

Ex-post-Evaluierung – Vietnam



Sektor: Medizinische Dienste (CRS-Code 12191)
Vorhaben: KV Programm Stärkung dezentraler Gesundheitssysteme (BMZ-Nr. 2006 65 174)*
Träger des Vorhabens: Provincial People's Committees der Provinzen Phu Yen, Thanh Hoa and Yen Bai.



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2017

	Plan	Ist
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR	12,5	12,49
Eigenbeitrag Mio. EUR	2,5	2,5
davon BMZ-Mittel Mio. EUR	10,00	9,99

*) Vorhaben in der Stichprobe 2016

Kurzbeschreibung: Im Rahmen des Vorhabens wurden drei Provinzkrankenhäusern und zwölf Distriktkrankenhäusern der Provinzen Thanh Hoa, Phu Yen und Yen Bai Mittel für die Finanzierung von Ersatz- und Ergänzungsbeschaffungen bereitgestellt, Schulungen des medizinischen und technischen Personals zur korrekten Bedienung der gelieferten Geräte durchgeführt sowie Wartungsverträge finanziert. Ausgewählte Einrichtungen wurden, insbesondere durch Trainings beim Aufbau von Wartungssystemen sowie bei Maßnahmen zur Verbesserung der Instandhaltungssysteme und des Entsorgungsmanagements von Krankenhausabfällen unterstützt. Im Laufe der Durchführung wurde zusätzlich IT- und Softwareausstattung bereitgestellt. Komplementär hierzu erfolgte der Auf- und Ausbau von Humankapazitäten in den Bereichen Gesundheitsmanagement sowie präventiven und kurativen Gesundheitsdienstleistungen durch die GIZ.

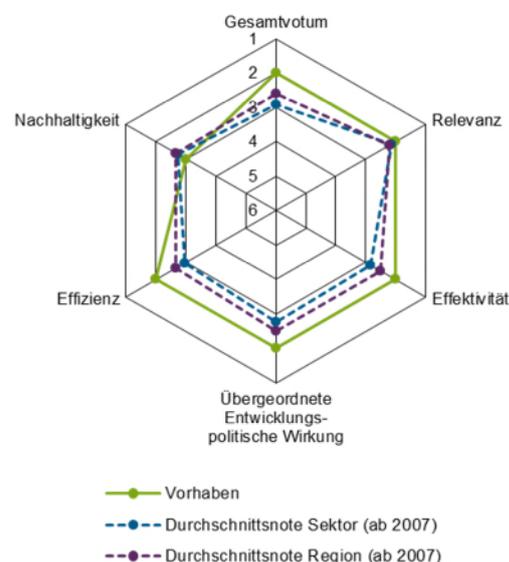
Zielsystem: Die Bevölkerung im Einzugsgebiet der geförderten Krankenhäuser nutzt vermehrt die quantitativ und qualitativ verbesserten Gesundheitsdienstleistungen (FZ-Programmziel / Outcome). Damit sollte ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation in den Programmprovinzen geleistet und zur Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele 4 und 5 (Reduzierung der Kinder- und Müttersterblichkeit) beigetragen werden (Oberziel/ Impact).

Zielgruppe: Die Bevölkerung in den Einzugsbereichen der geförderten staatlichen Distrikt- und Provinzkrankenhäuser in den drei Programmprovinzen.

Gesamtvotum: Note 2

Begründung: Die Verbesserung der Qualität und Quantität der gesundheitlichen Versorgung auf Distrikt- und Provinzebene ist zentral für die bessere Versorgung der Bevölkerung und wurde noch wichtiger, nachdem die Nachfrage in den letzten Jahren durch den Ausbau der Krankenversicherung für einen Großteil der vietnamesischen Bevölkerung stieg (**gute Relevanz**). **Effektivität** und **Impact** des Programms waren **gut**, wenngleich die Zielerreichung und Wirkungen nicht isoliert der FZ-Maßnahme zugerechnet werden können. Die dezentrale Implementierungsstruktur und Auswahl der Provinzen beeinträchtigte die Produktionseffizienz, wobei eine gute Allokationseffizienz festzustellen ist, denn die gelieferte Ausstattung ist voll einsatzfähig und wird, mit Ausnahme der Waschmaschinen, intensiv genutzt. Anzumerken ist die verbesserungswürdige Wartung.

Bemerkenswert: Die im Nachgang hinzugefügte IT-Komponente mit Einführung des Krankenhausinformationssystems stellte eine Innovation in Vietnam dar und kann als Erfolg bewertet werden: Die Datenverfügbarkeit ist gestiegen, Prozesse wurden neu durchdacht, die Transparenz wurde erhöht und Routinedaten können schnell für die Entscheidungsfindung genutzt werden.



Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 2

Relevanz

Das Kernproblem einer quantitativ und qualitativ nicht angemessenen Gesundheitsversorgung in den drei Programmprovinzen wurde richtig erkannt, das Vorhaben ist aus damaliger und heutiger Sicht grundsätzlich relevant. Die Bevölkerung Vietnams wird älter (das Durchschnittsalter der vietnamesischen Bevölkerung lag 2005 noch bei 25,4 Jahren, während es 2015 schon auf 30,7 Jahre angewachsen war) und die demografische und epidemiologische Transition schreitet fort. Diese drückt sich aus in der Abnahme der Morbidität und Mortalität der Infektionskrankheiten bei gleichzeitiger Zunahme der chronisch-degenerativen Erkrankungen (Krebs, Herzerkrankungen) sowie einer Zunahme von Morbidität und Mortalität auf Grund von Unfällen im Zusammenhang mit der schnellen Verkehrsentwicklung. Gleichzeitig bleiben übertragbare Krankheiten weiterhin auf einem hohen Niveau. Diese Entwicklungen erfordern erhebliche Anpassungen der Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten des vietnamesischen Gesundheitssystems, die durch die Programminvestitionen in den geförderten Krankenhäusern der Provinzen Phu Yen, Thanh Hoa und Yen Bai ermöglicht wurden.

Die Wirkungskette des Vorhabens ist weitgehend plausibel. Die verbesserte medizinische Ausstattung, Wartung und Reparatur sowie Entsorgung von Abwasser und Abfall der geförderten staatlichen Distrikt- und Provinzkrankenhäuser, in Verbindung mit den durch die technische Zusammenarbeit (TZ) aufgebauten personellen und institutionellen Kapazitäten, sollten zu einer Verbesserung der Qualität (inkl. Umweltverträglichkeit) sowie Quantität der angebotenen Dienstleistungen der unterstützten Krankenhäuser führen, die durch die Bevölkerung vermehrt genutzt werden sollten. Damit sollte ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung im Einzugsgebiet der geförderten Krankenhäuser in den Programmprovinzen geleistet und zur Erreichung der Millenniumentwicklungsziele 4 und 5 (Reduzierung der Kinder- und Müttersterblichkeit) beigetragen werden. Bei Programmprüfung wurde gleichzeitig erwartet, dass das Vorhaben das Referenzsystem stärken würde, was ebenfalls plausibel erscheint. Die Stärkung der Leistungsbreite und -tiefe der Programmkrankenhäuser sowie der zugehörigen Qualität sollte dazu führen, dass mehr Patienten die Dienste auf unteren Versorgungsebenen (zunächst Distrikt-, dann erst Provinzkrankenhäuser) nachfragen und die Krankenhäuser in der Lage sind, Dienstleistungen anzubieten, für die sie vorher Patienten auf Einrichtungen der höheren Versorgungsebene (Provinz- bis Zentralkrankenhäuser) hätten überweisen müssen. Der bei Programmprüfung (PP) teilweise beabsichtigten Fokussierung auf Arme und ethnische Minoritäten sowie in abgelegenen Gebieten lebende Bevölkerung wurde über die Auswahl von Einrichtungen mit besonderer Breitenwirkung für diese spezifischen Zielgruppen Rechnung getragen, unter der Annahme, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen durch eine Ausweitung der Krankenversicherung insb. auch für diese Bevölkerungsgruppen verbessert wird. Durch die alleinige Unterstützung der Angebotsseite kann aber nicht sichergestellt werden, dass die medizinischen Dienstleistungen von allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen genutzt werden.

Das Programm entsprach dem damaligen und noch heute gültigen Ziel der vietnamesischen Regierung, die umfassende gesundheitliche Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen „Universal Health Coverage for all until 2020“ sicherzustellen. Seit Anfang 2015 wird die Stärkung - auch die finanzielle - der unteren Ebenen - von der kommunalen bis zur Distriktebene - betont, wobei der vietnamesische Staat die kommunale Ebene finanzieren will und die Geber sich auf die Distrikt- und Provinzebene konzentrieren sollen. Dieser Ansatz entspricht dem des Vorhabens, welches sich auf 3 Provinz- und 12 Distriktkrankenhäuser fokussierte. Generell ist Gesundheit für die vietnamesische Regierung ein wichtiges Thema, wie auch in der „Socio-Economic Development Strategy for the period of 2011-2020“ ersichtlich. In diesem Dokument bekräftigt die Regierung die hohe Priorität, die der Entwicklung des Gesundheitssystems und der Verbesserung der Qualität der Gesundheitsdienste zugeordnet wird, und sieht eine kontinuierliche Erhöhung der Staatsausgaben für den Gesundheitssektor bis 2020 vor.

Das Programm wurde in enger Kooperation mit der deutschen TZ durchgeführt und komplementär zu Vorhaben anderer Geber (z.B. ADB, EU, JICA und Weltbank) umgesetzt, wobei die Auswahl der zu unterstützenden Provinzen und Versorgungsebenen stark von der Regierung gesteuert wurde. Einige der im

Vorhaben teilnehmenden Krankenhäuser erhalten weitere FZ-Unterstützung im Rahmen von Folgevorhaben.

Auch aus heutiger Sicht ist die Verbesserung der Qualität und Quantität der gesundheitlichen Versorgung auf Distrikt- und Provinzebene zentral für die bessere Versorgung der Bevölkerung und wurde noch wichtiger, nachdem die finanziellen Barrieren für den Zugang durch die schrittweise Einführung und Ausweitung der Krankenversicherung in den letzten Jahren für einen Großteil der vietnamesischen Bevölkerung abgebaut wurden und seit Anfang 2014 alle offiziell Armen, alle ethnischen Minoritäten sowie ein Großteil (ca. 50 % 2015) der „Near-Poor“ versichert sind (bei Prüfung des Programms im Jahr 2007 waren die Armen und ethnischen Minoritäten noch weitestgehend ohne Versicherungsschutz im Krankheitsfall). Die Wirkungskette ist plausibel, jedoch sind die Kausalitäten nicht isoliert nachweisbar. Unter Berücksichtigung der oben genannten Einschränkungen wird die Relevanz mit gut bewertet.

Relevanz Teilnote: 2

Effektivität

Das für die Ex-post-Evaluierung (EPE) definierte Ziel der FZ-Maßnahme lautet "die Bevölkerung im Einzugsgebiet der geförderten Krankenhäuser nutzt vermehrt die quantitativ und qualitativ (inkl. Umweltverträglichkeit) verbesserten Gesundheitsdienstleistungen". Zur Bewertung der Effektivität werden folgende Indikatoren herangezogen: (1) Die Nutzungsrate der im Rahmen des Vorhabens beschafften medizinischen Ausstattung; (2) Anzahl der jährlich aufgenommenen Patienten, (3) Bettenbelegungsraten sowie (4) Zunahme der jährlich durchgeführten größeren chirurgischen Eingriffe. Indikator 1 wurde im Rahmen des Vorhabens erhoben. Die Indikatoren 2-4 wurden für die EPE ergänzt und die Zielerreichung für die im Rahmen der EPE besuchten Krankenhäuser (7 aus 15) ermittelt. Indikator 4 gibt auch einen Hinweis darauf, ob das Vorhaben durch die Schaffung von verbesserten Dienstleistungen auf Distrikt- und Provinzebene zur Stärkung des Referenzsystems beitragen konnte.

Die Erreichung der Programmziele kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Nutzungsrate der im Rahmen des Vorhabens beschafften medizinischen Ausstattung	Status PP: 0 Ziel PP: 85 %	Phu Yen: 95 % Thanh Hoa: 95 % Yen Bai: 95 %
(2) Anzahl der jährlich aufgenommenen Patienten		2010: 97.484 2015: 147.828
(3) Bettenbelegungsraten		2010: 158 % (Überbelegung) 2015: 155 % (Überbelegung) (bei steigender Bettenzahl)
(4) Zunahme der jährlich durchgeführten größeren chirurgischen Eingriffe ¹		2010: 8.591 2015: 16.297

Die Indikatoren untermauern die Einschätzung einer erfolgreichen Zielerreichung. Die gelieferte und installierte Ausstattung (medizinische Geräte und IT-Ausstattung), die im Rahmen der Mission in Augenschein genommen wurde, scheint auch 8 bis 10 Monate nach Ablauf der Wartungsverträge funktionsfähig und täglich intensiv verwendet zu werden.

Die Patientenzahlen und Bettenbelegungsraten weisen auf eine gestiegene Nachfrage nach den Leistungen der Programmkrankenhäuser hin. Die jährlich aufgenommenen Patienten stiegen zwischen 2010 und

¹ Hier sollte jedoch angemerkt werden, dass in einigen Krankenhäusern Kaiserschnitte als "größere Eingriffe" gezählt wurden und in anderen nicht.

2015 um mehr als 50 % im Durchschnitt. Im gleichen Zeitraum sanken die Bettenbelegungsraten in den besuchten Krankenhäusern bei steigender Bettenzahl leicht (ca. 3 % durchschnittlich), wobei die Bettenbelegungsraten insgesamt immer noch sehr hoch ausfallen (2015 durchschnittliche Belegungsrate ca. 155 %) und klar auf eine Überbelegung hinweisen. Die gestiegene Nachfrage in den Programmkrankenhäusern ist jedoch nicht nur auf die gestiegene Qualität der durch die Krankenhäuser angebotenen Dienstleistungen, sondern vor allem auch auf den Wegfall der finanziellen Barrieren zurückzuführen. So ist einer der Hauptgründe der positiven Nachfrageentwicklung die Einführung der sozialen Krankenversicherung in Vietnam.

Die Anzahl der größeren chirurgischen Eingriffe erhöhte sich zwischen 2010 und 2015 signifikant - in den besuchten Distriktkrankenhäusern um 79 % und in den Provinzkrankenhäusern um 100 %. Das lässt darauf schließen, dass das Vorhaben einen positiven Effekt auf die Stärkung des Referenzsystems hatte. Bei diesen Steigerungen spielten jedoch ebenfalls strukturelle Faktoren eine Rolle, insb. seit 2009 die Einführung von höheren Nutzergebühren für Patienten, die das Referenzsystem überspringen.

Die Programmkrankenhäuser haben ihr Leistungsspektrum ausbauen können und behandeln mehr Patienten als vor dem FZ-Programm. Inwieweit dieses erweiterte und verbesserte Angebot von allen Bevölkerungsgruppen (inkl. Armen und ethnischen Minderheiten) gleichermaßen genutzt werden kann und nicht durch zusätzliche Kosten wie Transport, Lohnausfall für den Kranken selbst und die ggfs. notwendige Begleitperson sowie zusätzliche, nicht von der Krankenversicherung erstattungsfähige Gebühren erschwert wird, konnte im Rahmen der EPE nicht verifiziert werden. Das gleiche gilt für vorhandene ethnische Stereotypen und Diskriminierungen gerade der ethnischen Minderheiten, die einen gleichberechtigten Zugang und eine angemessene Behandlung in den Programmkrankenhäusern erschweren könnten.

Alle Gesundheitseinrichtungen verfügen angabegemäß über einen Wartungsplan und führen eine entsprechende Wartung und Instandhaltung der medizinischen Geräte durch. Beobachtungen im Rahmen der EPE Mission lassen aber darauf schließen, dass die Wartungspläne oftmals pro forma erstellt wurden und die Wartung und Instandhaltung der medizinischen Geräte nicht regelmäßig und ordnungsgemäß durchgeführt wird (siehe Nachhaltigkeit).

In den Provinzen Phu Yen und Yen Bai verfügen laut erhaltenen Informationen nun 80 % bzw. 75 % der Gesundheitseinrichtungen über eine umweltverträgliche Abfall- und Abwasserentsorgung; inwieweit hier ein ordnungsmäßiger Betrieb erfolgt, konnte nicht durch Fakten (Schadstoffausstoße o.ä.) überprüft werden. Die Absicht, nicht nur Elemente des Hygiene- und Abfallmanagements (z.B. Zentralsterilisation, Wäscherei) zu verbessern, sondern den Total Quality Management-Gedanken zu verankern, war nur teilweise erfolgreich. Auch das Monitoring ist trotz EDV-Einsatz unzuverlässig: So wurde beispielweise die Rate der nosokomialen (im Krankenhaus erworbenen) Infektionen in den besuchten Krankenhäusern nicht erfasst, obwohl es durchaus möglich wäre, diese Daten zu erheben und zu dokumentieren. Damit bleiben gewisse Mängel hinsichtlich der Hygiene bestehen. Die Beschaffung der laparoskopischen Ausstattung für minimalinvasive Chirurgie durch Bauchspiegelung hätte um noch stärkere Unterstützung (Prozessmanagement, Schulungen) im Bereich Hygiene sowie um Ersatzmaterialien für mehrere Jahre ergänzt werden müssen, da die Geräte derzeit potentiell ein Hygienierisiko darstellen, das über das einer konventionellen Operation hinausgeht.

Dank der im Rahmen des Vorhabens finanzierten Ausstattung sind die besuchten Krankenhäuser nun in der Lage, 80 % der Dienstleistungen bereitzustellen, die für ihre Versorgungsebene definiert sind (im Vergleich zu 40 % vor Programmbeginn). Da große Teile der Bevölkerung parallel zur Programmdurchführung in die Krankenversicherung aufgenommen wurden, stieg die Nachfrage durch den Wegfall der finanziellen Barriere sicherlich mehr, als es durch eine alleinige Verbesserung der Leistungserbringung anzunehmen wäre. Die Maßnahmen der vietnamesischen Regierung zum Ausbau der Krankenversicherung (Nachfrageseite) und die Stärkung der Leistungserbringung der Krankenhäuser durch die deutsche EZ (Angebotsseite) haben sich gut ergänzt. Auch wenn die Zielerreichung nicht isoliert der FZ-Maßnahme zugerechnet werden kann, ist die Effektivität unter den gegebenen Umständen als gut einzustufen.

Effektivität Teilnote: 2

Effizienz

Die Gesamtdauer der Durchführung lag bis zur Fertigstellung aller Projektaktivitäten bei 53 Monaten (ggü. geplanten 36 Monaten bei Prüfung). Neben verspäteten Umbaumaßnahmen und Vorbereitungen im Rahmen des Eigenbeitrags ist diese Verzögerung auf Umstände zurück zu führen, die bei Prüfung nicht bekannt waren (insb. Durchführung einer vom Gesundheitsministerium zusätzlich geforderten Feasibility Studie vor Beginn der Maßnahmen und Umsetzung der IT-Komponente, die anfänglich nicht geplant war).

Die Durchführung des Vorhabens erfolgte auf dezentraler Ebene durch das jeweilige Provincial Department of Health (PDoH). Die dezentrale Implementierungsstruktur scheint grundsätzlich sinnvoll, damit die Ausstattung sich am tatsächlichen Bedarf vor Ort orientiert, und erhöhte möglicherweise die Ownership. Gleichzeitig stellte diese Struktur sicher, dass die FZ-Maßnahme im Einklang mit den strategischen Zielen der Gesundheitspolitik auf Provinzebene sowie mit Maßnahmen anderer in den Programmprovinzen aktiver Geber stand. Bei der Gestaltung der IT-Komponente erforderte diese Struktur intensive Koordination der Provinzen untereinander, was sich teilweise als langwieriger Prozess herausstellte, der zu Verzögerungen führte.

Die Auswahl der drei Programmprovinzen traf der vietnamesische Partner unter Berücksichtigung von Sozialindikatoren, Anteil ethnischer Minoritäten, Komplementarität mit anderen Entwicklungspartnern etc. Die im Rahmen des Vorhabens geförderten Einrichtungen wurden nach einem umfassenden Mapping existierender Gesundheitseinrichtungen in den drei Programmprovinzen ausgewählt, das Bevölkerungszahlen und -dichte, die Verfügbarkeit von Unterstützung anderer Geber, die Absorptionskapazitäten der Gesundheitseinrichtungen, deren geographische Lage sowie Armutsindikatoren der Distrikte berücksichtigte.

Die Auswahl der medizinischen Ausstattung wurde mit Unterstützung des Consultants auf Basis einer Bedarfsanalyse nach epidemiologischen Bedürfnissen und klinischen Ansprüchen getroffen und entsprach, laut Aussagen der besuchten Krankenhäuser, grundsätzlich deren Bedürfnissen. Laut Abschlusskontrolle wurden die Krankenhäuser jedoch nicht ausreichend in die Auswahl der IT-Ausstattung eingebunden, was zu langwierigen Anpassungen der Software an die Bedürfnisse und Anforderungen der Krankenhäuser führte. Hierbei ist allerdings festzuhalten, dass die Einführung des Krankenhausinformationssystems eine Innovation in Vietnam darstellte, so dass zahlreiche Anlaufschwierigkeiten überwunden werden mussten.

Für die beschaffte medizinische Ausstattung gibt es eine große Anzahl von Anbietern. Die Lose wurden nicht nach Funktionsgruppe, sondern pro Provinz erstellt und international ausgeschrieben. Dies führte dazu, dass die Bieter sogenannte "Package-Dealer" waren, d.h. Firmen, die in der Lage sind, eine große Bandbreite an Ausstattung zu liefern, was möglicherweise das Preis-Leistungsverhältnis der Lieferungen sowie die Qualität der Dienstleistungen im Rahmen der Wartungsverträge beeinträchtigte, wobei keine konkreten Hinweise hierfür vorliegen. Positiv ist jedoch, dass dieses Vorgehen dazu führte, dass jede Provinzverwaltung nur eine Firma als Ansprechpartner hatte.

Die hohe Auslastung der besuchten Programmkrankenhäuser lässt auf eine gute Allokationseffizienz bei der Auswahl der Krankenhäuser schließen. Aus Sicht der EPE erscheint die Auswahl der Provinzen grundsätzlich sinnvoll. Auch die Arbeitsteilung zwischen der deutschen EZ, die sich auf die Verbesserung der Angebotsseite auf Distrikt- und Provinzebene fokussierte, und der vietnamesischen Regierung, welche die Nachfrageseite und die kommunale Ebene unterstützte, scheint aus heutiger Sicht effizient. Die große geographische Distanz zwischen den zwei nördlichen Programmprovinzen Thanh Hoa und Yen Bai und der südlichen Provinz Phu Yen hat jedoch den Durchführungsconsultant vor vermeidbare Schwierigkeiten bei der Programmimplementierung gestellt. Sie verursachte zusätzliche Reisekosten seitens des Consultants und erhöhte teilweise die Aufwendungen für die Koordination innerhalb des Programms bei der Gestaltung der IT-Komponente. Die Konzentration des Vorhabens auf geographisch nahegelegene Provinzen, wie es in den Folgevorhaben teilweise vorgesehen ist, hätte die Effizienz steigern können.

Trotz der o.g. Einschränkung wird die Effizienz aufgrund der Indizien für eine gute Allokationseffizienz als gut bewertet.

Effizienz Teilnote: 2

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Oberziel des Programms war es, einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Zielgruppe in den drei Programmprovinzen zu leisten und zur Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele 4 und 5 (Reduzierung der Kinder- und Müttersterblichkeit) beizutragen. Bei Prüfung wurden weder Basiswerte noch Zielwerte definiert. Daher wird hier der Basiswert mit Zugrundelegung der von den Provinzen gelieferten Daten für 2010 ermittelt.

Indikator	Status 2010	Ex-post-Evaluierung (2015)
(1) Rückgang der Müttersterblichkeit (per 100.000 Lebendgeburten)	Yen Bai: 6,79 (nicht belastbar) Thanh Hoa: 56,15 Phu Yen: 70 Nationaler Durchschnitt: 58	Yen Bai: 21,53 (+217 %) Thanh Hoa: 46,2 (-18 %) Phu Yen: 58,3 (-17 %) Nationaler Durchschnitt: 54
(2) Rückgang der Kindersterblichkeit (<5) (pro 1.000 Kinder)	Yen Bai: 14,12 Thanh Hoa: 7,2 Phu Yen: 25 Nationaler Durchschnitt: 23	Yen Bai: 11,84 (-16 %) Thanh Hoa: 3,97 (-45 %) Phu Yen: 15,4 (-38 %) Nationaler Durchschnitt: 22,1

Die zur Verfügung stehenden Daten belegen, dass die Müttersterblichkeit sowohl auf Provinz- als auch auf nationaler Ebene sank, wobei die auf Provinzebene gemessenen Müttersterblichkeitsraten i.d.R. wenig belastbar sind (siehe Yen Bai) und die jährlichen Sterblichkeitszahlen extrem schwanken. In Phu Yen bleibt die Müttersterblichkeitsrate trotz Rückgang von 17 % zwischen 2010 und 2015 über dem nationalen Durchschnitt. Die Kindersterblichkeit hat sich seit Prüfung deutlich verbessert und lag 2015 in den drei Programmprovinzen deutlich unter dem nationalen Durchschnitt² von jährlich 22,1 Kindern von 1.000 unter fünf Jahren, wobei dies außer in Phu Yen bereits 2010 der Fall war.

Insgesamt scheint es plausibel, dass das Programm einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation leisten konnte. Jedoch ist die Verbesserung der Gesundheitssituation auch wesentlich auf eine insgesamt positive wirtschaftliche Entwicklung des Landes (das jährliche Wachstum des realen BIP liegt seit Prüfung bei über 5 % und das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen hat sich seit Prüfung mehr als verdoppelt) verbunden mit steigender Bildung, die Einführung der sozialen Krankenversicherung und signifikante nationale und geberfinanzierte Investitionen auf allen Ebenen des Referenzsystems zurückzuführen.

Durch die verbesserte Ausstattung der Programmkrankenhäuser steigt deren Attraktivität als Arbeitgeber, was möglicherweise einen Anreiz für die Ärzte darstellt, in den staatlichen Krankenhäusern weiter zu arbeiten und nicht noch parallel zu ihrer Haupttätigkeit im Privatsektor zu praktizieren, wie für Ärzte in Vietnam üblich. Darüber hinaus leistete das Vorhaben durch die Schaffung von verbesserten Dienstleistungen auf Distrikt- und Provinzebene einen Beitrag zur Stärkung des Referenzsystems und zur Entlastung der generell noch überlasteten höheren Ebenen (siehe Effektivität, Indikator 4).

Auch wenn die Wirkungen nicht isoliert der FZ-Maßnahme zugerechnet werden können, sind die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen des Vorhabens aus den o.g. Gründen als gut einzustufen.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2

Nachhaltigkeit

Durch die verbesserte Ausstattung ergeben sich für die Programmkrankenhäuser neue bzw. zusätzliche Einnahmequellen - sei es durch Nutzergebühren oder die Erstattung von Leistungen durch die Krankenkasse - für Leistungen, die sie zuvor aufgrund mangelnder technischer oder personeller Kapazitäten nicht erbringen konnten. Insgesamt ergibt sich das Bild einer relativ soliden und nachhaltigen Finanzierung der

² UNDP

Programmkrankenhäuser – zumindest, solange die öffentliche Krankenversicherung (VSS) weiterhin so verlässlich zahlt wie bisher. Sowohl die Einnahmen steigen seit 2007 signifikant an, als auch die Gesundheitsausgaben der Provinzen - auch wenn sich die Programmprovinzen unterscheiden³.

Die Wartungsverträge in den besuchten Krankenhäusern wurden nur für sehr wenige Anlagen (insb. für die Computertomographen (CTs)) erneuert, ansonsten obliegt die Wartung i.d.R. den jeweiligen Krankenhaus-technikern. Das Budget für Wartung und Ersatzteile schwankt in den besuchten Krankenhäusern zwischen 0,2 % und 4,6 % der Gesamtausgaben (5 % wären laut WHO sinnvoll). Jedoch sind diese Zahlen wenig aussagekräftig, da es keine einheitliche Buchungsvorschrift gibt, so dass Reparaturen und Ersatzbeschaffungen unter der gleichen Budgetlinie erscheinen, die Personalkosten für Techniker und Ingenieure (anteilig für ihre Wartungsarbeiten) aber nicht auf dieses Konto gebucht werden. In der Realität dürften – mit Ausnahme der verlängerten Wartungsverträge für CTs – die Ausgaben für präventive Wartung gering sein. Gemäß Durchführungsvereinbarung war eine jährliche Steigerung des Instandhaltungsbudgets auf 3,5 % des Krankenhausbudgets vorgesehen. Die Beobachtungen vor Ort zeigen, dass dies unter Berücksichtigung der Buchungspraktiken nicht erreicht wird. Finanziell sollten die Krankenhäuser in der Lage sein, die Wartung durchzuführen. Im Rahmen der Besuche ausgewählter Programmkrankenhäuser entstand jedoch der Eindruck, dass Investitionen nicht als komplexe Analyse der kompletten Lebenszeitkosten (d.h. mit Verbrauchsstoffen, Entsorgung etc.), sondern primär als momentane Auszahlungen gesehen werden. Daraus ist zu schließen, dass das Wartungskonzept nicht verinnerlicht ist. Teilweise lag in den besuchten Krankenhäusern kein Wartungsplan vor. Auch wenn dieser vorlag - schien es, dass dieser pro forma erstellt wurde und nicht vom Provincial Department of Health nachgehalten wird. Daher besteht das Risiko, dass die Lebensdauer der im Rahmen des Vorhabens beschafften Ausstattung der technischen Lebensdauer gemäß Herstellerangaben nicht entsprechen wird.

Die Folgekosten der Anschaffungen über die Wartung hinaus halten sich in Grenzen. Was die Personalausstattung angeht, konnte beobachtet werden, dass diese insgesamt angemessen ist. Jedoch scheint der in den meisten der besuchten Krankenhäuser vorgefundene eine Techniker pro Krankenhaus gering. Das Personal hat eine vergleichsweise geringe Fluktuation, so dass sich die durch das Programm finanzierten Fortbildungsmaßnahmen langfristig rentieren sollten. Allerdings könnte die dominante Rolle der Ärzte im Krankenhausmanagement, die zum größten Teil keine Managementausbildung haben, die Nachhaltigkeit des Vorhabens beeinträchtigen. Zusammen mit einer Kultur fehlender Delegation bzw. starker Hierarchie in der Entscheidungsfindung könnte dies die wirtschaftliche Wartung und Verwendung der gelieferten Geräte und damit die Nachhaltigkeit negativ beeinflussen.

Die Beobachtungen der EPE Mission lassen darauf schließen, dass Hygiene- und Abfallmanagement in den Programmkrankenhäuser nur teilweise als System betrachtet werden, d.h., der komplette Hygiene- und Abfallprozess ist nicht vollständig in den Behandlungsprozess integriert. Darüber hinaus weist anekdotische Evidenz darauf hin, dass die Infektionsraten nach Operationen in den Provinzen deutlich höher sind als in den Nationalkrankenhäusern, was ein Risiko für die nachhaltige Wirkung des Vorhabens darstellt, da dies die Stärkung des Referenzsystems und die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Zielgruppe beeinträchtigt.

Aufgrund der o.g. Einschränkungen einerseits, der generell soliden Finanzierung der Krankenhäuser andererseits, wird die Nachhaltigkeit als zufriedenstellend bewertet.

Nachhaltigkeit Teilnote: 3

³ Die Einnahmen in Phu Yen und Yen Bai nahmen seit 2007 um ca. 120-140 % zu, während der Zuwachs in Thanh Hoa im gleichen Zeitraum bei ca. 300 % lag. Während die Gesundheitsausgaben relativ zu den Einnahmen in den beiden Provinzen Phu Yen und Yen Bai zwischen 2007 und 2015 überproportional stiegen (Phu Yen + 315 %, Yen Bai +360 %), erhöhte Thanh Hoa die Gesundheitsausgaben unterproportional zur Einnahmensteigerung (ca. +260 % im Vergleich zu ca. +300 % Einnahmesteigerung).

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:

Stufe 1	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
Stufe 2	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
Stufe 3	zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
Stufe 4	nicht zufriedenstellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
Stufe 5	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
Stufe 6	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.