent, d.h. die Interventionen der einzelnen Handlungsfelder sind durchgängig auf das Modulziel bezogen und eng miteinander verknüpft. Das Wirkungsmodell ist nachvollziehbar, und die zugrundeliegenden Hypothesen sind plausibel. Allerdings spiegelt sich die Struktur der Wirkungsmatrix nur eingeschränkt in der operativen (nach Gesundheitsfinanzierung/Qualitätsmanagement/County-Support gegliederten) Struktur wider. Als die Funktionsbeschreibungen der Mitarbeiter jeweils konkreten Einzelindikatoren zugeordnet und für jeden Indikator ein Koordinator sowie Handlungsfeld übergreifenden Kooperationsanforderungen festgelegt.

Auf der operativen Ebene sind die einzelnen Interventionen und die Grenzen des Kooperationssystems klar definiert. Dennoch ist die Wirkungsreichweite des HSP nicht klar bestimmbar. Kernleistungen bzw. -wirkungen wie z.B. die Gesundheitsfinanzierungsstrategie oder die Implementierung einer nachhaltigen Krankenversicherung für arme und informell Beschäftigte sind das Ergebnis vielfältiger Beiträge unterschiedlicher Entwicklungspartner und können daher nicht dem HSP alleine zugeordnet werden. Trotz dieser Problematik sind die Modulziel-Indikatoren insgesamt adäquat verortet.

Bewertungsgrundlage der OECD-DAC-Kriterien

Die Effektivität des Vorhabens wird auf der Grundlage der Modulziel-Indikatoren bewertet. Um die Erfüllung der SMART-Kriterien zu gewährleisten, wurden drei von 5 Indikatoren formal geringfügig angepasst (a) Indikator 1 zur Konzeption eines sozialen Gesundheitsschutzes wurde im Hinblick auf den vom HSP unterstützten Versicherungsmechanismus, d.h. unter Bezugnahme auf die HSP-Zielwerte, konkretisiert; (b) Indikator 2 zur Sektorplanung auf County-Ebene beinhaltet einen Hinweis auf „national anerkannte QM-Maßnahmen, die nicht den Kontextbedingungen vor Ort entspricht und daher eliminiert wurde; (c) Indikator 5 zum Anteil von Frauen mit Zugang zu Basisgesundheitsdiensten ist im Programmanschlag noch generisch formuliert und wurde um mehrere Proxy-Indikatoren ergänzt.

Während das Modulziel auf die Implementierung von Sektorstrategien durch die relevanten Stakeholder abhebt, sind die Ergebnisse dieser Implementierungsprozesse der Referenzrahmen für die Bestimmung der übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen (Impact). Relevante Variablen sind u.a. die Anzahl der von einer sozialen Krankenversicherung erfassten Menschen sowie Daten zur Gesundheitssituation der Zielbevölkerung. Darüber spielt hier die Replizierung der vom HSP angestoßenen Veränderungen im Sektor eine Rolle („Breitenwirkung“).

Bewertungsgrundlage nach den OECD/DAC Kriterien:	Einzel- und Gesamtbewertung nach den OECD/DAC Kriterien:
Die Gesamtbewertung des Projekts / Programms entspricht dem arithmetischen Mittel der Einzelbewertungen der fünf OECD/DAC-Kriterien:	Relevanz: 16 Punkte – sehr erfolgreich Effektivität: 13 Punkte – erfolgreich Impact: 12 Punkte – eher erfolgreich Effizienz: 13 Punkte – erfolgreich Nachhaltigkeit: 12 Punkte – erfolgreich
14 – 16 Punkte: sehr erfolgreich 12 – 13 Punkte: erfolgreich 10 – 11 Punkte: eher erfolgreich 8 – 9 Punkte: eher unbefriedigend 6 – 7 Punkte: unbefriedigend 4 – 5 Punkte: sehr unbefriedigend	Das Projekt/ Programm wird insgesamt mit 13,2 von 16 Punkten als erfolgreich bewertet.

Relevanz (Tun wir das Richtige?)

Das HSP fokussiert insbesondere zwei Dimensionen des „Zugangs zur Gesundheitsversorgung“, die beide gleichermaßen Kernprobleme der Zielgruppen adressieren: (a) finanzielle Zugangsbarrieren sowie (b) Qualitätsmängel in der Gesundheitsversorgung. *Pre-Payment*-Mechanismen, wie sie vom HSP gefördert werden, sind ein effektives Instrument, um die Zugang zur Gesundheitsversorgung vom ökonomischen Status zu entkoppeln. Die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen wird durch den Mehrebenen-Ansatz des Vorhabens (nationales QM- und Akkreditierungssystem, Unterstützungsstrukturen auf County-Ebene, Unterstützung von QM-Prozessen in Gesundheitseinrichtungen) adäquat adressiert (*Ausrichtung auf Kernprobleme von Zielgruppen: 4 von 4 Punkten*).

Das Vorhaben leiten sich direkt aus politischen Prioritäten und Strategien des Partners ab (z.B. Vision 2030, Kenianische Verfassung von 2010, *Kenyan Health Policy* 2014-2030), darüber hinaus wurden relevante Beiträge zur Politik- und Strategieformulierung geleistet, sowohl auf nationaler Ebene (z.B. Gesundheitsfinanzierungsstrategie, Qualitätsverbesserungs-Politik 2015-2030) als auch auf County-Ebene (z.B. *County Health Policy* in Kisumu). Das Vorhaben stimmt mit der Ausrichtung der BMZ-Strategie für den Gesundheitssektor überein (z.B. hinsichtlich der Förderung von Gesundheit als Menschenrecht,

sozialer Krankenversicherung, Nutzung von Mehrebenenansätzen) und berücksichtigt internationale Standards insbesondere hinsichtlich seiner Ausrichtung auf die auch in den *Sustainable Development Goals* (SDG 3.8) eingeforderte UHC. Es leistet zudem direkte Beiträge zu weiteren gesundheitsbezogenen SDG, wie z.B. SDG 3.1 und 3.2 (Verringerung der Mütter-, Neugeborenen- und Kindersterblichkeit) sowie SDG 3.7 (Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung) (*Übereinstimmung mit relevanten Strategien: 3 von 4 Punkten*).

Das Vorhaben wird in Bezug auf Relevanz mit 16 Punkten als sehr erfolgreich bewertet.

Effektivität (Erreichen wir das Ziel des Projekts/Programms?)

Zielindikator	Zielwert laut Angebot	Ist-Zustand laut Projektevaluierung
(1) 1. NHIF und/oder andere Organisationen haben einen nachhaltigen, replizierbaren, armuts- orientierten Mechanismus des sozialen Gesundheitsschutzes konzeptioniert, der Grundelemente einer sozialen Krankenversicherung (z.B. Solidaritätsprinzip) beinhaltet, und die erforderlichen Verträge für die Umsetzung geschlossen. (Baseline 01/2014: 0)	1 Mechanismus (bis 12/2016)	Durch die Unterstützung von Registrierungsprozessen wurden in 14 Counties bis 03/2016 ca. 6.000 Haushalte erreicht, von denen etwa 90% bereits im HISP registriert sind. Damit ist der Zielwert von 500 Haushalten pro County (d.h. insgesamt 7.000 Haushalte) zum Evaluierungszeitpunkt zu etwa 80% erreicht. Landesweit sind etwa 21.500 Haushalte in 47 Counties im HISP registriert. Die Zielerreichung entspricht damit den Anforderungen des Indikators, der bis Ende 2016 vollständig erreichbar ist. Zur Einbeziehung informell Beschäftigter hat das HSP den NHIF bei der Formulierung der Strategie für den informellen Sektor beraten, die es ermöglichen soll, bislang noch nicht erfasste Segmente der Bevölkerung mit angepassten Leistungspaketen zu erreichen.
(2) Mindestens 2 der 3 unterstützten Counties haben mit der Implementierung eines budgetierten, integrierten (staatliche und nichtstaatliche Beiträge zur Gesundheitsversorgung und -finanzierung werden berücksichtigt) Sektorplans begonnen, der universellen Zugang zu Basisgesundheitsdiensten priorisiert und staatlich anerkannte Maßnahmen des Qualitätsmanagements für Basisgesundheitsdienste und Leistungserbringer vorsieht. (Baseline 01/2014: 0 Counties)	2 Counties (bis 12/2016)	In allen Pilot-Counties haben die CHMTs budgetierte Jahres-Operationspläne für den Gesundheitssektor erarbeitet. In Kisumu wurde darüber hinaus eine Gesundheitspolitik (<i>County Health Policy</i>) formuliert und Verfahren zur Kontrolle öffentlicher Ausgaben sowie Leistungsverträge eingeführt. In anderen Counties stehen Maßnahmen zur Verbesserung von Planungs- und Budgetierungsprozessen noch am Anfang. Alle Counties haben Verantwortlichkeiten für Qualitätsmanagement in den CHMTs verankert, wenngleich Arbeitspläne noch nicht im erforderlichen Umfang budgetiert sind. Insgesamt jedoch wird der Indikator teilweise bis überwiegend erreicht .
(3) Die Anzahl der Gesundheitszentren/Krankenhäuser der Ebenen 2 und 3 in den unterstützten Counties, die Zahlungen auf der Grundlage erbrachter Leistungen für Basisgesundheitsdienste erhalten, ist auf mindestens 15 gestiegen. (Baseline 01/2014: 0)	15 Gesundheitszentren bzw. Krankenhäuser (bis 12/2016)	22 Gesundheitseinrichtungen werden hinsichtlich der Verbesserung des Finanzmanagements beraten und erfüllen die formalen Voraussetzungen für die Rückerstattung der von ihnen generierten Einnahmen (Kisumu: 8, Vihiga: 6, Kwale: 5, Nairobi: 3). Da mit den für den Indikator maßgeblichen Interventionen erst kurz vor dem Evaluationszeitpunkt begonnen wurde, kann ihre Wirksamkeit noch nicht bewertet werden. Es kann aber derzeit davon ausgegangen werden, dass der Indikator dennoch bis 12/2016 erreichbar ist. Zusätzlich werden in Kisumu und Vihiga am Abbau verwaltungsrechtlicher Barrieren gearbeitet (z.B. Gesetzesinitiative in Vihiga zur direkten Einbehaltung der durch Gesundheitsdienstleistungen generierten Einnahmen durch die Gesundheitszentren).
(4) Die Anzahl der Gesundheitszen-	12 Gesundheitszentren	Indikator 4 beruht auf derselben Aktionslinie wie Indi-

<p>tren/Krankenhäuser der Ebenen 2 und 3 in den unterstützten Counties, die die Verwendung ihrer Einnahmen für die wirkungsorientierte Verbesserung ihrer Leistungen gegenüber Kunden und Nutzern transparent machen, ist auf mindestens 12 gestiegen. (Baseline 01/2014: 0)</p>	<p>bzw. Krankenhäuser (bis 12/2016)</p>	<p>kator 3, weshalb auch hier noch kein empirischer Wirkungsnachweis getroffen werden kann. Bislang wurden ein erstes Assessment durchgeführt (Dezember 2015) und ein Curriculum zur Ausbildung von Mentoren entwickelt (Februar 2016). Ein erster Quartals-Finanzbericht der Gesundheitszentren für das erste Quartal 2016 ist für Mai 2016 vorgesehen. Die dem Indikator zugrundeliegenden Leistungen entwickeln sich somit bislang planmäßig.</p>
<p>(5) Der Anteil von Frauen im reproduktiven Alter in mindestens 2 der unterstützten Counties, die Zugang zu Basisgesundheitsdiensten guter Qualität haben, (a) dem Anteil an Entbindungen, die in Gesundheitseinrichtungen vorgenommen, (b) dem Anteil an Frauen im reproduktiven Alter, die Familienplanungsdienste nutzen, (c) dem Anteil der Entbindungen, die von qualifiziertem Gesundheitspersonal vorgenommen werden. (Baseline 01/2014: Individuell für jeden Proxy-Indikator)</p>	<p>Improved access in 2 counties (until 12/2016)</p>	<p>23 Gesundheitseinrichtungen in Kisumu, Vihiga, Kwale und Nairobi haben QM-Teams eingerichtet und Qualitätsverbesserungs-Prozesse in Gang gesetzt. Wiederholte Assessments lassen positive Veränderungen erkennen, insbesondere in den Bereichen Arbeitssicherheit, klinische Versorgung sowie an der Schnittstelle von klinischer und ambulanter Behandlung. Die Fortschritte variieren unter den beteiligten Einrichtungen jedoch stark. Auf der Outcome-Ebene sind positive Trends zu beobachten. Der Anteil der Entbindungen, die in Gesundheitseinrichtungen vorgenommen werden, hat – mit einer Ausnahme – in den Pilot-Counties etwas stärker zugenommen als im nationalen Durchschnitt (v.a. in Kwale von 48% in 2013 auf 71% in 2015). Der Anteil der von qualifiziertem Personal vorgenommenen Entbindungen hat sich dem nationalen Trend entsprechend entwickelt, mit Ausnahme eines weitaus deutlicheren Anstiegs in Kwale (von 43% auf 73%). Hinsichtlich der Nutzung von Familienplanungsdienstleistungen konnten in allen Pilot-Counties Aufwärtstrends verzeichnet werden (+4% in Vihiga, +11% in Kisumu und +14% in Kwale), während der nationale Trend leicht rückläufig war. Insgesamt entspricht einer mittleren Zielerreichung für Indikator 5.</p>

Das Evaluierungsteam kommt zu dem Schluss, dass von den Zielindikatoren zum Ende des Programms (12/2016) voraussichtlich Zielindikator 1 ganz erreicht, Zielindikator 2 teilweise erreicht, Zielindikator 3 ganz erreicht, Zielindikator 4 ganz erreicht und Zielindikator 5 teilweise erreicht werden (Bewertung der Zielerreichung: 3 von 4 Punkten). Nicht intendierte, negative Wirkungen wurden nicht beobachtet (4 von 4 Punkten).

Das Vorhaben wird in Bezug auf Effektivität mit 13 Punkten als erfolgreich bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen (Impact) (Tragen wir zur Erreichung übergeordneter entwicklungspolitischer Wirkungen bei?)

Im Hinblick auf die übergeordnete Zielsetzung eines universellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung hat das Vorhaben Prozesse der Konsensbildung unterstützt (insbesondere hinsichtlich der Formulierung der Gesundheitsfinanzierungsstrategie) und zu verbesserten Rahmenbedingungen für Sektorreformen beigetragen. Eine zukünftige Ausweitung der Krankenversicherung auf den informellen Sektor und die Fortführung des HISP über die Pilotphase hinaus hängen jedoch von nicht vorhersagbaren externen Variablen ab (z.B. Ressourcenverfügbarkeit; Kapazitäten, Image und Rolle des NHIF). Durch die Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen wurde bereits ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der kenianischen Bevölkerung geleistet, bezüglich der Entwicklung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit zeigen Monitoringdaten auf Ebene der Gesundheitseinrichtungen – evtl. aufgrund des Einflusses externer Störvariablen – noch keinen klaren Trend. Belastbare Wirkungseinschätzungen lassen sich nur auf Grundlage methodisch besser abgesicherter Daten und längerfristiger Zeitreihen treffen (*Beitrag zur Erreichung übergeordneter entwicklungspolitischer Wirkungen: 3 von 4 Punkten*).

Das Vorhaben fokussiert stark auf die Replizierbarkeit und die Nutzung von Up-Scaling-Potenzialen zur Gewährleistung von Breitenwirkung. Dies gilt z.B. für die Unterstützung von Registrierungsprozessen des HISP und für den *Mentoring Approach* im Kontext von QM und Finanzmanagement. Die konkrete Ausgestaltung von Up-Scaling-Prozessen und die Er-

schließung der hierfür erforderlichen Ressourcen steht jedoch überwiegend noch am Anfang und ist eine Herausforderung für die Zukunft (*Beitrag zur Erzielung von Breitenwirkungen: 3 von 4 Punkten*).

Das Vorhaben wird in Bezug auf Impact mit 12 Punkten als erfolgreich bewertet.

Effizienz (Werden die Ziele wirtschaftlich erreicht?)

Der Instrumentenmix des Vorhabens wurde im Rahmen der Evaluierung angemessen beurteilt. Die Handlungsfelder sind vielfältig miteinander vernetzt, so dass Synergien genutzt werden können. Auch der Mehrebenenansatz versetzt das Vorhaben in die Lage, Synergien zwischen den einzelnen Interventionsebenen zu nutzen. Die meisten Interventionen beinhalten Hebelwirkungen hinsichtlich der Inwertsetzung von Ressourcen anderer Entwicklungspartner. Im Verhältnis zu den zur Verfügung stehenden Ressourcen hat das Vorhaben erfolgreich eine große Bandbreite an Interventionen gemanagt, die überwiegend zu den erwarteten Ergebnissen geführt haben (*Angemessenheit des Ressourcen-Einsatzes: 3 von 4 Punkten*).

Eine Abstimmung mit den Beiträgen anderer Entwicklungspartner wurde systematisch verfolgt. Im Handlungsfeld Gesundheitsfinanzierung wurden Synergien mit finanziellen Beiträgen zur Krankenversicherung genutzt (z.B. seitens der Weltbank, International Finance Corporation/IFC, der Kreditanstalt für Wiederaufbau). Auch während der Formulierung der Gesundheitsfinanzierungsstrategie fanden enge Abstimmungen anderen Entwicklungspartnern statt. Im Handlungsfeld QM konzentrierte sich das Vorhaben v.a. auf die Kooperation mit IFC und WHO um den Aufbau des Akkreditierungs-/Zertifizierungssystems. Mit IFC, der japanischen Entwicklungagentur JIC und USAID koordinierte sich das Vorhaben hinsichtlich der Überprüfung von KQMH-Qualitätsstandards. Auf County-Ebene arbeitete das Vorhaben mit verschiedenen Entwicklungspartnern in unterschiedlichen Themenfeldern zusammen. Die Kooperation mit anderen Vorhaben der deutschen TZ konzentrierte sich v.a. auf das Good Governance Programm der GIZ, mit dem zum Evaluierungszeitpunkt zur Stärkung von Rechenschaftslegungsprozessen in Kisumu zusammengearbeitet wird (*Koordination mit anderen Akteuren der deutschen oder internationalen EZ: 4 von 4 Punkten*).

Das Vorhaben wird in Bezug auf Effizienz mit 13 Punkten als erfolgreich bewertet.

Nachhaltigkeit (Sind die positiven Wirkungen von Dauer?)

Das Vorhaben arbeitete prozessorientiert und strebte durchgängig langfristig tragfähige Veränderungen an. Kurzfristig ausgerichtete Interventionen zur Erzielung unmittelbarer Outputs und institutionelle Kapazitätsentwicklung waren gut austariert. Dies beinhaltet die systematische Bearbeitung von „Nachhaltigkeitsmechanismen“ im Rahmen der Programmstrategie (konsequente Überführung von durch das Programm wahrgenommen Funktionen in die Partnersysteme). Dennoch wurden Herausforderungen für die Nachhaltigkeit beobachtet, so etwa im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit von Ressourcen für die Ausweitung der Krankenversicherung, mit den personellen Kapazitäten und der Personalfluktuationsrate bei Partnern sowie mit Herausforderungen im Governance-Bereich (z.B. Korruptionsrisiken, anhaltende Übergangsprobleme im Devolutionsprozess, Unwägbarkeiten bzgl. des Tempos der Sektorreform) (*Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen: 3 von 4 Punkten*).

Soweit möglich hat das Vorhaben Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken ergriffen, wobei die Möglichkeiten zur Beeinflussung der Risikofaktoren auf der Makroebene sehr gering sind. Besondere Aufmerksamkeit sollte dem Risiko einer zukünftigen Unterfinanzierung der Krankenversicherung gewidmet werden, sei es hinsichtlich der noch nicht gewährleisteten Nachhaltigkeit der Finanzierung von Subventionen (HISP) oder der noch nicht ausreichend analysierten finanziellen Implikationen für das NHIF-Budget im Falle einer Ausweitung der Krankenversicherung auf neue Zielgruppen (*Berücksichtigung von Risiken: 3 out of 4 points*).

Das Vorhaben wird in Bezug auf Nachhaltigkeit mit 12 Punkten als erfolgreich bewertet.

Impressum

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Sitz der Gesellschaft
Bonn und Eschborn

Friedrich-Ebert-Allee 40
53113 Bonn
T +49 228 44 60-0
F +49 228 44 60-1766

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn/Deutschland
T +49 61 96 79-0
F +49 61 96 79-11 15

E info@giz.de
I www.giz.de