

Een primaire beleidskwestie ten tijde van een economische crisis in ontwikkelingslanden is het beschermen van de sociale sector en met name de vraag hoe de toegang tot gezondheidszorg en onderwijs voor de armen gehandhaafd kan worden. Gerichte prijssubsidies die de kosten hiervan voor kwetsbare groepen – zoals huishoudens die onder de armoedegrens leven – verlagen worden vaak gebruikt als een beleidsreactie op macro-economische schokken. De studies in dit proefschrift onderzoeken de effectiviteit van gerichte interventies in gezondheidszorg en onderwijs tijdens de economische crisis in Indonesië. Bij aanvang van de crisis, in 1997, was een belangrijk punt van zorg of de verbeteringen die de laatste decennia bereikt waren in de sociale sectoren behouden konden worden. Om reële inkomens en de toegang tot sociale voorzieningen voor de armen te beschermen introduceerde de Indonesische regering, met de hulp van bilaterale donoren, een sociaal vangnet – Jaring Pengaman Sosial (JPS). Deze interventie bestond onder andere uit een gezondheidszorg- en onderwijsprogramma. Het onderzoek concentreert zich op de vraag of gerichte interventies geschikt zijn in crisissituaties, wanneer beleidsmakers te maken hebben met ernstige tijdsbeperkingen enerzijds en gebrekkige informatie over de omvang en het patroon van de crisis anderzijds, en hoe deze interventies aan de vraagzijde te vergelijken zijn met bredere aanbodsimpulsen zoals algemene investeringen in publieke diensten. De belangrijkste uitdaging bij ex post evaluaties is het maken van een betrouwbare schatting van de alternatieve situatie: wat zou er zijn gebeurd als de interventies niet hadden plaatsgevonden? Omdat participatie in deze programma's op specifieke doelgroepen is gericht, op basis van zowel formele als informele selectiecriteria, zijn niet-experimentele methodes toegepast om rekening te kunnen houden met selectie-effecten.

Het onderwijsprogramma behelsde het verstrekken van een studietoelage aan kinderen uit arme gezinnen. Het gezondheidszorgprogramma bestond uit een gerichte prijssubsidie in combinatie met een aanbodsimpuls in de vorm van budgettaire steun voor publieke zorgverleners. De prijssubsidie werkte door middel van een zorgpas die werd toegekend aan arme huishoudens en alle gezinsleden recht gaf op gratis zorg bij publieke zorginstellingen. Deze zorginstellingen ontvingen op hun beurt budgettaire ondersteuning om het aanbod en kwaliteit van gezondheidszorg te waarborgen. Beide programma's zijn halverwege 1998 gestart. Begin 1999 maakten rond de 22 miljoen mensen (ongeveer elf procent van de Indonesische bevolking) deel uit van een huishouden dat in het bezit was van een zorgpas en



Sparrow, R.A. (2006) *Health, Education and Economic Crisis: Protecting the Poor in Indonesia*, Tinbergen Institute Research Series, deel 373. Amsterdam: Vrije Universiteit.

hadden 2,1 miljoen kinderen tussen de tien en achttien (ongeveer vijf procent) een studiebeurs ontvangen. De studiebeurzen hebben de onderwijsparticipatie verhoogd en de druk op huishoudens om een beroep te doen op de arbeid van hun kinderen verlicht. Dertien procent van de deelnemers aan het programma tussen tien en achttien jaar zou niet meer naar school zijn gegaan als ze geen beurs hadden ontvangen, terwijl kinderarbeid afnam met 27 procent. De beurzen zijn vooral effectief geweest voor kinderen uit armere rurale huishoudens die beperkt zijn in hun inkomen en financiële reserves en daarmee in hun vermogen om de effecten van de crisis op te vangen. Echter, een groot deel van de gelden is terechtgekomen bij leerlingen die ook zonder studietoelage niet van school zouden zijn gegaan. Een nauwkeuriger gerichte allocatie zou

de effectiviteit van het programma hebben verhoogd. Daarnaast had de prioriteit bij het basisonderwijs moeten liggen, waar de impact op onderwijsparticipatie van zowel de economische crisis als de studiebeurzen het grootst is, en bij het ondersteunen van kinderen uit de armste huishoudens in hun overgang van het basis- naar het middelbaar onderwijs. Prijssubsidies hebben een positief effect gehad op het gebruik van gezondheidszorg van de armen, terwijl de aanbods- en kwaliteitsimpuls voornamelijk effect heeft gehad voor de rijken. De zorgpas leidde tot een substitutie van private naar gesubsidieerde publieke zorg en een netto toename van totaal gebruik van gezondheidszorg onder de allerarmsten. Het rijkste deel van de bevolking bleek daarentegen vooral gevoelig voor verbeterde kwaliteit en het grotere aanbod van medische zorg als gevolg van de budgettaire steun aan publieke zorginstellingen, en leidde de prijssubsidie slechts tot een substitutie effect. Door de zwakke samenhang tussen de budgettaire steun voor publieke zorgaanbieders en de prijssubsidie hebben de niet-armen het meest geprofiteerd van de extra investeringen in publieke zorg, ondanks dat zorgpassen en de bijhorende prijssubsidies voornamelijk onder de armen zijn verdeeld. Dit benadrukt dat ontwikkelingsbeleid voor gezondheidszorg alleen effectief is als dit doelgericht is. Prijsbeleid is effectief, maar goede targeting is essentieel. Beleid gericht op aanbod en kwaliteit van zorg door middel van algemene verhogingen van publieke uitgaven in de zorgsector zijn slechts effectief als deze gecombineerd worden met duidelijke aansporingsmechanismen voor zorginstellingen om de armen te bereiken.

ROBERT SPARROW

Universitair docent aan het Institute of Social Studies in Den Haag