

## Terms of reference

### Impact evaluaties seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in Bangladesh, Mali en Nicaragua Maart 2010

## 1 Inleiding

De bevordering van seksuele en reproductieve rechten vormt een beleidsprioriteit en er worden omvangrijke financiële middelen hiertoe ingezet. De beleidsdoorlichting 2004-2006 hiv/aids en SRGR, die goeddeels berust op secundair materiaal, biedt een overzicht van de internationale afspraken en een analyse van de NL inzet van instrumenten en middelen, maar geeft slechts beperkt inzicht in resultaten op het gebied van SRGR.<sup>1</sup> Het ligt in de bedoeling bij een volgende beleidsdoorlichting wel tot uitspraken over de effecten op landenniveau te komen. Hiertoe wordt een aantal landenstudies uitgevoerd; twee op basis van secundair materiaal en drie op basis van primair onderzoek. Voorts worden de resultaten van de evaluatie begrotingssteun, voor zover deze betrekking hebben op SRGR, meegenomen in de beleidsdoorlichting.

De voorliggende terms of reference betreft de drie landenstudies waarbij primair onderzoek plaatsvindt. Deze evaluaties zijn opgenomen in de evaluatieprogrammering en IOB is uitvoerder. Het is een kader-tor die uitgangspunt vormt voor het tenderdocument. De landenspecifieke terms of reference zullen na de aanbesteding, en na een eerste missie door de geselecteerde uitvoerder, worden opgesteld. De planning is op korte termijn een aanbestedingsprocedure te starten voor Mali en Nicaragua en aan het eind van het jaar een aanbestedingsprocedure voor Bangladesh. De reden is dat het programma in Bangladesh te kort loopt om al in de tweede helft van dit jaar te worden geëvalueerd. De landenstudie Nicaragua zal van beperktere omvang zijn dan die in de overige twee landen. De reden is dat de steun aan de gezondheidssector al is onderzocht in het kader van de landenevaluatie Nicaragua.

## 2 Achtergrond<sup>2</sup>

### *Begripsomschrijving*

SRGR omvat de volgende elementen (WHO, 2004), die in de voorgestelde evaluatie alle onderwerp van studie zullen zijn.

- 1 de bevordering van antenatale, perinatale en postpartum zorg, met inbegrip van zorg voor de pasgeborene
- 2 het voorzien in kwalitatief goede dienstverlening op het gebied van family planning
- 3 het uitbannen van onveilige abortussen
- 4 de bestrijding van seksueel overdraagbare ziekten, met inbegrip van hiv/aids
- 5 de bevordering van seksuele rechten. Hieronder valt onder meer de vrije keuze voor seksuele relaties, de bestrijding van aan sekse gerelateerd geweld (gender based violence) en het tegengaan van verminking van vrouwelijke geslachtsorganen (FGM) en bescherming van de rechten van seksuele minderheden.

SRGR van adolescenten en jongvolwassenen wordt in de WHO-strategie niet als apart element vermeld, maar krijgt in de voorgestelde evaluatie wel specifieke aandacht.

Alle elementen hebben raakvlakken met de gezondheidssector, maar de mate waarin en wijze waarop dit het geval is varieert.<sup>3</sup> Prenatale zorg, de begeleiding bij de bevalling, de behandeling van complicaties tijdens en problemen na de geboorte zullen goeddeels binnen de gezondheidssector

---

<sup>1</sup> IOB 2007.

<sup>2</sup> De beleidsdoorlichting van 2007 gaat uitgebreid in op de problematiek, de internationale afspraken en op het Nederlandse beleid. Derhalve is in deze terms of reference paragrafen 'achtergrond' heel summier.

<sup>3</sup> Wanneer in deze terms of reference gesproken wordt over de gezondheidssector, betreft het uitsluitend de formele gezondheidssector; bij de evaluatie van sectorsteun betreft het de publieke sector.

plaatsvinden. Preventieve activiteiten op deze gebieden betreffen zowel de gezondheidssector als andere sectoren, zoals onderwijs en water. De zorg voor de beschikbaarheid en de verstrekking van anticonceptie ligt deels op het terrein van de gezondheidssector. Het geven van voorlichting hierover geschiedt binnen de gezondheidssector, maar bijvoorbeeld ook in het onderwijs. Het uitbannen van onveilige abortussen is sterk afhankelijk van wetgeving inzake abortus, maar ook van voorlichting over en beschikbaarheid van anticonceptie en van het bestaan van gezondheidsfaciliteiten waar een veilige abortus kan worden uitgevoerd. De behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv behoort tot de taken van de gezondheidssector, maar de preventie bestrijkt een veel breder terrein. Het tegengaan van discriminatie van mensen met hiv en de opvang van de gevolgen van hiv vallen eveneens zowel binnen als buiten de gezondheidssector. Voor de bevordering van seksuele rechten zijn bewustwording en wetgeving van essentieel belang. Bij de opvang van slachtoffers van seksueel geweld en van FGM speelt de gezondheidssector een belangrijke rol.

Uit een inventarisatie van impactstudies op het gebied van SRGR komt naar voren dat het eerste, tweede en vierde deelonderwerp het best onderzocht zijn. Het gaat daarbij vooral om interventies op beperkte schaal en veel minder om onderzoek naar sectorsteun of naar steun aan grootschalige programma's.<sup>4</sup>

#### *Nederlands SRGR-beleid*

De uitvoering van de Cairo-agenda van de International Conference on Population and Development (ICPD) in 1994 en de millenniumdoelen inzake kindersterfte (nr. 4), moedersterfte (nr. 5) en de bestrijding van hiv/aids en andere ernstige ziekten (nr. 6) vormen het referentiekader voor het Nederlandse beleid. Op internationaal niveau wordt onderhandeld om de gemaakte afspraken overeind te houden of aan te scherpen. Voorts ontvangen internationale organisaties, publiek-private partnerschappen en internationale NGO's omvangrijke financiële steun. Op landenniveau wordt aandacht besteed aan SRGR en hiv/aids binnen de sectoren die, in het kader van het organisatorische principe van de sectorale benadering, sectorsteun krijgen. Dit geldt met name, maar zeker niet uitsluitend de gezondheidssector en de onderwijssector. Voorts is er financiële steun voor NGO's die zich richten op enkele specifieke aspecten van de Cairo-agenda of op specifieke kwetsbare groepen.

Tot 2008 bestonden er verschillende aan de TK aangeboden aidsnotities. Voor SRGR waren er uitsluitend interne notities. Mede naar aanleiding van de beleidsdoorlichting (2007) verscheen in 2008 de beleidsnotitie *'Keuzes en Kansen. HIV/aids en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (srgr) in het buitenlandse beleid'*.

De notitie vat de belangrijkste internationale afspraken samen en gaat in op een aantal uitdagingen: schendingen van rechten, negeren van feiten, onvoldoende investeringen in de brede gezondheidszorg, beperkte beschikbaarheid van reproductieve gezondheidsmiddelen, onvoldoende inspanningen buiten de gezondheidssector en de kwestie van de samenwerking tussen diverse partners en de voortdurende noodzaak tot investeringen.

De notitie stelt dat Nederland op een aantal terreinen meerwaarde heeft: Nederland geniet bekendheid als pleitbezorger voor mensenrechten; Nederland heeft deskundigheid om bij onderhandelingen over heikele kwesties op te treden als bruggenbouwer; Nederland is een goede kennismakelaar, onder meer omdat er veel ervaring met hiv/aids en SRGR is opgedaan in eigen land; en Nederland is een belangrijke, en daarmee ook invloedrijke donor. Geconstateerd wordt dat het aantal partners enorm is toegenomen. De inzet van Nederland zal zich concentreren op terreinen waar sprake is van een Nederlandse meerwaarde en op terreinen waar grote hiaten bestaan.

De Nederlandse inzet concentreert zich inhoudelijk op de volgende punten:

- preventie en rechten
- het vergroten van de politieke betrokkenheid

---

<sup>4</sup> Jurgens 2009. Ook evaluaties in Bangladesh en Nicaragua zijn hierin opgenomen.

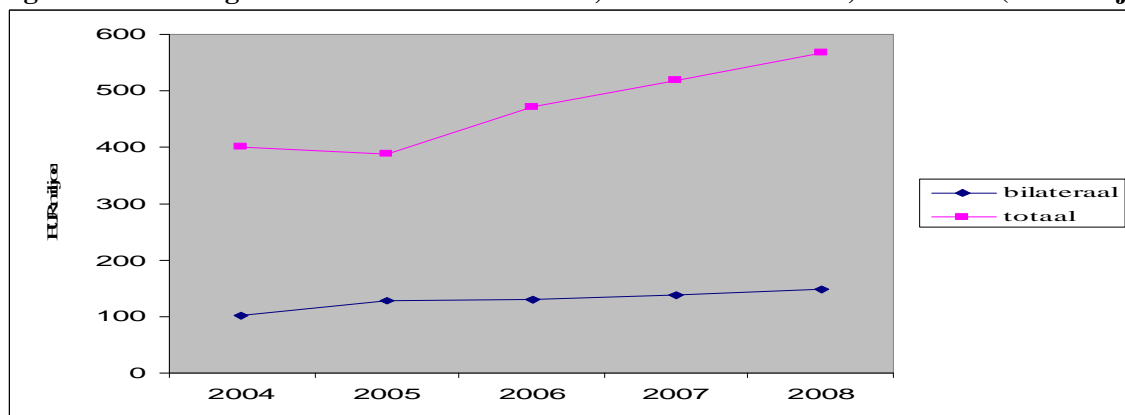
- multisectorale aanpak, waarbij onder meer de integratie van hiv/aids en SRGR in andere sectoren, zoals gezondheid, onderwijs en goed bestuur, aan de orde komt.

Op landenniveau informeren de meerjarenstrategie en het jaarplan over de Nederlandse inzet.

#### *Inzet van Nederlandse middelen*

De uitgaven voor SRGR en hiv/aids zijn sinds 2005 geleidelijk gestegen (figuur 1). Daarbij dient te worden opgemerkt dat binnen de begrotingssystematiek uitgaven voor algemene sectorsteun toegerekend worden aan SRGR of hiv/aids, terwijl deze bijdragen ook betrekking hebben op andere gezondheidsproblematiek.

**Figuur 1** Uitgaven voor SRGR en hiv/aids; totaal en bilateraal; 2004-2008 (EUR miljoen)



Bron: IOB 2007: 60 en resultatenrapportage 2008-2009: 99.

De resultatenrapportage geeft uitgaven ten behoeve van MDG 4, 5 en 6.

#### *Landen van onderzoek*

Hieronder staat voor ieder land een beknopte beschrijving, op basis van het meest recente DHS-survey, van de belangrijkste indicatoren met betrekking tot de vijf elementen van de SRGR-strategie.<sup>5</sup> Hieruit blijkt dat er grote verschillen tussen de landen bestaan. Na deze situatieschets volgt een korte samenvatting van de Nederlandse beleidsvoornemens inzake SRGR. Leidraad vormt de meerjaren strategische planning (MJSP) van de ambassade voor de jaren na 2004.

#### *Bangladesh*

De kindersterfte (MDG 4) bedraagt 65 per duizend levend geboren; de zuigelingensterfte 52/1000. Er is voor beide indicatoren sprake van een gestage daling.<sup>6</sup> Ernstige infecties veroorzaken ongeveer een derde van de kindersterfte. De moedersterfte bedraagt 570/100.000. Het overgrote deel van de bevallingen vindt thuis plaats (90%) en in de regel is er geen professionele begeleiding. Van de getrouwde vrouwen tussen de 15 en de 44 jaar gebruikt 48% anticonceptie en ruim de helft van de middelen worden betrokken in de publieke sector. De unmet need, dat wil zeggen de niet vervulde behoefte aan family planning, ligt op 17%. Het DHS informeert niet over het voorkomen van (onveilige) abortussen. De prevalentie van hiv is laag (<0.1%). Het DHS informeert dat de kennis over de verspreiding van hiv – en de preventie daarvan – is toegenomen en in 2007 wist bijna een op de drie geïnterviewde vrouwen dat condoomgebruik hiv-overdracht kan voorkomen. Aan sekse gerelateerd geweld komt veelvuldig voor in Bangladesh. Het DHS informeert dat bijna de helft van de getrouwde vrouwen te maken heeft gehad met fysiek geweld en een op de vijf met seksueel geweld.

<sup>5</sup> Voor de moedersterfte is zijn door UNICEF genoemde ‘adjusted’ gegevens van 2005 gebruikt. Deze liggen in alle drie de landen aanzienlijk hoger dan de gerapporteerde cijfers.

<sup>6</sup> Bangladesh Demographic and Health Survey 2007. Ook de overige gegevens, m.u.v. de moedersterfte, zijn ontleend aan dit survey.

De publieke gezondheidssector kent een systeem van faciliteiten met verschillende niveaus van zorg. De spil van de primaire gezondheidszorg is een gezondheidscentrum met bedden op sub-districtsniveau, waar naast ambulante zorg bijvoorbeeld ook obstetrische noodhulp kan worden verleend. Deze gezondheidscentra hebben elk een aantal gezondheidsposten op een meer decentraal niveau, waar eenvoudige zorg kan worden gegeven. Het overheidsbeleid is er op gericht iedereen toegang te geven tot gezondheidszorg. Hiertoe is een nationaal plan voor gezondheid, voeding en bevolking uitgewerkt (HNPSP).<sup>7</sup>

Nederland steunt, samen met een groot aantal andere donoren, dit HNPSP via de Wereldbank. In de meerjarenstrategie 2005-2008 formuleert de ambassade een aantal doelen en resultaten voor hiv/aids en SRGR, zoals de integratie van het nationale hiv/aids programma in de sector gezondheid, voeding en bevolking. De strategische resultaten zijn de integratie van hiv in de onderwijssector en de toepassing van een op rechten gebaseerde benadering. Het doel onder 'commitment to the Cairo – agenda' is als volgt geformuleerd: verbetering van de gezondheidsstatus van de bevolking in Bangladesh, met bijzondere aandacht voor SRGR van meisjes en vrouwen. De strategische resultaten betreffen zowel impact (doelbereiking MDG's) als institutionele aspecten die de doelbereiking faciliteren.

Een in 2005 uitgebrachte impactevaluatie van de Wereldbank spreekt zich over het geheel genomen in positieve termen uit over de steun van de Wereldbank aan het HNPSP.<sup>8</sup> De Nederlandse ambassade is van mening dat de donoren die sectorsteun geven hierover weinig verschil van mening hebben. Nederland heeft naar eigen zeggen geen toegevoegde waarde. Na een periode waarin een silent partnership werd overwogen is besloten dat Nederland de financiering van het HNPSP zal beëindigen.<sup>9</sup>

Nederland heeft naar eigen zeggen wel een specifieke toegevoegde waarde op het gebied van SRGR. In de meerjarenstrategie 2008-2011 wordt daarom voorgesteld de activiteiten op dit gebied uit te breiden, vooral met betrekking tot de meer gevoelige onderwerpen van de Cairo-agenda. Het strategische doel is verbetering van de SRGR van de bevolking. De ambassade definieert twee resultaten: betere toegang tot dienstverlening voor homoseksuelen en betere toegang tot kwalitatief goede maternale en neonatale zorg voor arme bevolkingsgroepen. De instrumenten hiertoe zijn de dialoog, het vermelden van SRGR in speeches, steun voor een aantal organisaties (WHO, BRAC, Bandhu) en steun voor een onderzoeksinstituut (ICCDRB). Op jaarbasis bedragen de uitgaven voor gezondheid en SRGR ongeveer EUR 10 miljoen. De minister voor OS heeft tijdens zijn bezoek de prioriteit voor SRGR herbevestigd.

### *Mali*

De indicatoren die betrekking hebben op MDG 4 en 5 zijn in Mali in vergelijking met andere landen bijzonder ongunstig. Bovendien is de beschikbaarheid van betrouwbare gegevens beperkt en wijken de door de overheid gehanteerde gegevens af van die van in publicaties van internationale organisaties.<sup>10</sup> De kindersterfte (0-4 jaar) is met 191 sterfgevallen per 1000 levend geboren een van de hoogste ter wereld. Ten opzichte van 2001 is sprake van een daling met ruim tien procent. Er zijn grote verschillen tussen de hoofdstad (108/1000) en het platteland (234/1000). De zuigelingensterfte (kinderen < 1 jaar) bedraagt 96/1000 levend geboren. De moedersterfte is met 464 sterfgevallen per 100.000 levend geboren eveneens bijzonder hoog.<sup>11</sup> In 2001 bedroeg deze 582/100.000. Het gebruik van moderne anticonceptie is gering: 7% van de vrouwen tussen de 15 en de 44 jaar die met een man samenleven gebruikt moderne middelen. De unmet need ligt rond de 30%. Het DHS informeert niet over het

<sup>7</sup> Voor de tribale bevolking bestaat er een apart plan.

<sup>8</sup> White, 2005. Maintaining the momentum. Wereldbank 2005. Deze evaluatie geldt internationaal als een belangrijk voorbeeld van impactmeting. Deze evaluatie betreft enkele componenten van de SRGR strategie, zoals moeder- en kindzorg en family planning, maar niet alle.

<sup>9</sup> Verslag bezoek minister voor Ontwikkelingssamenwerking en telefoongesprek HMA.

<sup>10</sup> De hieronder genoemde gegevens zijn ontleend aan het synthesesrapport van de Enquête Demographique et de Sante uit 2006.

<sup>11</sup> DHS 2006 Mali en Ecorys Nederland BV (2009) Programme d'Appui des Pays Bas à l'accélération de l'OMD-5, 2009-2011, Mali.

voorkomen van (onveilige) abortussen. Op basis van gegevens van de overheid wordt geschat dat 9% van de moedersterfte het gevolg is van een onveilig uitgevoerde abortus. De prevalentie van hiv is betrekkelijk laag (1,3%). Het percentage vrouwen met hiv is groter (1,5%) dan dat van mannen met hiv (1,0%). Vrouwenbesnijdenis is een veelvuldig voorkomende praktijk in Mali (ongeveer 85% van alle vrouwen). Er zijn evenwel grote regionale verschillen: in sommige regio's ligt het percentage bijna op nul, terwijl het in andere regio's bijna op honderd ligt.

De Malinese overheid benadert de gezondheidssector middels een sectorbreed programma (*PDDSS*, Plan Decennal de Developpement Sanitaire et Social), waarbij beoogd wordt verbetering van de gezondheidszorg met sociale ontwikkeling te integreren. Implementatie hiervan geschiedt door middel van 5-jaren plannen, genaamd *PRODESS* (Programme de Developpement Socio-Sanitaire) en hierop aansluitende jaarplannen die worden opgesteld door lokale en regionale centra en beleidsmakers.

Mali bestaat uit een groeiend aantal (785 in 2006 en 826 in 2007) lokale gezondheidscentra (*CSCOM*, Centre de Santé Communautaire). Deze worden elk aangestuurd door gezondheidscomités (*ASACO*, Association de Santé Communautaire), die weer verenigd zijn in de *FENASOM* (Federation Nationale de Santé Communautaire). De *CSCOMs* worden door het Ministerie van Gezondheid of andere donoren voorzien van de eerste basisbenodigdheden, waarna de *ASACOMs* geacht worden goeddeels zelfstandig te opereren door middel van tarieven voor dienstverlening, verkoop van essentiële medicijnen en subsidiesteun. Daarboven staan de 48 districthospitaals (*CSREF*, Centre de Santé de Référence), 6 regionale ziekenhuizen en 4 nationale specialistische ziekenhuizen (in Bamako).

De ambassade heeft meerjarenstrategieën opgesteld voor 2004-2007 en 2008-2011. Het plan 2004-7 is vooral gericht op beleidsformulering en op verbetering van de institutionele setting. In het plan is opgenomen dat Nederland zich richt op het versterken van het gezondheidssysteem en het verbeteren van de seksuele en reproductieve gezondheid via sectorale begrotingssteun en via ondersteuning van twee belangrijke Malinese organisaties. Het meerjarenplan 2008-2011 is veel meer gericht op resultaatbereiking dan dat van 2004-7. Het plan informeert over de streefcijfers van de overheid met betrekking tot het realiseren van MDG 4, 5 en 6.<sup>12</sup> De ambassade richt zich hierbij op vier aspecten: betere prestaties van het gezondheidssysteem, decentralisatie en deconcentratie, betere toegang tot voorlichting en SRGR en harmonisatie en alignment. Voor de toegang tot SRGR is een aantal indicatoren benoemd.

Naast Nederland geven Canada, Spanje en Zweden (silent partner) en enkele internationale organisaties steun aan de gezondheidssector. De bijdrage van Nederland voor 2008 was 5,3 miljoen EUR. Het overgrote deel (jaarlijks EUR 4 miljoen) betreft sectorsteun via *PRODESS II* (het tweede deel van het programma is tot 2011 verlengd); EUR 1 miljoen is begroot voor steun aan NGO's en EUR 250.000 specifiek voor SRGR. In 2008/2009 zijn naast de sectorsteun twee programma's gestart die zich specifiek richten op verbetering van SRGR. De *AMPPF* (Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille, gelieerd aan IPPF), krijgt hiervoor jaarlijks EUR 1 miljoen. Daarnaast is het MDG5 programma opgestart. Door deze geormerkte subsidie van EUR 18 miljoen voor drie jaar wordt in samenwerking met een groot aantal partners via het ministerie en *PRODESS* in 11 districten in de moeder- en kindzorg geïnvesteerd. De nadruk ligt hierbij op de beschikbaarheid en toegankelijkheid tot seksuele gezondheid en family planning. Hierdoor is de totale Nederlandse bijdrage aan de gezondheidssector in Mali opgeschroefd naar jaarlijks EUR 15 miljoen in 2010 en 2011.<sup>13</sup>

### Nicaragua

De gezondheidsindicatoren zijn in Nicaragua aanzienlijk gunstiger dan die in Bangladesh en Mali, maar er is sprake van een grote ongelijkheid tussen departementen en tussen inkomens- en opleidingsniveaus. De kindersterfte bedraagt 45/1000; de zuigelingensterfte 33/1000 en de

<sup>12</sup> Vermindering van kinder- en moedersterfte en van de hiv-prevalentie en toename van het % geassisteerde bevallingen, de vaccinatiegraad, % zwangeren met prenatale controle, toename gebruik anticonceptie en afname unmet need, toename van de toegang tot gezondheidsdiensten en van het % dat een ziektekostenverzekering heeft.

<sup>13</sup> De gegevens zijn ontleend aan het MJSP 2008-2011, de STR Gezondheid 2009 en de ramingen in de piramide.

moedersterfte 170/100.000. Ruim 70% van de vrouwen die samenleven met een man gebruikt anticonceptie. Bij ongeveer de helft van de vrouwen die geen anticonceptie gebruiken is de reden dat zij zwanger willen worden. Het DHS informeert niet over het voorkomen van onveilige abortus. Omdat abortus altijd bij wet verboden is, ook als het leven van de vrouw in gevaar is, bestaat het vermoeden dat onveilige abortussen frequent voorkomen. De hiv-prevalentie is laag: 0,1%. Geweld tegen vrouwen komt veelvuldig voor: twintig procent van de vrouwen geeft aan dat zij vanaf haar 15<sup>e</sup> minstens een keer fysiek is mishandeld. Vrouwenbesnijdenis komt niet voor.

De publieke gezondheidssector is verdeeld in gezondheidsdepartementen (SILAIS). Deze beschikken alle over een of meer ziekenhuizen. Voorts is er een netwerk van gezondheidscentra, al dan niet met bedden, en gezondheidsposten. Daarnaast zijn er gezondheidsbrigades die preventieve en deels ook curatieve activiteiten uitvoeren op gemeenschapsniveau. Het nationale gezondheidsbeleid is erop gericht de bestaande ongelijkheden te verminderen, onder meer door prioriteit te geven aan een aantal gemeentes.

In de meerjarenstrategie van de ambassade voor de periode 2005-2008 wordt als doel geformuleerd 'voortgang in de MDG-bereiking' en als strategische resultaten zijn streefcijfers opgenomen. Voorts was de strategie gericht op SRGR, met als resultaat de integratie van SRGR en hiv/aids in de regionale en gemeentelijke gezondheidsplannen. In de strategie voor de periode 2008-2010 ligt de nadruk op gelijkheid. Het strategische doel is 'het versterken van het nationale gezondheidssysteem ten behoeve van goede en gelijk verdeelde gezondheidszorg'. Een aantal donoren geeft sectorsteun en Nederland is lead donor. De sectorsteun bedraagt ruim USD 2.5 miljoen per jaar. Naast Nederland zijn er drie andere bilaterale donoren die deelnemen in de basketfinanciering van de gezondheidssector. Naast sectorsteun is er op het gebied van gezondheid en SRGR programmasteun voor UNFPA en UNICEF en projectsteun voor een aantal NGO's. In totaal werd in de periode 2005-2008 ruim USD 25 miljoen besteed ten behoeve van de gezondheidssector en SRGR.

### **3 Doel van de evaluatie en hoofdvragen van het onderzoek**

Het doel van de evaluatie is tweeledig:

- Het afleggen van verantwoording over het gevoerde SRGR-beleid;
- Het identificeren van de factoren die van invloed zijn geweest op de effectiviteit van de inspanningen, opdat het beleid, indien en waar nodig, kan worden aangepast.

De hoofdvragen van het onderzoek zijn:

- In hoeverre zijn de sectorsteun en de overige SRGR-interventies relevant geweest?
  - In hoeverre vormde de sector- en projectsteun een antwoord op de behoeften van de bevolking waarop deze zich richt?
  - In hoeverre kwam de sector- en projectsteun overeen met de prioriteiten binnen het Nederlandse beleid?
  - Is er sprake van een Nederlandse meerwaarde, zoals gesteld in de beleidsnotitie?
- In hoeverre is de sectorsteun doelmatig geweest?
  - Is er sprake van veranderingen in de budgetallocatie, waardoor relatief meer middelen zijn ingezet ten behoeve van kosten-effectieve interventies op decentraal niveau?
  - Zo ja, in hoeverre is dit mede het gevolg van de Nederlandse steun?
- In hoeverre zijn de sectorsteun en de overige SRGR-interventies effectief geweest?
  - In hoeverre zijn de directe resultaten, zoals beschreven in de documentatie ten behoeve van de financieringsovereenkomst, bereikt (output)? Welke factoren zijn, in positieve of negatieve zin, van invloed geweest op het realiseren van de output?
  - In hoeverre zijn de doelen, zoals beschreven in de documentatie rond de financieringsovereenkomst bereikt (outcome)? Welke factoren zijn, in positieve of negatieve zin, van invloed geweest op het realiseren van de outcome?
  - In hoeverre is het bereiken van deze doelen toe te schrijven aan de ingezette middelen?
  - In hoeverre is er sprake van duurzame resultaten?

- In hoeverre hebben de resultaten (output, outcome) bijgedragen aan verbeteringen op het gebied van SRGR (impact)?

In de paragraaf over de opzet van het onderzoek worden de evaluatievragen nader toegelicht en uitgewerkt in indicatoren.

#### **4 Afbakening en reikwijdte**

##### *Evaluatie periode*

De evaluatieperiode is 2004-2009. Bij de beschrijving van de problematiek wordt, afhankelijk van de beschikbare gegevens, deze periode mogelijk opgerekt naar 2000-2009. Hiermee worden de trends in de gezondheidsindicatoren in perspectief geplaatst.

##### *Inhoudelijke afbakening*

De evaluatie omvat alle elementen van SRGR die onderdeel vormen van de Nederlandse bilaterale inzet. Dit betreft zowel de sectorsteun als de inspanningen van door Nederland gefinancierde NGO's op het gebied van SRGR. Zuigelingen, kinder- en moedersterfte, evenals hiv-prevalentie, -incidentie en -behandeling worden beoordeeld op basis van bestaand onderzoeksmateriaal en op basis van proxy-indicatoren (exclusieve borstvoeding, behandeling van diarree, bevallingen onder professionele begeleiding en kennis over hiv). Het argument is dat het meten van sterfte en van hiv-prevalentie onderzoek vereist dat om logistieke redenen (geld, tijd) niet gerealiseerd kan worden.

De institutionele setting wordt beschouwd als voorwaardenscheppend. Er wordt vanuit gegaan dat de versterking van de institutionele setting bijdraagt aan de duurzaamheid van de resultaten. De versterking van de institutionele setting wordt in het kader van deze evaluatie beperkt tot capaciteitsopbouw en, indien van toepassing in het betrokken land, op de voortgang van het decentralisatieproces in de gezondheidssector.

De institutionele setting, met inbegrip van de bijdrage aan de versterking daarvan, wordt beschreven op basis van sectorreviews en evaluaties, waaronder de nog uit te voeren evaluatie van de Paris declaration. Via interviews met sleutelfiguren wordt beoogd de resultaten van bestaande rapporten op dit gebied te valideren.

##### *Evaluatiecriteria*

Bij de beoordeling van de programma's en projecten wordt geen eigen onderzoek naar de kosteneffectiviteit uitgevoerd. De reden is dat een oordeel hierover vergelijkend onderzoek vereist en dit is in het kader van de voorliggende, op impact gerichte evaluatie te kostbaar en te tijdrovend. Voor het oordeel over de doelmatigheid wordt gebruik gemaakt van secundaire bronnen. Nagegaan wordt in hoeverre middelen zijn ingezet ten behoeve van bewezen kosten-effectieve interventies op decentraal niveau. Als uit documentatie blijkt dat er evidente aanwijzingen zijn voor een efficiënte dan wel inefficiënte uitvoering, wordt dit vermeld.

Harmonisatie en alignment worden uitsluitend beoordeeld op basis van bestaand materiaal, waaronder de evaluatie van de Paris declaration en percepties over deze processen. Voorts wordt de rol van Nederland te midden van andere donoren in het betreffende land beschreven.

##### *Landselectie*

De selectie van de landen heeft plaatsgevonden op basis van een beredeneerde keuze, met als criteria:

- Land is partnerland met samenwerking in de gezondheidssector. Rationale: SRGR behoort goeddeels tot de gezondheidssector. Voorts lag bij de vorige evaluatie van hiv (in het kader van de Afrika-evaluatie) het accent juist niet op partnerlanden met steun aan de gezondheidssector.
- Regionale spreiding: een land in Afrika; een in Azië en een in Latijns Amerika.
- Langjarige samenwerking in de sector; inzet van omvangrijke financiële middelen binnen het landenprogramma.

- Beschikbaarheid van minimaal twee DHS-surveys sinds 2001.

In vrijwel alle landen die zich op basis van deze criteria kwalificeren, voert IOB al een impactevaluatie op een ander gebied uit, dan wel is deze voor de nabije toekomst gepland. Uitzonderingen zijn Mali en Nicaragua. Deze landen komen derhalve in de eerste plaats in aanmerking voor de SRGR-evaluatie en op basis van het criterium van de regionale spreiding is Bangladesh hieraan toegevoegd.

Een evaluatie van de gezondheidssector in Nicaragua vormt onderdeel van de landenevaluatie Nicaragua. Het grootste deel van het onderzoek ten behoeve van deze evaluatie is al uitgevoerd. De resultaten met betrekking tot de gezondheidssector zijn gebaseerd op twee opeenvolgende DHS-surveys, overige secundaire bronnen, output data van het ministerie van Gezondheid, kwalitatief onderzoek en interviews met sleutelfiguren. De te entameren impactevaluatie in Nicaragua zal zich derhalve beperken tot een case control studie inzake het door UNFPA gesteunde programma *casas de adolescentes* en op projectevaluaties, voor zover deze geen onderdeel vormen van de landenstudie.

#### *Selectie van onderzoeksgebieden binnen de landen*

Het Nederlandse OS-beleid heeft armoedevermindering tot doel. In arme gebieden zijn gezondheidsindicatoren overwegend slechter dan in minder arme gebieden. De Nederlandse steun aan de gezondheidssector beoogt deze verschillen kleiner te maken. Indien mogelijk op logistieke gronden en indien voldoende gegevens beschikbaar, wordt het onderzoek uitgevoerd in een arm departement en worden aangetroffen verschillen over een bepaalde tijdsperiode vergeleken met de nationale cijfers over dezelfde periode.

#### *Kanalen van financiering*

De financiering van internationale organisaties en partnerschappen blijft goeddeels buiten beschouwing. UNAIDS en het Global Fund zijn in 2009 geëvalueerd; de resultaten worden meegenomen in de beleidsdoorlichting, niet in de landenstudies. Er bestaat geen overkoepelende/algehele evaluatie van UNFPA. Voor zover aanwezig worden evaluaties van UNFPA-programma's in de drie geselecteerde landen in de evaluatie betrokken. Door Nederland gefinancierde nationale en internationale NGO's op het gebied van SRGR worden in de evaluatie betrokken wanneer de betreffende NGO's in (een van ) de drie landen duidelijk afgebakende interventies uitvoeren.

## **5 Onderzoeksopzet: aanpak en methodologie**

### *Evaluatie criteria*

- **Relevantie**

De evaluatie geeft een beschrijving van de belangrijkste problemen op het gebied van SRGR in de betrokken landen, met inbegrip van regionale verschillen en verschillen tussen bevolkingsgroepen. Voorts wordt nagegaan in hoeverre deze problematiek aan de orde komt in nationale beleidsplannen (sectorsteun) en in hoeverre zij onderdeel vormen van specifieke, door Nederland gesteunde, projectinterventies van NGO's. Ook wordt de rol van Nederland te midden van andere donoren in de gezondheidssector in kaart gebracht. Tot slot wordt nagegaan in hoeverre Nederland in het betrokken land meerwaarde heeft op die terreinen waar dit in de eigen visie (beleidsnotitie) het geval is.

- **Doelmatigheid**

De evaluatie beschrijft de inzet van de middelen en gaat na in hoeverre het overheidsbudget voor gezondheid besteed wordt aan het primaire echelon op decentraal niveau. De rationale is dat de meeste kosteneffectieve preventieve en curatieve interventies worden uitgevoerd binnen dit echelon. Ook komt aan de orde in hoeverre het budget besteed wordt ten behoeve van arme departementen.<sup>14</sup> Voorts wordt beoordeeld in hoeverre er sprake is van een essentieel geneesmiddelenbeleid. Dit vormt een voorwaarde voor een kosteneffectieve behandeling van

---

<sup>14</sup> Hierbij dient de kanttekening te worden geplaatst dat het wellicht niet mogelijk is hierover gegevens te verkrijgen. In dit geval wordt het ontbreken van gegevens een evaluatieve bevinding.

gezondheidsproblemen. Tot slot wordt op basis van bestaande evaluaties, reviews en interviews met vertegenwoordigers van overheid en donoren het harmonisatie- en alignmentproces beschreven.

- Effectiviteit

- 1) Output

De evaluatie doet uitspraken over de mate waarin SRGR onderdeel vormt van de beleidsdialoog met de overheid inzake begrotingssteun en inzake sectorsteun. De evaluatie beoordeelt in hoeverre de beoogde output is bereikt. Bij sectorsteun betreft dit de mate waarin verbeteringen zijn opgetreden in de infrastructuur en de beschikbaarheid van medische benodigdheden en geneesmiddelen. Bij projecten wordt de gerealiseerde output vergeleken met de beoogde output, zoals geformuleerd in projectdocumenten. Voorts wordt beoordeeld of de Nederlandse inzet ertoe heeft bijgedragen dat de wetgeving op het gebied van SRGR is aangepast en daarmee meer dan voorheen overeenstemt met internationale afspraken (Cairo-agenda).

- 2) Outcome

De evaluatie beoordeelt of en in hoeverre er sprake is van een meer gelijke toegang tot en gebruik van de dienstverlening, met speciale aandacht voor de dienstverlening voor adolescenten, en indien van toepassing, ook voor dienstverlening aan specifieke achtergestelde bevolkingsgroepen. Hierbij wordt ook nagegaan of er sprake is van een betere kwaliteit van de dienstverlening. De kwaliteit heeft enerzijds betrekking op de toepassing van standaards inzake preventie en behandeling en anderzijds op de perceptie van de cliënten over de houding van het gezondheidspersoneel. Voorts wordt beoordeeld of de Nederlandse inzet ertoe heeft bijgedragen dat wetgeving op het gebied van SRGR, mits in lijn met internationale afspraken, wordt geïmplementeerd.

- 3) Duurzaamheid

De evaluatie beschrijft, op basis van bestaande reviews, de financiering van de sector, met inbegrip van de eigen bijdrage van cliënten. Deze kan officieel vastgelegd zijn, maar ook bij gratis voorzieningen wordt vaak 'informeel' een vergoeding gegeven. Voorts wordt op basis van reviews en interviews nagegaan in hoeverre de Nederlandse inzet heeft bijgedragen aan capaciteitsopbouw in de gezondheidssector. Indien relevant in het betrokken land, wordt tevens nagegaan in hoeverre de Nederlandse inzet heeft bijgedragen aan de voortgang van een proces, waarbij verantwoordelijkheden binnen de gezondheidssector worden overgedragen naar het decentrale niveau.

- 4) Impact

Nagegaan wordt in hoeverre het door Nederland gesteunde beleid heeft bijgedragen aan veranderingen in de zuigelingen- en kindersterfte, in het aantal zwangerschappen onder professionele begeleiding, in het gebruik van family planning, met speciale aandacht voor adolescenten, en in het percentage tienerzwangerschappen.

#### *Methoden van onderzoek en gegevensverzameling*

Bij de evaluatie wordt gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. De gegevensverzameling bestaat uit de bestudering van bestaande documenten, observatie in gezondheidscentra en –posten, semigestructureerde interviews met sleutelfiguren, focus groep discussies en een huishoudsurvey. In de terms of reference van de landenstudies wordt de methodologie meer in detail beschreven, toegespitst op het geselecteerde onderzoeksgebied. Het bieronderstaande schema geeft de minimale stappen per methode van gegevensverzameling.

### Toepassing methoden van gegevensverzameling

Kwalitatief onderzoek				Kwantitatief
Documentstudie	Interviews	Observatie	Focusgroep discussie met cliënten	Huishoudsurvey
Ontwerp checklist met als leidraad de evaluatievragen. Selectie en bestudering documenten.	Ontwerp checklist per categorie geïnterviewde (overheid, donoren, gezondheidswerkers, cliënten) Selectie van sleutelfiguren Bij cliënten: ex-post-interview in vier gezondheidsfaciliteit en Uitvoering interviews en rapportage over resultaten	Ontwerp checklist voor essentiële benodigdheden en geneesmiddelen in gezondheidscentrum en post. Selectie van twee centra en twee posten in het onderzoeksgebied	Selectie onderzoeksgebied (identiek aan dat van survey) Ontwerp checklist; leidraad zijn de evaluatievragen. Selectie van tien deelnemers per groep: twee groepen vrouwen en twee groepen adolescenten Begeleiden discussie Rapportage uitkomsten	Selectie van onderzoeksgebied: arm departement dat prioritair is binnen gezondheidsbeleid en dat overeenkomt met niveau van representativiteit DHS/ of geografisch gebied dat overeenkomt met gebied waar interventie zich op richt). Berekenen omvang van steekproef en trekken steekproef. Ontwerp vragenlijst Selectie interviewers en supervisors Uittesten vragenlijst Huishoudinterviews Data-invoering Datacleaning Beschrijving bevindingen Statistische analyse. Via regressieanalyse wordt aangetoond of de bevindingen al dan niet toe te schrijven zijn aan het gebruik van de dienstverlening (sectorsteun) dan wel deelname aan project. Overige factoren die mogelijk van invloed zijn op de bevindingen worden daarbij gecontroleerd. Rapportage uitkomsten

### Beperkingen

De belangrijkste beperking is het attributieprobleem. Gezondheid wordt bepaald door een groot aantal sociaaleconomische factoren. De rol van de gezondheidssector in de vorm van het beschikbaar zijn van goede voorzieningen varieert per gezondheidsindicator. De kindersterfte is bijvoorbeeld minder afhankelijk van de beschikbaarheid van goede voorzieningen dan de babysterfte, de zuigelingensterfte en de moedersterfte. Het is evenwel niet eenvoudig deze constatering te kwantificeren. Bij het kwantitatieve onderzoek wordt beoogd te bepalen in hoeverre veranderingen in indicatoren al dan niet zijn toe te schrijven aan het gebruik van voorzieningen, waarbij voor andere factoren die van invloed zijn op de gezondheidsindicatoren wordt gecontroleerd. Voorts financieren naast Nederland diverse anderen, waaronder uiteraard de nationale overheid, de gezondheidssector. Conclusies over effectiviteit zullen derhalve vaak worden verwoord in termen van 'bijdragen tot'.

### Evaluatieschema

Onderstaand schema geeft per evaluatiecriterium de indicatoren die minimaal in het onderzoek dienen de worden betrokken, alsmede een aanwijzing voor methoden van onderzoek en de bronnen.<sup>15</sup> Het schema is tevens een vereenvoudigd interventiemodel, waarbij factoren buiten de gezondheidssector/SRGR niet zijn opgenomen. De idee is dat steun van Nederland bijdraagt aan de input van het ministerie/de uitvoerende organisatie in de sector/het programma. Deze input leidt tot directe resultaten, bij de gezondheidssector vooral infrastructuur en aanwezigheid van voldoende medische benodigdheden en geneesmiddelen. De aanwezigheid hiervan faciliteert een betere kwaliteit van de dienstverlening en leidt in principe tot groter gebruik van dienstverlening en meer tevredenheid onder cliënten. Dit tezamen draagt bij aan een betere gezondheid en aan minder sterfte.

<sup>15</sup> Daarbij dient te worden opgemerkt dat in Nicaragua geen huishoudsurvey wordt uitgevoerd met betrekking tot de sectorsteun. De evaluatie beperkt zich tot steun aan UNFPA op het gebied van SRGR en tot enkele NGO's.



	<p><b>Projecten:</b> - output zoals gedefinieerd in de financieringsovereenkomst</p> <p><b>2) Outcome Sectorsteun:</b> -Toename gebruik dienstverlening: consultaties en vaccinatiegraad -Afname ongelijkheid in het gebruik van de dienstverlening tussen arme en minder arme departementen -Perceptie cliënten over veranderingen in de infrastructuur, in de beschikbaarheid van personeel, medische benodigdheden en medicijnen en in de kwaliteit van de dienstverlening; redenen voor al dan niet gebruiken daarvan. -Perceptie adolescenten over deze veranderingen -Institutionele factoren die faciliterend dan wel belemmerend werken (financiering; personele capaciteit; decentralisatieproces)</p> <p><b>Dialogo</b> -Implementatie van wetgeving, mits in overeenstemming met Cairo-agenda</p> <p><b>Projecten</b> -Doelbereiking conform geformuleerd in projecten</p> <p><b>3) Duurzaamheid</b> - capaciteitsopbouw - bij sectorsteun: overdracht verantwoordelijkheden naar decentraal niveau</p> <p><b>4) Impact Sectorsteun</b> - Afname zuigelingen-, kinder- en moedersterfte* - Toename exclusieve borstvoeding bij zuigelingen &lt; 6 maanden (%) - Toename gebruik hydratatie (ORT) bij diarree (% kinderen met diarree) - Toename institutionele bevallingen (% van bevallingen) - Toename gebruik anticonceptie (% per leeftijdscategorie; afname unmet need) - Afname tienerzwangerschappen (% per leeftijdscategorie 12-17; 18-19)</p> <p><b>Projecten</b> - Toename kennis over en toepassing van hiv-preventie, algemeen en onder adolescenten - Toename gebruik anticonceptie en afname unmet need, algemeen en onder adolescenten - Afname tienerzwangerschappen (% per leeftijdscategorie 12-17; 18-19) - Afname FGM - Afname van seksueel geweld, algemeen en onder adolescenten - Betere bescherming van rechten van seksuele minderheden.</p>	<p>Documentanalyse Interviews</p> <p>Documentanalyse Interviews Survey Statistische analyse Focusgroep discussie</p> <p>Documentstudie Interviews</p> <p>Documentstudie Interviews Case control study FGD</p> <p>Documentanalyse Interviews</p> <p>Documentanalyse Survey Statistische analyse (survey t.o.v DHS)</p> <p>Documentanalyse Interviews Case control studie (statistische analyse gebruikers versus niet gebruikers)</p>	<p>Archief HMA (NGO-verslagen; evaluaties) Medewerkers projecten</p> <p>Archief HMA (rapportage ministerie; reviews; evaluaties) Vertegenwoordigers ministerie Gezondheidswerkers Geïnterviewden (survey en FGD)</p> <p>Dagbladen; websites (in archief HMA)</p> <p>Archief HMA (projectverslagen en evaluaties) Medewerkers projecten Geïnterviewden</p> <p>Sector reviews Vertegenwoordigers ministerie gezondheid</p> <p>DHS (baseline) Geïnterviewden (survey)</p> <p>Archief HMA (NGO-verslagen; projectevaluaties) Medewerkers projecten Literatuur Geïnterviewden (deelnemers aan het programma versus niet-deelnemers)</p>
--	---	--	--

\* Niet opgenomen in survey. Proxy's zijn toename borstvoeding, behandeling van diarree met ORT en toename institutionele bevallingen.

## 9 Organisatie

IOB (Marijke Stegeman) is verantwoordelijk voor de evaluatie. Onderzoeksmedewerker Saskia Hesta neemt deel aan de voorbereiding en de uitvoering. De uitvoerder of uitvoerders worden geselecteerd via een internationale aanbestedingsprocedure, waarbij per land kan worden ingeschreven. De gecontracteerde onderzoekers voeren in samenspraak met IOB een eerste verkennende missie uit. Op basis van de gesprekken tijdens deze missie wordt de beschikbaarheid van gegevens in kaart gebracht, het onderzoeksobject en het onderzoeksgebied geselecteerd en een keuze gemaakt voor het type impactevaluatie. Het gecontracteerde onderzoeksteam legt deze keuzes vast in een landenspecifieke terms of reference, met inbegrip van een gedetailleerd onderzoeksvorstel. Dit wordt op basis van commentaar van de referentiegroep in het betrokken land en van de referentiegroep in Den Haag

aangepast. Het concept wordt tevens verspreid onder de IOB-inspecteurs en er vindt een bespreking plaats met de meelezers, desgewenst aangevuld met andere IOB-inspecteurs. IOB stelt de landenspecifieke terms of reference en het onderzoeksvoorstel vast. Daarna volgt de uitvoering van het onderzoek. De concept-eindrapporten worden besproken met de referentiegroep in het betrokken land, desgewenst ook in groter verband. De concepten worden tevens besproken met de referentiegroep in Den Haag. Het onderzoeksteam past de concept-rapporten aan en IOB stelt de eindrapporten vast. Tot slot volgt verspreiding van de gegevens.

Phil Compennolle en Rita Tesselaar zijn IOB-meelezers. Een referentiegroep onder voorzitterschap van plv-directeur Henri Jorritsma begeleidt de evaluatie. In de referentiegroep hebben zitting...DSO/GA en twee externe onderzoekers. In de landen van onderzoek bestaat de referentiegroep uit vertegenwoordigers van HMA, een van de overige donoren, UNFPA, het ministerie van Gezondheid en een NGO op het gebied van SRGR.

## **10 Planning**

Maart 2010 start de aanbestedingsprocedure voor Mali en Nicaragua. De gunning vindt uiterlijk 1 juni plaats. De terms of reference voor de landen worden uiterlijk 1 oktober vastgesteld. Het onderzoek wordt uitgevoerd in de periode november 2010-augustus 2011. Eindrapportage december 2011.