

Vergaderjaar 2007–2008

31 250

Beleidsbrief Ontwikkelingssamenwerking

Nr. 18

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR ONTWIKKELINGSSAMENWERKING

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 juni 2008

Met deze brief bied ik u hierbij aan het rapport «Joint external evaluation of the health sector in Tanzania 1999–2006»¹ en mijn beleidsreactie daarop. De evaluatie werd onder gezamenlijke verantwoordelijkheid van donoren en de Tanzaniaanse overheid uitgevoerd door een consortium van externe deskundigen met financiering van Denemarken, Duitsland, Zwitserland en Nederland en is afgestemd met de Tanzaniaanse ministeries van Financiën en Gezondheid.

In de jaren negentig stagneerden de ontwikkelingen in de gezondheidssector in Tanzania, de dienstverlening was ver beneden de maat, de infrastructuur schoot te kort en er was nauwelijks samenwerking tussen de publieke sector en private actoren. Het beschikbare budget was erg laag en de ondersteuning door donoren was ongecoördineerd.

In 1999 werd voor het eerst een gezamenlijke strategie voor de gezondheidssector opgesteld en de afspraak gemaakt om samen te werken in het kader van een sectorale benadering. Als manier van samenwerken is de sectorale benadering bij uitstek geschikt om «ownership» en de voorspelbaarheid van de hulp te vergroten. Ook ontstaat er meer ruimte voor een meer integrale en effectieve aanpak van de structurele problemen. De evaluatie heeft in kaart gebracht of deze manier van samenwerken van de Tanzaniaanse overheid met de ontwikkelingspartners tot betere resultaten in de gezondheidssector leidt, welke maatregelen hebben gewerkt en welke verbetering behoeven.

Het goede nieuws van de evaluatie is dat mede dankzij onze ontwikkelingssamenwerking de dienstverlening is verbeterd. De kindersterfte is met ruim 18% afgenomen tot 112/1 000 in 2004/5. Het percentage chronisch ondervoede kinderen is ook afgenomen van 44% tot 38% in 2004/5. Vooral met betrekking tot malaria, HIV/AIDS, vitamine suppletie programma's, medicijn voorziening, properheid van de instellingen en ook de attitudes en capaciteiten van de beschikbare gezondheidswerkers

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

constateert de evaluatie vooruitgang. Maar moedersterfte is onvoldoende verminderd. Om daar echt verbetering in te brengen, is versterking van het hele gezondheidssysteem nodig.

In de beleidsreactie op deze evaluatie ga ik nader in op de bevindingen en aanbevelingen. Op basis van het door mij ingezette beleid ten aanzien van de Millennium Ontwikkelingsdoelen 3 en 5 zal Nederland in de beleidsdialoog met de Tanzaniaanse autoriteiten voorop zetten dat in het nationale gezondheidsbeleid meer specifieke sturing en monitoring nodig is op doelstellingen en resultaten die samenhangen met moedersterfte. Daarnaast blijft Nederland inzetten op verbetering van dienstverlening op districtsniveau door het belang te benadrukken van goede publiek-private samenwerking, effectieve bescherming van toegang van kwetsbare delen van de samenleving, exploratie van mogelijkheden om ziektekostenverzekeringen te introduceren en vooral die mechanismen te ondersteunen die meer middelen op districtsniveau beschikbaar maken.

De minister voor Ontwikkelingssamenwerking,
A. G. Koenders

Beleidsreactie op de gezamenlijke evaluatie gezondheid Tanzania 1999–2006

Inleiding

Tussen december 2006 en september 2007 vond een gezamenlijke externe evaluatie plaats van de gezondheidsector in Tanzania over de periode 1999 tot 2006, de *Joint External Evaluation of the Health Sector in Tanzania* (JEEHST). De evaluatie werd uitgevoerd door een consortium van externe deskundigen met financiering van Denemarken, Duitsland, Zwitserland en Nederland, en is afgestemd met de Tanzaniaanse ministeries van Financiën en Gezondheid. De evaluatie was dus internationaal en de meest relevante actoren waren hierbij betrokken.

De evaluatie had tot doel om solide onderbouwd bewijsmateriaal te leveren voor relevante en effectieve gezamenlijke ontwikkeling in de Tanzaniaanse gezondheidssector. De evaluatie beoogde aan te tonen welke maatregelen «hebben gewerkt» en «naar verwachting ook zullen werken», met de bedoeling dat deze leerervaring zal worden meegenomen in de ontwikkeling van het volgende strategische plan voor de gezondheidssector. (HSSP3 2009–2015).

De gezondheidssector in Tanzania

In de jaren negentig stagneerden de ontwikkelingen in de gezondheidssector in Tanzania. De dienstverlening was ver beneden de maat, de infrastructuur schoot zowel kwalitatief als kwantitatief te kort en er was nauwelijks samenwerking tussen de publieke sector en private actoren (missieziekenhuizen, NGO's en private sector). Het beschikbare budget voor de gezondheidssector was erg laag, rond de USD 3,50 per persoon per jaar. Ondersteuning door donoren was ongecoördineerd.

Geconfronteerd met deze problemen werd een proces gestart door de Tanzaniaanse overheid en de ontwikkelingspartners om te bekijken op welke wijze de gezondheidssector het best versterkt en ondersteund kon worden. Dit resulteerde in 1999 in een eerste gezamenlijke strategie en de afspraak om samen te werken in het kader van een Sectorale Benadering (SWAP). In de strategie waren verschillende hervormingen opgenomen om de geïdentificeerde knelpunten op te lossen en daarmee bij te dragen aan het behalen van doelstellingen in de Tanzaniaanse PRSP (nu Mkukuta) en de MDG's.

Voortgang werd jaarlijks gezamenlijk beoordeeld in een «*Joint Annual Health Review*» (JAHR). De JEEHST was de eerste externe evaluatie van het sectorprogramma.

De Nederlandse steun voor de Tanzaniaanse gezondheidssector

De Nederlandse ondersteuning aan de gezondheidssector richt zich op de gehele sector, met een speciale focus op basisgezondheidszorg, Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (srgr) en het versterken van gezondheid(zorg)systemen. Deze steun is vooral gericht op een toename en verbetering van de dienstverlening op district niveau. De financiering loopt middels het «*Health Basket Fund*» (HBF). De aanpak onderschrijft het belang van een goed functionerende gezondheidszorg om een breed scala aan ziektes met geschikte dienstverlening het hoofd te kunnen bieden, zonder prioriteiten zoals hiv/aids, tuberculose en malaria uit het oog te verliezen.

De Tanzaniaanse gezondheidssector is complex en telt een grote diversiteit aan actoren, ook van de kant van de donoren. Verbetering van harmonisatie en «*alignment*», conform de afspraken gemaakt in Parijs voor een meer effectieve hulp, is een speerpunt van het beleid van Ambassade, ook in de gezondheidszorg waar Nederland een leidende donor is. De Tanzaniaanse overheid en de meeste donoren hebben de «*Joint Assistance Strategy Tanzania*» (JAST) ondertekend, waarbinnen het Tanzaniaanse beleid, zoals uiteengezet in de Mkukuta (Tanzaniaanse PRSP) leidend is. In dit kader committeren donoren zich om zich zodanig te organiseren dat fragmentatie verminderd wordt (harmonisatie) en dat men maximaal nationale systemen gebruikt («*alignment*»). Daar waar de systemen van onvoldoende kwaliteit zijn, wordt ondersteuning geboden om deze te verbeteren.

De belangrijkste bevindingen en aanbevelingen

1. De samenwerking tussen de Tanzaniaanse overheid en de ontwikkelingspartners binnen een SWAP heeft de coherentie en consistentie van het sectorbeleid duidelijk verbeterd. Dit heeft geresulteerd in meer financiering voor de sector, zowel uit nationale middelen als van donoren. In vergelijking tot de gefragmenteerde aanpak van voor 1999 is de SWAP een grote vooruitgang. Verdere verbeteringen zijn mogelijk om de samenwerking en de dialoog verder te versterken. De evaluatie beveelt aan om de SWAP als kader voor de samenwerking te handhaven en daarbinnen verdere verbeteringen aan te brengen, hetgeen ik vanzelfsprekend van harte ondersteun. Van 1999 tot 2006 zijn de publieke uitgaven voor gezondheid in Tanzania meer dan verdrievoudigd van 143,6 miljoen USD tot 527,5 miljoen USD, terwijl het aandeel van de Tanzaniaanse overheid hierin is gestegen tot meer dan de helft. In 1999 droeg Tanzania zelf 46% bij en in 2006 was deze 56%. Hoewel de financiële bijdrage van de Tanzaniaanse overheid gedurende de afgelopen jaren is toegenomen tot zo'n 12% van de overheidsbegroting, blijft deze nog achter bij internationale afspraken zoals de Abuja verklaring van 2001 waarin Afrikaanse staats- en lokale overheden zich committeerden om minstens 15% van de overheidsbegroting aan de gezondheidssector te besteden. Ik acht het van belang dat wij de Tanzaniaanse overheid hierop te blijven aanspreken. Een groeiend aandeel uit nationale middelen is immers een duidelijk teken van nationale politieke steun en betrokkenheid.

2. Gedurende de laatste jaren zijn «*Global Health Partnerships*» (GHPs), met name het Global Fund to Fight Aids, TB and Malaria en grote bilaterale programma's (met name PEPFAR, het HIV/AIDS programma van de VS) een toenemende rol gaan spelen. Hoewel deze hebben bijgedragen aan het behalen van concrete resultaten gaat de planning en uitvoering van activiteiten grotendeels via parallelle systemen. Deze prioritaire («*verticale*») programma's, die voornamelijk buiten de SWAP om opereren, plukken in eerste instantie het laaghangende fruit. Betere integratie van de verticale programma's is nodig om de winst die de SWAP heeft opgeleverd te behouden. Nederland heeft binnen de bestuursorganen van de «*Global Health Partnerships*» waarbij wij betrokken zijn, altijd sterk ingezet op aansluiting bij bestaande nationale processen en systemen, en zal dat vanzelfsprekend blijven doen zolang dat nodig is. Het stemt mij hoopvol dat ook deze programma's meer en meer inzien dat een geïntegreerde aanpak, waarbij het versterken van gezondheidssystemen centraal staat, noodzakelijk is om ook duurzaam meer resultaten op «*hun*» gebied te bereiken. Zo staat de 8ste ronde van het Global Fund voor HIV/AIDS, Tuberculose en Malaria geheel in het teken van het versterken van gezondheidssystemen. Ook stemt het mij enigszins positief dat in de politieke discussies, en in onze dialoog, over de verlenging van PEPFAR juist gezondheidssystemen, en vooral gezondheidspersoneel, zoveel aandacht krijgen. Uiteindelijk gaat het uiteraard om de vertaling hiervan

naar het landenniveau. Zo is bij recent oriënterend donoroverleg in Dar Es Salaam, in het kader van ons Health Insurance Fund (HIF), gebleken dat vertegenwoordigers van USAID geïnteresseerd zijn in mogelijkheden om, in overleg met Tanzania, samen te werken op het gebied van ziektekostenverzekering. Het is mijn inzet dat ook dergelijke grote internationale en bilaterale programma's bijdragen aan het zo positief geëvalueerde «*Health Basket Fund*» (HBF), waar in de volgende paragraaf op in gegaan zal worden.

3. De delegatie van taken en verantwoordelijkheden voor de dienstverlening naar de lokale overheden is een belangrijke verworvenheid, en is waarschijnlijk ook de belangrijkste factor die de dienstverlening op lokaal niveau heeft verbeterd. Omdat tegelijkertijd ook financiële middelen beschikbaar zijn gesteld aan lokale overheden, konden zij een werkelijk verschil maken. De inzet van «*Block Grants*» voor de districten door de Tanzaniaanse overheid, en het «*Health Basket Fund*» met financiering van donoren, waaronder Nederland, is daarbij zeer strategisch geweest. Het evaluatieteam slaagde er echter niet in een volledig inzicht te krijgen in het deel van de gezondheidsuitgaven dat daadwerkelijk naar lokaal niveau gaat. Het evaluatieteam stelt voor om hiervoor een vast percentage, idee van een doel/target ingebracht door de Nederlandse ambassade, in te stellen en de financiële systemen zodanig te versterken dat allocaties en uitgaven op lokaal niveau goed getraceerd kunnen worden. Dit is naar mijn mening een belangrijke aanbeveling. Juist waar veel donoren overgaan op «hogere» hulpmodaliteiten als sector budgetsteun en algemene begrotingssteun met het oog op maximale «*alignment*» is het belangrijk vertrouwen te hebben in de duurzame financiering van het uitvoerend niveau en daar garanties voor in te bouwen.

4. Gedurende de evaluatieperiode zijn belangrijke resultaten bereikt: de kindersterfte is van 1996 tot 2004 afgenomen van 137 tot 112 kinderen per 1000 levendgeborenen. Ook is er een verbetering van de voedings-toestand van jonge kinderen: het percentage van chronisch ondervoede kinderen is verminderd van 44% tot 38%. Desgevraagd geven Tanzanianen aan dat zij ervaren dat de kwaliteit van de dienstverlening verbeterd is. Vooral met betrekking tot malaria, HIV/AIDS, vitamine suppletie programma's, medicijn voorziening, properheid van de instellingen en ook de attitudes en capaciteiten van de beschikbare gezondheidswerkers noteert de evaluatie verbetering. De behaalde resultaten zijn alle relevant, zowel voor de MDGs als voor doelstellingen die zijn opgenomen in de Tanzaniaanse strategie voor armoedebestrijding, de MKUKUTA. Teleurstellend is echter dat ten aanzien van de gezondheid van moeders, en de moeder- en zuigelingensterfte veel te weinig voortgang is geboekt. Wel is er een toename geconstateerd van het aantal bevallingen dat onder deskundige begeleiding plaatsvond. Deze bevindingen nopen ons tot reflectie. Het evaluatie rapport legt een plausibel verband tussen de afgenomen kindersterfte en een aantal gerichte («verticale») interventies als immunisatie, vitamine A suppletie, distributie van bednetten voor malariapreventie, verbeterde diagnostiek en behandeling van malaria en de betere beschikbaarheid van medicijnen, gepland en geadmistrateerd in een sterk gedecentraliseerde omgeving. In de speciale editie van de Lancet van april 2008¹ waarin de voortgang ten aanzien van zuigelingen-, kinder- en moedersterfte wordt beschreven, worden de succesfactoren van het afnemen van de kindersterfte in Tanzania ook in direct verband gebracht met verbeteringen in het gezondheidssysteem: de verdubbeling van het beschikbare overheidsbudget voor gezondheid, decentralisatie en het «*Health Basket Fund*». Om verdere verlaging van de kindersterfte te bereiken, en vooral om de sterfte van zuigelingen en moeders naar beneden te brengen, is het dan ook nodig dat er geïnvesteerd wordt in het versterken van het gezondheidssysteem als geheel. Verder noemt het

¹ Honorati Masanja, et al. «Child survival in Tanzania: analysis of data from demographic and health surveys». Lancet 2008: 371: 1276–1283.

evaluatie­rapport ook dat de sectorplannen en activiteiten minder duidelijk sturen op doelstellingen en resultaten die samenhangen met moedersterfte, zorg tijdens de zwangerschap en bevalling, en family planning. Ik ga er van uit dat het gebrek aan eenduidige aansturing op deze thema's ook een aannemelijke factor is geweest in de teleurstellende voortgang op dit gebied. De evaluatie beveelt aan hier in de volgende fase meer prioriteit aan te geven, en ik onderschrijf deze aanbeveling van harte. Op basis van door mij ingezette intensivering voor het behalen van MDG's 3 & 5 zal de Ambassade haar leidende rol onder donoren hiervoor ten volle benutten. Wij zullen er bij onze Tanzaniaanse collega's op aandringen dat dit in het volgende Strategische Plan, dat momenteel geformuleerd wordt, duidelijk doorklinkt. Investeren in goede dienstverlening voor seksuele en reproductieve gezondheid is niet alleen noodzakelijk voor het behalen van Tanzaniaanse en internationale ontwikkelingsdoelstellingen, maar ook voor de economische ontwikkeling van Tanzania. Tanzania is er de laatste jaren in geslaagd om een redelijke economische groei te bereiken en behouden, maar deze groei houdt de bevolkingsgroei (gemiddeld krijgt een vrouw in Tanzania 5,8 kinderen) maar nauwelijks bij.

5. Hoewel de evaluatie duidelijke verbeteringen heeft aangetoond in de dienstverlening en enkele gezondheidsresultaten, zijn deze niet in gelijke mate ten goede gekomen aan alle bevolkingsgroepen. Vooral arme mensen in afgelegen rurale gebieden zijn moeilijk te bereiken. Dit heeft deels te maken met factoren die buiten het mandaat van de gezondheidssector vallen, zoals geografische isolatie en hoge transportkosten, waardoor arme mensen in rurale gebieden minder toegang hebben tot diensten. Het evaluatie­rapport stelt echter dat ook de respons binnen de gezondheidssector, bijvoorbeeld ten aanzien van personeelsbeleid en de distributie van gezondheidswerkers, niet adequaat is geweest om toegang van armen tot dienstverlening te bevorderen. Een aanvullende factor die toegang van armen tot de dienstverlening heeft beperkt is de invoering van een eigen bijdrage («*user fees*»). Het evaluatie­rapport stelt dat «*user fees*» weliswaar hebben bijgedragen aan een gevoel van «*ownership*» bij de gebruikers, maar dat de beoogde inkomstengeneratie en kwaliteitsverbetering tot onvoldoende resultaat voor de kansarmen hebben geleid. Omdat er tegelijkertijd geen effectieve mechanismes waren om arme mensen vrij te stellen van «*user fees*» hebben deze in feite gewerkt als een barrière. Het evaluatie­rapport beveelt aan om in de vervolgfase veel meer aandacht te besteden aan een eerlijker verdeling («*equity*»), zowel in algemene zin als ten aanzien van gender. Hierbij wordt gedacht aan meer effectieve vrijstelling voor kwetsbare delen van de samenleving en innovatieve ideeën om gezondheidsverzekeringen te introduceren. Bijvoorbeeld: gemiddeld doet slechts 10% van de huishoudens mee aan het «*Community Health Fund*» (CHF) in 72 van de 92 rurale district door vooruit te betalen («*pre-payment scheme*»). Lokale overheden vergeten vaak de centrale overheidssubsidie aan dit CHF aan te vragen. Deelname en gebruik van het CHF kan dus effectiever. De evaluatie adviseert niet om «*user fees*», die in 1993 zijn ingevoerd, op te heffen. De Tanzaniaanse overheid overweegt dit vooralsnog ook niet. Wat mij betreft behoort dit wel tot één van de opties, die besproken kan worden. De discussies die op dit moment in Tanzania plaatsvinden over financiering van de gezondheidszorg bieden goede aanknopingspunten om hier verder aan te werken. Nederland is een actieve partner in deze discussies.

6. Tenslotte benoemt het evaluatie­rapport nog een aantal belangrijke systeem aandachtspunten. De SWAP biedt een goede basis en de eerste resultaten zijn positief, maar het potentieel zal niet bereikt worden als niet een aantal belangrijke hervormingen worden doorgevoerd die tot dusver onvoldoende aandacht hebben gehad. De personeelscrisis is een belangrijk knelpunt waarop tot dusver onvoldoende concrete acties zijn onder-

nomen. Tanzania zal niet alleen veel meer gezondheidspersoneel moeten trainen, maar ook op effectievere wijze moeten maken van het personeel dat er is. Met verbeteringen in de personeelsadministratie, de distributie van personeel en gerichte prikkels («*incentives*») is belangrijke winst te behalen. Samenwerking tussen de gezondheidssector en andere relevante sectoren (water en sanitatie, transport, onderwijs etc.) is voor verbetering vatbaar, evenals de samenwerking tussen de verschillende niveaus in de sector (met name de verwijssystemen). Tenslotte is er nog onvoldoende structurele voortgang bereikt ten aanzien van publiek-private samenwerking. Gezien de belangrijke rol van niet-publieke dienstverleners (missie-ziekenhuizen, NGOs, private sector) is dit een gemiste kans met potentieel belangrijke implicaties voor de effectiviteit van de dienstverlening in Tanzania. Niet verbazingwekkend zijn al deze terreinen ook cruciaal voor het verbeteren van de resultaten op gebied van moedersterfte: verbeterde zorg voor-, na- en tijdens de zwangerschap is sterk afhankelijk van de beschikbaarheid van goed opgeleide gezondheidswerkers, effectieve verwijssystemen en samenwerking (ook publiek en privaot) binnen de sector en goede samenwerking met andere sectoren, zoals onderwijs, transport etc. De Tanzaniaanse overheid heeft al gezegd dat zij de betrokkenheid van niet-publieke actoren in de sector wil bevorderen. Dit zal moeten leiden tot concrete afspraken en overeenkomsten tot afstemming en samenwerking in Publiek-Private Partnerschappen. De eerste ervaringen worden hier nu mee opgedaan in een aantal districten in Tanzania.

Conclusies

Het Tanzaniaanse beleid is meer consistent en coherent, er is meer financiering (ook intern) beschikbaar gekomen, de dienstverlening is verbeterd en de kindersterfte is afgenomen. Dit zijn belangrijke constatering van de evaluatie. We zijn op de goede weg en er zijn mogelijkheden om vooral de gezondheid van arme mensen te verbeteren.

De sectorale benadering, zoals die in Tanzania toegepast wordt, heeft een gunstige invloed op de kwaliteit van de dienstverlening op district niveau. Er is belangrijke voortgang op de MDGs 1, 4 en 6 maar de voortgang op MDG5 is teleurstellend. Inzet op het versterken van het gehele systeem, zoals personele zaken, inkoop en distributie van medicijnen, informatie-beheer, supervisie, decentralisatie etc., is noodzakelijk.

Het is de verwachting dat verbeterde gezondheidszorg, inclusief de grotere ziekenhuizen, vooral moeder- en kindzorg rond de zwangerschap ten goede zal komen. Hiermee zullen dan ook niet alleen de kindersterfte, maar ook de moeder- en neonatale sterfte verder kunnen verminderen. Dit vraagt ook om specifieke monitoring binnen de sectorplannen op doelstellingen en resultaten die samenhangen met moedersterfte, zorg tijdens de zwangerschap en de bevalling en «*family planning*».

De ongelijke verdeling van de gunstige resultaten baart zorgen. Deze tekortkomingen zal ik dan ook benadrukken in de dialoog met de Tanzaniaanse autoriteiten en zeker aan de orde stellen bij het tot stand komen van het volgende strategische sector plan. De leidende rol die Ambassade in de sector speelt zal hierbij ten volle benut worden.

Een belangrijke constatering is dat het, ook door Nederland ondersteunde, basisgezondheidszorgfonds (HBF) en de ongeoormerkte Tanzaniaanse bijdrages hebben geholpen om de dienstverlening op districtsniveau te verbeteren. Ik wil de ondersteuning aan het HBF dan ook verhogen. Ook zal Nederland zich inzetten om te komen tot een vast percentage van overheidsuitgaven dat naar het lokale niveau gaat, waardoor de dienstverlening op decentraal niveau versterkt wordt en ook de mensen in meer afgelegen gebieden beter bereikt kunnen worden.

Nederland zal er ook bij de Wereldwijde Gezondheid Initiatieven (GHI's), de Wereldbank, en andere donoren, zoals de Verenigde Staten, op aandringen dat nationale systemen zo veel mogelijk gebruikt worden («*alignment*»). Steun voor het, ook door ons ondertekende, «*International Health Partnership* » (IHP) is daar en ook voor betere donorharmonisatie, een goede gelegenheid voor.

Deze externe evaluatie is een goede aanvulling gebleken op de bestaande jaarlijkse «*reviews*» en kan in feite worden beschouwd als een validatie hiervan. Dit is goed nieuws, want aanvankelijk was er bij de ontwikkelingspartners in Tanzania wel twijfel over de meerwaarde van de evaluatie. In feite is nu bevestigd dat de jaarlijks uitgevoerde terugblikken solide evaluatiemomenten zijn. Betrokken ministeries, samen met de ontwikkelingspartners evalueren dan de voortgang in de sector. Indien hiervoor een extern oordeel nodig is, zou in eerste instantie geprobeerd moeten worden om Tanzaniaanse deskundigheid in te schakelen.

De bevindingen en aanbevelingen zijn besproken tijdens de gezamenlijke «*review*» in september 2007. Er is afgesproken dat deze zullen worden geïntegreerd in het nieuwe sectorprogramma voor periode 2009 tot 2015.