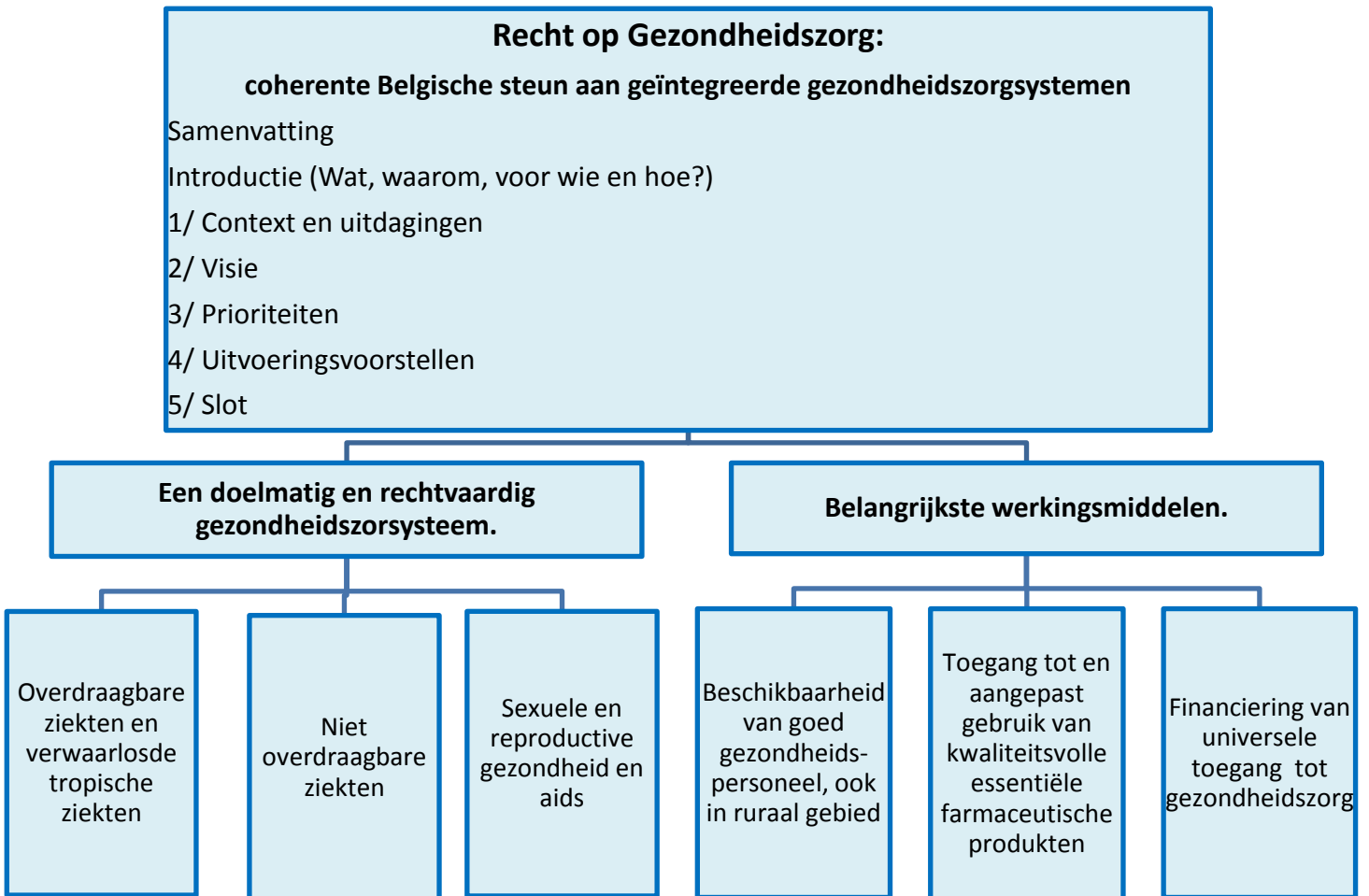


Het recht op gezondheidszorg waarmaken

Consensus over richtlijnen voor steun aan geïntegreerde
gezondheidszorgsystemen



Richtlijnen van DGD in samenwerking met Be-Cause Health¹ voor coherente Belgische steun aan geïntegreerde gezondheidszorgsystemen.



Samenvatting

Voor België is het bevorderen en beschermen van mensenrechten een prioriteit. Het recht op gezondheid staat dan ook centraal in de aanpak van de Belgische ontwikkelingssamenwerking en ons land heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling en de organisatie van gezondheidszorgsystemen.

België probeert bij te dragen aan efficiënte en duurzame gezondheidszorgsystemen, waarin iedereen toegang heeft tot betaalbare kwaliteitsvolle zorg met een bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren. Dit is in lijn met de agenda 2030 voor duurzame ontwikkeling, die België met kracht onderschrijft. De Belgische ontwikkelingssamenwerking geeft voorkeur aan de integratie van gezondheidsdiensten om de verschillende gezondheidsproblemen, met de nadruk op seksuele en reproductieve gezondheid, in een bredere context aan te pakken. Steun ten behoeve van gezondheidspersoneel, kwaliteitsvolle farmaceutische producten en financiering om toegang tot zorg te verzekeren is daarbij prioritair.

Deze nota richt zich tot het personeel van de Belgische administratie, de Belgische vertegenwoordigers bij de partnerlanden en de partnerorganisaties, en het maatschappelijk middenveld actief in de ontwikkelingssamenwerking voor gezondheid.

¹ Belgian platform for international health. Be-cause health is een informeel en pluralistisch platform, dat openstaat voor institutionele en individuele leden, actief en geïnteresseerd in de Belgische ontwikkelingssamenwerking op het vlak van internationale gezondheid en gezondheidszorg. <http://www.be-causehealth.be/nl/>

Introductie :

Gezondheid, een prioritair thema in de Belgische ontwikkelingsamenwerking!

Gezondheid is een toestand van volkomen welzijn, zowel lichamelijk als psychisch en sociaal en is niet enkel de afwezigheid van ziekte of gebrek (WHO, 1946ⁱ).

1. De Belgische ontwikkelingsamenwerking heeft de duurzame menselijke ontwikkeling als algemene doelstelling en heeft **mensenrechten** in al hun dimensies als basisprincipe.ⁱⁱ Haar beleid steunt fundamenteel op de promotie en de verdediging van de mensenrechten in al haar dimensies. Omwille van het recht op gezondheidszorg geeft ons land een strategische prioriteit aan de steun aan **geïntegreerde gezondheidszorgsystemen**.

2. Mensenrechten zijn prioritair: België promoot en verdedigt mensenrechten op internationale fora en in haar relaties met andere landenⁱⁱⁱ.

De mensenrechtenbenadering houdt in dat men enerzijds de burgers helpt om hun rechten te laten gelden en anderzijds de overheden helpt om haar verplichtingen ten opzichte van de burgers na te komen. De rechtenbenadering in de gezondheidssector vertrekt van een grondige analyse van de verantwoordelijkheden van de actoren rond de gezondheidszorg op het terrein. Daarbij gaat de aandacht naar de rechthebbenden en de plichtendragers. Vooral de 'meest kwetsbare groepen' mogen niet worden achtergelaten en moeten hun rechten kunnen afdwingen.

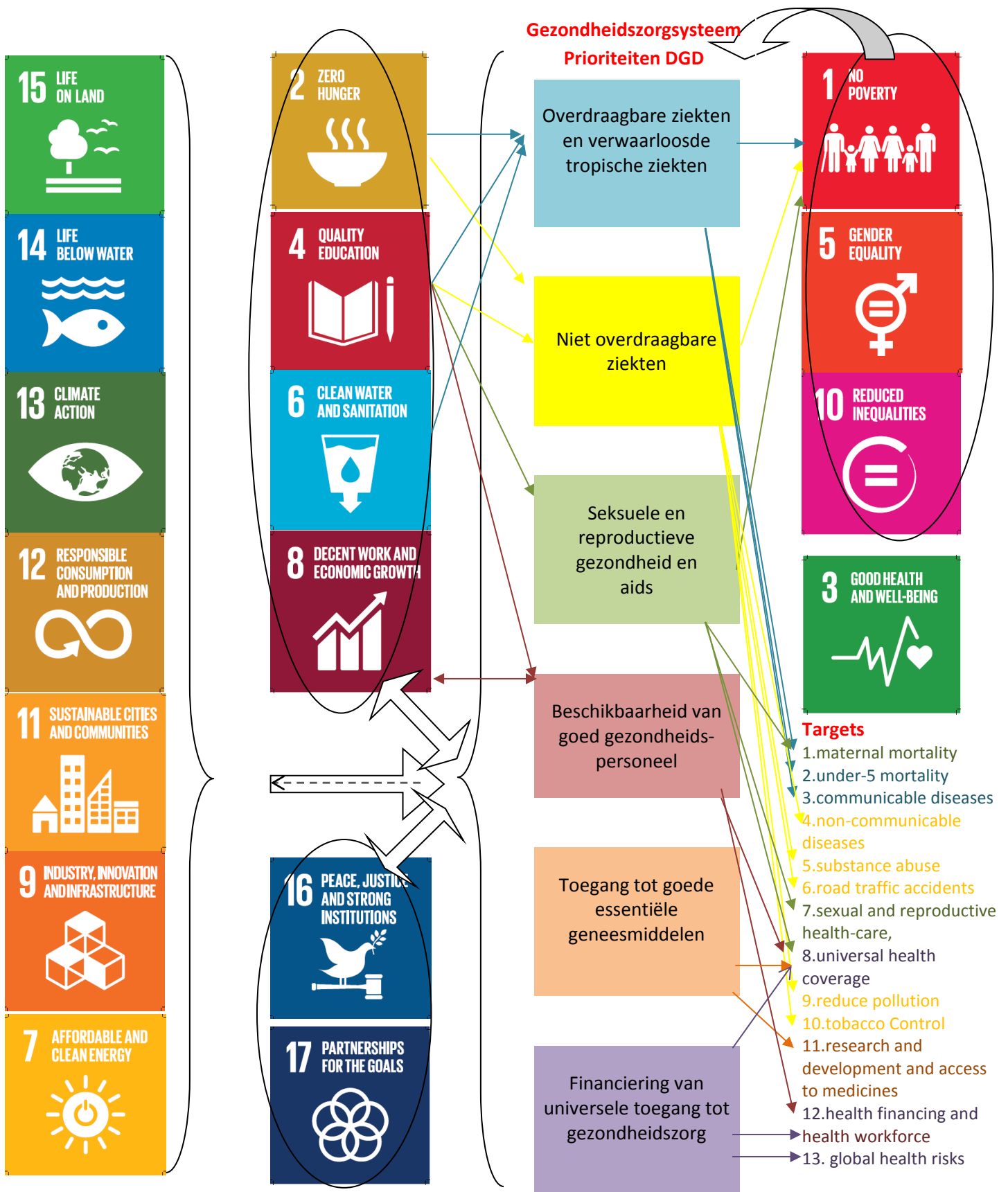
3. Het geïntegreerde gezondheidszorgsysteem: In navolging van de aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie steunt de Belgische strategie de gezondheidszorgsystemen want de geïntegreerde diensten van de gezondheidszorgsystemen worden hoofdzakelijk gebruikt door moeders en kinderen en zijn veel efficiënter dan specifieke diensten.^{iv} België gaat daarom voor een strategie waarbij de systeembenadering centraal staat. De systeembenadering maakt de aanpassingen van deelaspecten op het systeem en op de socio-economische context mogelijk. Zo waarborgen we de duurzaamheid van onze steun.

De systeembenadering is een werkwijze om verschijnselen te bestuderen als een geheel met een onderlinge samenhang en een wisselwerking met de omgeving.

Het gezondheidszorgsysteem wordt gedefinieerd als het geheel van instanties, personen en hulpmiddelen dat instaat voor het leveren van kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorgen aan de hele bevolking in alle omstandigheden.

4. Op 27 september 2015 legde de VN 17 nieuwe doelstellingen (SDG) vast voor een duurzame ontwikkeling van de wereld tot 2030.^v **De agenda 2030** bestrijdt armoede, ongelijkheden en klimaatverandering om een inclusieve, duurzame en veerkrachtige toekomst voor mens en planeet op te bouwen. Hiervoor zijn economische groei, sociale bescherming en bescherming van het milieu sleutelfactoren. SDG 3, "Verzeker een gezond leven en bevorder welzijn voor iedereen op elke leeftijd" gaat specifiek over gezondheid. Maar de 17 doelstellingen zijn min of meer nauw verbonden met gezondheid zoals schematisch voorgesteld hierna.

- Armoede (SDG1) beïnvloedt de gezondheid maar de ziekte kan ook tot armoede leiden;
- Ook genderdiscriminatie (SDG5) en ongelijkheden (SDG10) hebben een negatieve weerslag op de gezondheid;
- Vrede (SDG16) en internationale solidariteit (SDG17) zijn van groot belang voor de gezondheid en de gezondheidssystemen, maar de ebola-epidemie e.a. toonden dat de gezondheidssituatie ook de samenleving, de instellingen, de vrede en de prioriteiten van de donoren beïnvloeden;



- SDG 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15: de invloed op de levenswijzen en de gezondheid is duidelijk (meer dan andersom);
- Dit is ook het geval voor SDG 2, 4, 6 & 8 maar deze worden ook zelf door de gezondheidssystemen beïnvloed;
- Tenslotte worden de verschillende doelwitten van SDG 3 beïnvloed door het gezondheidszorgsysteem.

5. Om het universele recht op toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg mogelijk te maken is een sectorale benadering nodig. De gezondheidssector definiëren we als het beleidsdomein waarvoor, met in acht name van contextuele verschillen, de overheid een duidelijke financiële, dienstverlenende en regulerende verantwoordelijkheid draagt. Zij vertaalt dit optimaal in een door de andere actoren breed gedragen gezamenlijke set van beleidsobjectieven, plannings- en coördinatiemechanismen, opvolging en evaluatie van resultaten en een permanente dialoog met alle betrokken partijen. Binnen het institutioneel en budgettair kader van een nationaal gezondheidsbeleid streven zowel het partnerland als de eventuele donoren naar een coherent geheel van resultaten die op verschillende beleids- en uitvoeringsniveaus aan de gezondheidsnoden van de bevolking tegemoet komen.

6. Het gezondheidszorgsysteem maakt deel uit van het gezondheidssysteem. Het gezondheidssysteem moet wel ook samenwerken met andere sectoren dan de gezondheidssector om de gezondheid van de bevolking te garanderen². Afhankelijk van de prioriteiten van het partnerland, de focus van andere donoren en de toegevoegde waarde van een Belgische bijdrage, is de Belgische ontwikkelingssamenwerking gericht op sectoren of sub-sectoren die een belangrijke bijdrage leveren tot de menselijke ontwikkeling. Voor wat verder reikt dan het veld bestreken door deze nota wordt gerefereerd naar de specifieke strategische nota's van de Belgische ontwikkelingssamenwerking. Het is van belang om het zorgsysteem te situeren in de complexiteit van het gehele ontwikkelingssysteem. Dit komt duidelijk tot uiting in de "Agenda 2030" voor duurzame ontwikkeling waar gezondheid de focus vormt van de derde doelstelling, maar ook in relatie staat met de 16 overige doelstellingen.^{vi}

7. Centraal Afrika en recenter ook Latijns Amerika genieten al lang van een bijzondere aandacht van België. Steeds lag de nadruk op gezondheid en gezondheidszorg. Zo heeft België veel ervaring opgebouwd en beschikt nu over een internationaal erkende expertise binnen het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) en andere volksgezondheidsinstellingen. Met haar projecten en programma's heeft België bijgedragen tot het vormen van experten binnen de Belgische ontwikkelingssamenwerking, het maatschappelijk middenveld, partnerlanden en internationale organisaties. België heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van een strategie voor de organisatie van gezondheidszorgsystemen. Het begrip gezondheidsdistrict blijft internationaal van kracht als referentiekader voor de organisatie van de diensten.^{vii}

Nood aan actualisatie!

8. Een thematische evaluatie van de gezondheidssector^{viii} en het reflectiedocument van Be-cause Health^{ix} vormden de basis van de nota "Recht op gezondheid en gezondheidszorg" van 2008. De nota was een participatief proces met alle Belgische actoren in de ontwikkelingssamenwerking maar recente evaluaties^x toonden aan dat de gezondheidsnota's niet genoeg gebruikt werden en dat een vereenvoudiging en betere integratie van de verschillende gezondheidsnota's de toegang tot de richtlijnen zou vergemakkelijken.

9. Verder zal de integratie van recente evoluties de kwaliteit en de impact op de uitvoering van de nota ten goede komen zoals, onder meer, de versterkte aandacht voor de minst ontwikkelde landen (MOL) en de fragiele contexten, de uitbraken van grensoverschrijdende epidemieën zoals ebola en zika, de tropische verwaarloosde ziekten zoals slaapziekte, de stijgende aandacht voor sociale determinanten bij niet-overdraagbare en chronische ziekten^{xi} en de "Sustainable Development Goals (SDG)".

² De WHO definieert sinds 2000 een gezondheidssysteem als: 'het geheel van activiteiten dat als rechtstreeks doel heeft de gezondheid te bevorderen, te herstellen en te behouden'. Aanpassing van schoolcurricula voor aidspreventie vallen onder deze definitie, de sector onderwijs als geheel niet. Wat niet wegneemt dat onderwijs, samen met andere sectoren, organisaties en instellingen, in grote mate tot de verbetering van gezondheid bijdraagt.

Voor wie is de nota bestemd?

10. De beleidsnota richt zich tot 3 doelgroepen:

1° het personeel van de Belgische administratie in Brussel betrokken bij ontwikkelingssamenwerking en meer in het bijzonder met de opvolging van steunprojecten en programma's aan de ontwikkeling van de gezondheidssector;

2° de Belgische vertegenwoordigers bij de partnerlanden en de partnerorganisaties, in het bijzonder de medewerkers betrokken bij het opvolgen van de gezondheidsaspecten van de ontwikkelingssamenwerking;

3° alle actoren van de partnerorganisaties van de Belgische ontwikkelingssamenwerking actief in de gezondheid.

Hoe kan men deze nota gebruiken?

11. De nota biedt een leidraad bij de politieke dialoog omtrent gezondheidsbeleid op lokaal, nationaal en internationaal niveau. De nota geeft ook strategische prioriteiten aan voor de uitvoering op het terrein, zowel voor de uitvoerders als voor de administratie. Deze richtlijnen worden uitgediept in specifieke modules in bijlage. Deze modules zijn praktijkgericht, geven technische en organisatorische toelichtingen en beantwoorden vragen zoals wat kan gedaan worden en door wie. De voetnota's geven tips voor meer informatie en aanvullend technische literatuur. De modulaire vorm laat vlotte aanpassingen toe in functie van recente medisch-technische ontdekkingen en wijzigingen in strategische opties.

12. Deze strategienota bundelt verschillende voorgaande beleidsnota's: de beleidsnota over "Het recht op gezondheid en gezondheidszorg"^{xii}, het addendum over universele dekking van de gezondheidszorg^{xiii}, de specifieke beleidsnota over "Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten"^{xiv} en de specifieke beleidsnota over de strijd tegen hiv/aids^{xv}. De nota houdt rekening met de verhoogde aandacht voor gezondheid in de strijd tegen armoede en, de grote nood aan systemische steun aan de gezondheidssystemen. Het is onder meer de bedoeling om de strijd tegen verwaarloosde tropische ziekten en de sterk verhoogde steun aan verticale programma's te kunnen integreren. De richtlijnen voor de doeltreffendheid van de hulp komen eveneens aan bod: eigenaarschap, afstemming, harmonisatie, duurzaamheid, medezeggenschap.

13. Deze strategische nota legt de nadruk op de plaats van gezondheid in de Belgische ontwikkelingssamenwerking, de toegevoegde waarde die België kan bieden en het belang van een multisectoriële aanpak. Naast gezondheid, kunnen prioriteiten ook betrekking hebben op onderwijs, drinkbaar water, voeding, infrastructuur en energie, milieu, cultuur, vrouwen- en kinderrechten, enz.³ Het evenwicht tussen sociale en economische vooruitgang, met nadruk op ecologische duurzaamheid en gelijkheid van kansen is ook van groot belang.

14. Door het ontwikkelen van een consensus over een strategie draagt deze nota bij tot de coherentie en continuïteit van de verschillende interventies, omdat ze gebaseerd is op een gedeelde analyse met een breed gedragen visie.

15. Drie grote groepen actoren vertegenwoordigen samen de gezondheidssector: de overheid, het privé-initiatief met winstoogmerk en de non-profit organisaties. Alle drie spelen ze een specifieke rol en de internationale samenwerking dient daar rekening mee te houden. Zo is de arme bevolking in de partnerlanden voor de aanschaf van geneesmiddelen grotendeels aangewezen op de informele vrije markt. Privékapitaal kan de soms zware investeringen in de sector helpen dragen en bijdragen tot de dienstverlening. In sommige regio's en landen spelen non-profit organisaties dan weer een schakelrol in het verschaffen van gezondheidsdiensten, het opbouwen van lokale capaciteit en het geven van een

³ Men leze deze nota dan ook in parallel met de andere sectorale en thematische beleidsnota's

kritische feedback over de effecten van het gevoerde gezondheidsbeleid op de bevolking. De rol en de toegevoegde waarde van elke speler verschillen van land tot land en evolueren ook doorheen de tijd. Het is echter de overheid die contouren van de sector bepaalt : zij legt de normen vast, verdeelt de financiële en materiële middelen, en houdt principieel toezicht op de kwaliteit van en de toegang tot de diensten. Als de Belgische ontwikkelingssamenwerking duurzame impact nastreeft op het recht op billijke toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg dan moeten de verschillende actoren hun rol vervullen en op elkaar afstemmen.

Verskillende rollen in verband met het gezondheidszorgsysteem:

1. Internationale organisaties: normen opstellen en helpen uitvoeren; zorgen voor een billijke verdeling tussen de landen; zorgen voor snelle internationale interventies in noodtoestanden
2. Staat:
 - a. Leiderschap: correcte beslissingen nemen en laten uitvoeren (internationaal, nationaal en lokaal) op basis van correcte informatie
 - b. Correcte gegevens verzamelen (timely & accurately: belang van digitalisatie) en informeren op basis van correcte gegevens (internationaal, nationaal en lokaal)
 - c. Middelen innen volgens de vermogens, poolen en verdelen volgens de noden.
 - d. Coördinatie (internationaal, nationaal en lokaal) en regulatie: enkelvoudig billijk systeem?
 - e. Controle: beantwoordt de kwaliteit en de toegang aan de noden en de vraag?
3. Lokale gemeenschappen:
 - a. Beantwoordt de kwaliteit en de toegang aan de noden en de vraag?
 - b. Politieke beslissing beïnvloeden
4. Privésector (for profit of maatschappelijk middenveld) of soms de staat (risico van belangenconflict) :
 - a. Onderzoek en ontwikkeling van producten (investering met grensoverschrijdende resultaten)
 - b. Geneesmiddelen produceren (prijsverlaging door grote afzetmarkten)
 - c. Pooling van middelen (risico tot fragmentatie volgens de bijdragen)
 - d. Distributie (apotheken: risico tot verlaging van toegang door winstmarge indien for profit)
 - e. Dienstverlening (risico tot versnippering en fragmentatie indien niet gecoördineerd)
5. Specifieke taken van het maatschappelijk middenveld (niet gouvernementele organisaties, universiteiten, non for profit privé):
 - a. Lokale gemeenschappen ondersteunen
 - b. Advocacy en watchdogfunctie

I. Context en uitdagingen :

1. Het recht op gezondheid, een win-win investering

16. Het ontwikkelingsbeleid van een land moet gericht zijn op de sociale en economische ontwikkeling van alle burgers, met respect voor hun rechten. Een partnerland kan daartoe de steun van de internationale gemeenschap inroepen. De internationale gemeenschap is zich de laatste decennia meer en meer bewust geworden van het feit dat 'ontwikkeling' en 'voortgang' niet enkel economisch dient gewogen te worden, door middel van het inkomen per capita, maar ook in termen van de mogelijkheid die elke persoon heeft om zich op een rechtmatige manier te realiseren. Dit gaat van hoogst elementaire zaken zoals het hebben van voldoende voedsel, kleding en woning tot en met de mogelijkheid van deelname aan politieke activiteiten en het hebben van een positief zelfbeeld.

17. Het recht op gezondheid is holistisch en raakt meerdere sectoren. Zo bepaalt het vormingsniveau van de moeder in belangrijke mate de gezondheidstoestand van haar kind(eren). Luchtvervuiling, gebrek aan drinkbaar water of

fatsoenlijke huisvesting leiden tot gezondheidsproblemen. Gewapende conflicten, migraties, natuur- en milieurampen hebben uiteraard een nefaste invloed op de fysieke en mentale gezondheid. Intussen dreigt klimaatverandering vooral in de armste landen een belangrijke impact op de gezondheid te veroorzaken⁴. Anderzijds heeft de gezondheid een belangrijke impact op diverse andere domeinen en sectoren. De gezondheid van kinderen bepaalt mede de mate waarin ze kennis kunnen opdoen en onthouden. Gezondheid heeft een belangrijke impact op de economische ontwikkeling door de enorme invloed van absentisme en efficiëntie. Hoge kosten van medische behandelingen (de zogenaamde out-of-the-pocket bijdragen) storten ontelbare gezinnen in de armoede en houden hele families in een definitieve armoedeval gekneld. De gezondheidskosten kunnen bovendien zwaar wegen op de begroting. De uitbouw van een gezondheidssysteem moet daarom kaderen in een ontwikkelingsstrategie van intensieve groei, die in een context van good governance en herverdeling zowel leidt tot verbeteringen in de gezondheid als in de materiële welvaart van de armste bevolkingsgroepen. Dit draagt uiteindelijk bij tot de globale gezondheid als “global public good” waarbij ontwikkelingshulp een win-win investering betekent, kan voortbouwen op menselijke ontplooiing als objectief en kan rekenen op verantwoord wederzijds vertrouwen enerzijds tussen burgers en de overheid en anderzijds tussen de armere en de rijkere staten.

2. Universele toegang tot gezondheidszorg.

18. Het recht op gezondheid betekent dat toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg een onvervreemdbaar recht en essentieel is in de strijd tegen armoede en ongelijkheid. Deze toegankelijkheid mag niet gepaard gaan met catastrofale financiële gevolgen voor de gezinnen, maar moet voor de financiering ervan beroep doen op solidariteit. Zij dient te kaderen in een brede strategie op het vlak van sociale bescherming^{xvi} en van socio-economische determinanten.^{5, 6} “Universal health coverage”, de universele dekking van de gezondheidszorg, is een noodzakelijk instrument om op duurzame wijze het recht op gezondheid en gezondheidszorg te realiseren.

19. Om de ongelijkheid in gezondheid te doorbreken is het essentieel dat het gezondheidszorgsysteem enkelvoudig is. Een gefragmenteerd systeem met solidariteit binnen verschillende lagen van de bevolking (arm met arm en rijk met rijk⁷) veroorzaakt verschil van kwaliteit van diensten en werkt ongelijkheid in de hand. Le système de soins de santé doit être à finalité sociale, c'est-à-dire adopter une logique d'intérêt public (caractérisé par une recherche du bien-être, de la qualité des soins, une responsabilité vis-à-vis de toute la population y compris des groupes les plus démunis). Le système de santé ne peut pas avoir une logique lucrative, visant à la privatisation, à maximiser les marges bénéficiaires, à intégrer le marché, ou qui poursuivent une croissance seulement quantitative. Néanmoins le système de soins encourage une régulation et une collaboration avec le secteur privé lucratif là où celui-ci agit au bénéfice de l'intérêt public. Les services de santé gagnent à être pluralistes (donc pas uniquement les services de santé des ministères de la santé, mais aussi ceux des ONG, des missions religieuses ou de l'économie sociale comme les mutualités), dont les centres de santé,

⁴ Het rapport ‘Closing the gap in one generation’ van de ‘Commission on social determinants of health’ legt in 2008 op overtuigende wijze het verband tussen sociale rechtvaardigheid, gezondheid en levenskwaliteit. http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html

⁵ Gezondheid wordt beïnvloed door een veelheid van factoren, zoals voeding, de woon-, werk- en leefomstandigheden, schoolopleiding, enz. Dergelijke factoren die gezondheid op een directe of indirecte manier beïnvloeden worden de sociale determinanten voor gezondheid genoemd, “the social determinants of health”. Het is pas als gewerkt wordt op al de politieke, socio-culturele en financiële factoren samen dat een gelijkwaardigheid kan worden bekomen in het bereiken van gezondheid als “een toestand van volkomen welzijn, zowel lichamelijk als psychisch en sociaal, en niet enkel de afwezigheid van ziekte of gebrek”.

⁶ Sociale bescherming verwijst naar de preventie, het beheer en het te boven komen van situaties die een negatieve invloed hebben op het welzijn van een individu. Sociale bescherming omvat het beleid en de programma's die erop gericht zijn om armoede en kwetsbaarheid te verminderen door het promoten van een efficiënte arbeidsmarkt, het inperken van blootstelling aan risico's, en het versterken van de capaciteit om economische en sociale risico's te beheren, zoals werkloosheid, uitsluiting, ziekte, onbekwaamheid en ouderdom.

<http://www.unrisd.org/publications/cpi>

⁷ In verschillende landen is er goedkoop of gratis toegang tot een niet bevoorraad staatsgezondheidszorgsysteem voor de armen en dure kwaliteitsdiensten voor de rijkere waarbij de inkomsten van het systeem met winst oogmerk enkel bijdraagt tot het verbeteren van de kwaliteit van dat privésysteem.

dispensaires et hôpitaux répondent à des critères de qualité propres aux services à finalité publique, et dont la mission est sociale. De tels services acceptent, entre autre, la responsabilité d'assurer à une population définie l'accès à des soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients et qui favorisent le choix autonome du patient.^{xvii}

3. Het internationaal referentiekader : SDG 3, Goede gezondheid en welzijn voor iedereen

20. In 1978 formuleerden de Wereldgezondheidsorganisatie en zijn lidstaten met de verklaring van Alma Ata de doelstelling van "Health for all"^{xviii}. Hiermee beoogde men dat iedereen een gezondheidsniveau zou bereiken dat hem of haar moest toelaten een sociaal en economisch productief leven te leiden. Eerstelijnsgezondheidszorg⁸ werd gezien als de sleutel tot deze doelstelling. Het belang van de Verklaring werd in 2008, nogmaals onderstreept in het World Health Report (WHR) 'Primary Health Care, now more than ever'^{xix}. Men spreekt van people-centred primary care: deze zorg omvat promotie, preventie, diagnose en behandeling; maar ook referentie, chronische behandeling en interactie met individu, familie en gemeenschap die medeverantwoordelijk zijn voor hun gezondheid. Het betreft dus het eerste contactpunt maar ook, indien nodig, het inschakelen van referentiehospitelen. De Verklaring van Antwerpen (2001): 'Gezondheidszorg voor allen'⁹, sluit hier bij aan.

21. Het universeel recht op gezondheid wordt gezien als een middel om de millenniumdoelstellingen en de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen van de 2030 Agenda voor duurzame ontwikkeling (MDG en SDG) te halen. 'De Belgische ontwikkelingssamenwerking op het gebied van Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten'^{xx} vloeit ook voort uit dat universeel recht.

4. Uitdagingen

22. Drie tendensen verzwakken de slagkracht van de gezondheidssystemen: de focus op gespecialiseerde diensten en hospitalen, de fragmentatie van de gezondheidssystemen en de commercialisatie van de gezondheid.^{xxi} Deze tendensen ondermijnen de regularisatie en de solidariteit en beperkt het recht op kwaliteit tot wie het kan betalen.

23. Le défi pour le secteur de la santé concernant le droit à la santé et aux soins de santé est l'accès équitable aux soins de santé de qualité. Les 7 principales contraintes qui pèsent sur les systèmes de soins de santé sont liés aux ressources, à l'organisation et ou au contexte: gebrek aan menselijke middelen, onvoldoende beschikbaarheid van essentiële farmaceutische producten, manque chronique de ressources financières, faible utilisation des services, manque de vue d'ensemble du système, approche intersectorielle trop timide et environnement défavorable.

⁸ Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process. (Declaration of Alma Ata §VI).

⁹ Calling to (1) Recognise access to health care for all, requiring adequate human resources, infrastructures, essential drugs and commodities, as a basic human right, and as essential for the control of the poverty related diseases; (2) Acknowledge the need for multi-sectorial approaches to reduce the burden of HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, and other infectious and non-communicable diseases; (3) Ensure that specific disease control programmes strengthen regular health systems and that they are co-ordinated with other programmes and interventions; (4) Ensure that health systems are responsive to the needs and expectations of the populations, benefit from fair and sustainable financing and contribute to improving health outcomes; (5) Strengthen in partnership the financial, logistic, operational and scientific capacities of the low income countries to improve their health services and diseases control programmes, and to orient international research to the needs of the people and the health systems; (6) Facilitate and encourage the development and management of human resources in the health sector, and ensure that market mechanisms allow and promote access to essential drugs and health-promoting commodities; (7) Share this declaration and the goal of "Health Care for All" as a common agenda behind which all stakeholders can unite.

24. Gebrek aan menselijke middelen^{xxii}, zowel kwantitatief als kwalitatief. De efficiëntie van het gezondheidszorgsysteem wordt grotendeels bepaald door de kwaliteit en kwantiteit van de gezondheidswerkers¹⁰, zowel op institutioneel vlak als op het vlak van zorg. Het chronisch gebrek aan menselijke capaciteit, vooral in Sub Sahara Afrika, wordt veroorzaakt door een externe (emigratie) en interne (van ruraal naar de stad, van operationeel naar administratief) brain drain, onvoldoende scholing, genderongelijkheid, lage salarissen, slechte arbeidsomstandigheden en te hoge administratieve lasten. Dit leidt tot een beperkt gebruik van de hulp.

25. Onvoldoende beschikbaarheid van essentiële farmaceutische producten^{xxiii} Geneesmiddelen, vaccins, medisch materiaal en diagnostische middelen zijn onvoldoende beschikbaar en/of zijn van dubieuze kwaliteit. Ze worden onvoldoende gecontroleerd Er wordt te weinig onderzoek verricht naar nieuwe geneesmiddelen voor de verwaarloosde ziekten.

26. Un manque chronique de ressources financières.¹¹ Les services de santé à finalité publique ont connu une limitation importante de leurs moyens de fonctionnement, conséquence de réformes économiques (ajustement structurel, contraintes macro-économiques etc.) et institutionnelles. En particulier, les services de santé au niveau opérationnel ont souffert de ce manque de moyens et cela s'est reflété dans une baisse de la qualité et de l'éventail des soins offerts et a mené à une charge financière démesurée sur la population et en particulier les patients, avec des conséquences importantes pour l'utilisation des services. Dans plusieurs cas la recherche de moyens financiers a mené de facto à une privatisation des soins et à la fragmentation du système de soins de santé. Face aux difficultés de financer les services de santé, il est nécessaire de trouver des modes alternatifs de financement basés sur la solidarité nationale et internationale.

27. Une appropriation insuffisante par les individus, les familles, les communautés locales et le personnel de santé de leur système de santé et une faible utilisation des services de santé publics La restauration de la confiance des populations dans les services de santé disponibles est pourtant reconnue comme une condition sine qua non de la pérennité des activités.

28. Une vue d'ensemble du système de santé fait défaut. La globalisation met l'accent sur les résultats quantitatifs et l'efficacité immédiate. Vu la complexité croissante de notre société, on assiste ainsi à une spécialisation estimée nécessaire pour arriver à des résultats rapides. Il est vrai qu'une partie de ces initiatives, comme le GFATM, peut démontrer des résultats remarquables sur des terrains importants comme l'expansion du traitement ARV. Néanmoins, on assiste ainsi malheureusement à une fragmentation de l'aide sanitaire internationale, un développement exponentiel de grands programmes internationaux (GFATM, GAVI) et d'innombrables partenariats publics privés. Cette parcellisation de l'appui sectoriel ne concourt guère à une harmonisation des pratiques d'autant plus qu'il existe une compétition latente ou ouverte entre les divers programmes de contrôle des diverses maladies. Par ailleurs, ces programmes génèrent des oppositions avec l'organisation des soins de santé de base.

¹⁰ Naar een sprekende formule: 1 FTE (Full Time Equivalent)= aanwezigheid x motivatie x competentie

¹¹ La « Commission Macroéconomie et Santé » a calculé qu'il faudrait disposer de 40-45 US \$ par an et par personne pour assurer les soins de santé de base à toute la population d'un pays en développement y compris les coûts liés à la prise en charge de la malaria et du VIH/SIDA. En 2007, les pays les moins avancés ne consacrent toutefois que en moyenne moins de 15 \$US par personne et par an à la santé, dépenses privées et publiques confondues. ±13% van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking (wat overeenkomt met 0,1% van het BNP) gaat naar de versterking van de universele dekking van de gezondheidszorg. Indien alle OESO landen een gelijkaardige inspanning doen, kan het verschil tussen de nationale budgetten voor gezondheid in de lage inkomenslanden (25\$ per inwoner) en de noden (54\$ per inwoner) overbrugd worden (gebaseerd op een BNP van 37 miljard in 2010 voor een OESO populatie van 1,2 miljard inwoners). (zie <http://www.tradingeconomics.com/high-income/population-total-wb-data.html> en https://www.unicef.org/health/files/MBB_Technical_Background_Global_Costing_HLTF_Final_Draft_30_July.pdf)

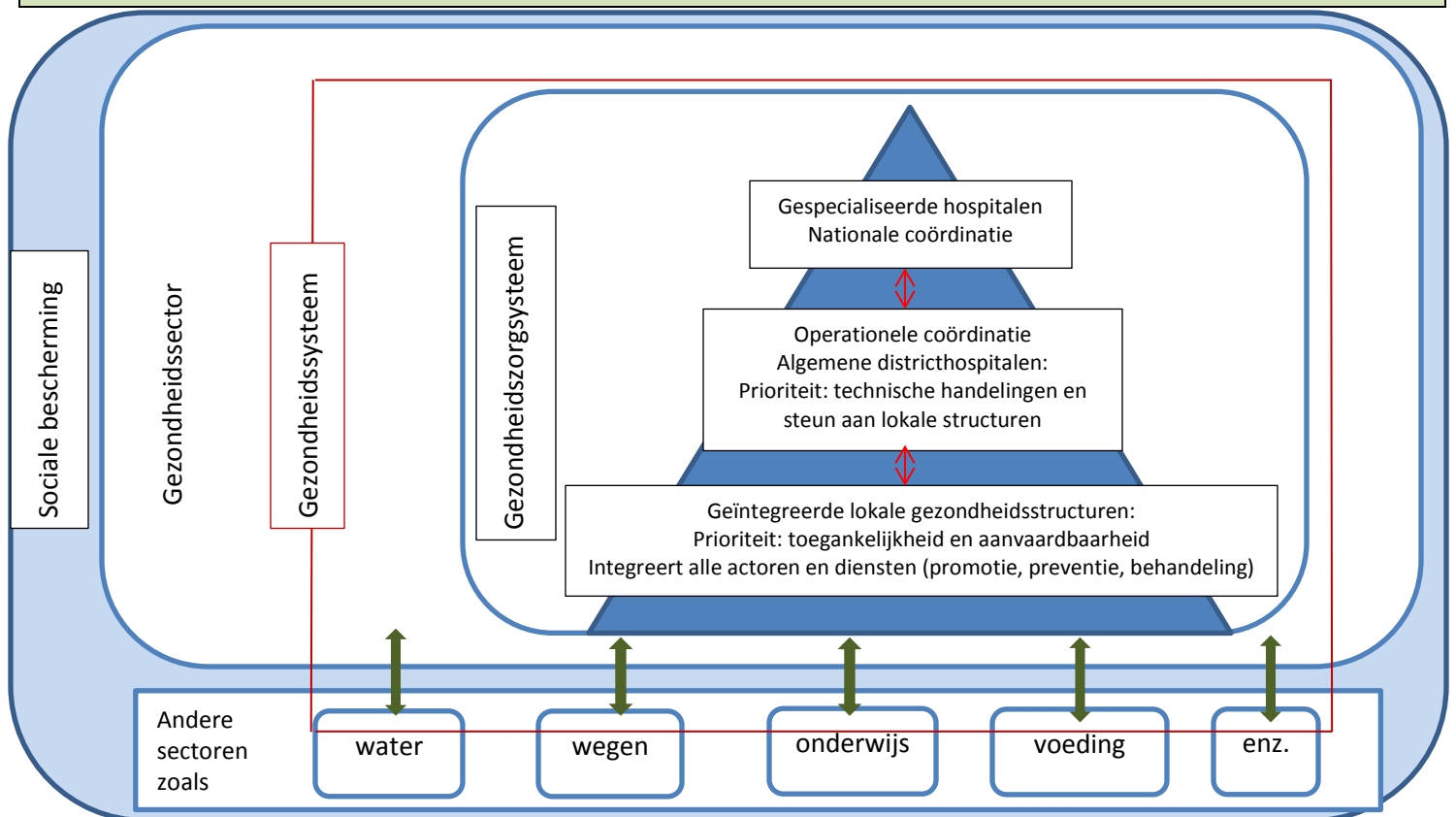
29. Une approche intersectorielle trop timide : nombre de déterminants de la santé ne sont pas de la compétence des ministères de la santé. Ce constat ne doit cependant pas conduire les professionnels de la santé à négliger les facteurs externes. Il faut promouvoir l'approche globale même si nous nous concentrons sur un secteur spécifique comme point de départ pour catalyser le développement. Cette approche doit ainsi faire l'objet de réelles consultations avec les autres ministères ainsi qu'avec les autres acteurs du développement sanitaire.

30. L'environnement macroéconomique défavorable, la situation grave des principaux déterminants non médicaux, notamment sociaux de la santé, les conflits, les troubles sociaux et la pression sur l'environnement (pollutions, dérèglements climatiques, ...) sont à l'évidence à mentionner. L'envergure des effets du changement climatique sur la santé est préoccupante, mais peu connue pour l'instant.

31. Vijf verbintenissen staan centraal om het impact, de coherentie en de duurzaamheid van ontwikkelingshulp te vergroten door doeltreffender partnerschappen tussen donoren en partnerlanden,: eigenaarschap, afstemming, harmonisatie, resultaatgericht beheer en wederzijdse verantwoordingsplicht. Hierbij werd het belang van de inclusie van het maatschappelijk middenveld, het partnerschap tussen de openbare en de privésector en de medefinanciering van de partnerlanden gevoegd.^{xxiv} Dit kan uiteraard alleen in het kader van goed bestuur met respect voor de democratie, de rechtsstaat, de mensenrechten en de fundamentele vrijheden. Deze verbintenissen liggen aan de basis van het International Health Partnership (IHP+) en de raadsconclusies van de EU over "Global Health" die België onderschrijft.

II. Visie :

De belangrijkste opdracht van de gezondheidssector is de uitbouw van een gezondheidszorgstelsel dat op een efficiënte en duurzame wijze kwaliteitsvolle en globale zorgen aanbiedt in antwoord op de behoeften van allen met een bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren. De Belgische ontwikkelingssamenwerking is bereid om actoren, die wensen mee te werken aan deze opdracht, te steunen zodat iedereen, op een gelijkwaardige manier, toegang heeft tot een enkelvoudig kwaliteitsvol zorgstelsel.



III. Priorités :

32. Zoals eerder gemeld, is de bevordering en bescherming van de mensenrechten prioritair voor België. Voor gezondheid betekent dat universele dekking van de gezondheidszorg vooral voor de meest kwetsbaren¹², in de armste staten, vaak in fragiele contexten. Dit wordt het best gesteund met een systeembenadering en in navolging van de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, verwijst de Belgische strategie naar de « building blocks » om de prioriteiten te definiëren om het gezondheidszorgsysteem te steunen.^{xxv}: (1) *geïntegreerde gezondheidszorgdiensten met eerstelijnsgezondheidszorg en referentiesysteem*; (2) *het gezondheidspersoneel: competent productief en doelmatig*; (3) *het gezondheidsinformatiesysteem dat tijdig zorgt voor productie, analyse en verspreiding van informatie over de determinanten, prestaties van het gezondheidssysteem de gezondheidstoestand van het land*; (4) *billijke toegang tot kwaliteitsvolle essentiële geneesmiddelen en farmaceutische producten*; (5) *een billijk financieringssysteem dat universele toegang tot de gezondheidsdiensten zonder verarming van de gebruikers verzekert*; (6) *leiderschap, beleid en rekenschap*.

33. Le savoir-faire en matière de coopération au développement belge constitue la valeur ajoutée que cette coopération peut signifier et est à l'origine des niches pour cette coopération. Cela forme la base de la division de travail de la coopération multi-bailleurs pour répondre aux besoins nationaux, pour satisfaire les demandes exprimées par les populations et pour contribuer aux priorités internationales. La spécificité belge donne la priorité à l'appui à un système de santé intégré. C'est ainsi que le premier module consacré aux pistes de mise en œuvre se penche sur la bonne intégration des services de santé au sein d'un système. Ce système ne peut que produire la qualité et la résilience des services nécessaires à assurer le droit à la santé et bénéficier de la confiance des communautés si l'ensemble des éléments constitutifs (building blocks) sont pris en charge. Néanmoins les spécificités des niches pour la coopération au développement belge et ses acteurs justifient les priorités proposées pour l'appui aux ressources humaines, aux produits pharmaceutiques et au financement développées dans le deuxième module. Ces niches se réfèrent à l'expertise et les connaissances disponibles en matière de coopération au développement dans le domaine de la santé, notamment en matière d'approche systémique et d'intégration des services, de dialogue socio-politique (médico-mutualiste), de lutte contre certaines maladies endémiques ou épidémiques, de digitalisation^{xxvi} etc.

IV. Pistes de mise en œuvre :

34. Les pistes de mise en œuvre pour les priorités proposées tiennent donc compte des connaissances, de l'expérience et de la reconnaissance belge. Elles concernent l'intégration efficace des services^{13 xxvii} dans les systèmes de soins de santé et les ressources essentielles pour des systèmes de soins de santé de qualité. Les modules en annexe¹⁴, dont le résumé suit, se proposent de répondre aux questions concernant la mise en œuvre des stratégies prioritaires de l'appui belge à la réalisation du « droit aux soins de santé ». Quelles sont les stratégies prioritaires à mettre en œuvre ? Pourquoi ? (Justification) Comment mettre ces stratégies en œuvre et avec quels acteurs ? (Pistes de mise en œuvre). Et cela tant pour les acteurs de la mise en œuvre sur le terrain que pour les administrations.

¹² La discrimination basée sur le genre et la stigmatisation peut compromettre le droit et dès lors diminuer la résilience face aux maladies et empêcher d'accéder aux soins, que ce soit pour des raisons d'accessibilité économique ou du fait de conventions sociales qui contraignent à rester au domicile.

¹³ De Wereldgezondheidsorganisatie definieert geïntegreerde dienstverlening als 'het beheer en de levering van gezondheidsdiensten waardoor patiënten toegang krijgen tot een geheel van preventieve en curatieve diensten, in overeenstemming met hun noden en dit doorheen de tijd en op verschillende niveaus van de gezondheidszorg'

¹⁴ Of op <http://www.be-causehealth.be/nl/>

Module 1 : Bonne intégration des services de santé au sein d'un système performant et équitable:

35. Le district sanitaire est devenu progressivement le modèle de structuration de base des Soins de Santé Primaires (SSP) dans pratiquement tous les systèmes de santé. L'adoption des Objectifs du Millénaire (ODM) en 2000 a renforcé et accentué les initiatives verticales ciblées, au détriment du renforcement systémique et de l'approche horizontale et intégrée des soins de santé dans les systèmes de santé locaux. L'approche verticale épidémiologique a prédominé sur l'approche horizontale sociologique. Il y a donc nécessité de réactualiser profondément le système de santé de district. Ces nouveaux défis plaident pour le développement d'une nouvelle stratégie d'approche équilibrée de nos appuis : offre/demande, prestataires /utilisateurs, services/mutuelles, gouvernement/société civile, ou encore épidémiologique /anthropologique. Pour ce faire, la Belgique devra diversifier les acteurs /partenaires et intégrer dans un même programme ses appuis via les modalités de coopération gouvernementale et non-gouvernementale. La Belgique a toujours privilégié l'approche horizontale, systémique, holistique du district sanitaire et l'intégration globale des soins de santé, sans se focaliser sur une pathologie.

1.1. : overdraagbare aandoeningen, veronachtzaamde tropische ziekten inbegrepen

36. De strijd tegen overdraagbare aandoeningen blijft een aandachtspunt van de Belgische ontwikkelingssamenwerking. Deze aandoeningen zijn nog steeds een belangrijke oorzaak van ziekte en sterfte bij vrouwen en kinderen en de bestrijding van de drie grote epidemieën (aids, malaria en tuberculose) blijven een opdracht voor de internationale gemeenschap.

37. De strijd tegen de overdraagbare ziekten moet nu ook rekening houden met de toename van het uitbreken van wereldwijde pandemieën, veroorzaakt door de mondialisering en de explosieve toename van het internationaal verkeer van mensen. Ook de resistentie tegen antibiotica wordt een wereldwijde uitdaging.

38. België pleit ervoor om de preventie en behandeling van infectieziekten in te bedden in bestaande systemen van gezondheidszorg. Een performant gezondheidszorgsysteem is bovendien de beste garantie om epidemieën in een vroegtijdig stadium in te dijken. Ons land komt op voor betaalbare en betrouwbare geneesmiddelen en een rationeel gebruik van antibiotica. De 'neglected diseases' blijven een punt van aandacht omdat zij de armste en meest kwetsbare bevolkingsgroepen telt, de bestrijding van de slaapziekte in DR Congo is hierbij een specifieke prioriteit.

1.2. : maladies non transmissibles, y compris les soins mentaux et nutritionnels

39. Le sous-module « maladies non transmissibles » vise à assurer que les programmes financés par la Coopération belge contribuent à soutenir des systèmes de santé garantissant une lutte efficace et équitable contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.

40. Les maladies non transmissibles ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles sont généralement de longue durée et évoluent en général lentement. Il s'agit par exemple de maladies cardio-vasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques, mais aussi de troubles mentaux ou nutritionnels (malnutrition ou obésité p.ex.) mais la violence et les accidents de la route peuvent également bénéficier de stratégies d'approches comparables. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la pandémie de maladies non transmissibles s'explique par des phénomènes de transition épidémiologique et démographique et par des changements comportementaux.

41. La Coopération belge au développement peut contribuer à l'objectif précité (1) en appuyant les pays partenaires à développer des stratégies favorables à la lutte contre les maladies non transmissibles, (2) en améliorant les connaissances sur l'état actuel des maladies non transmissibles et sur les pratiques de prévention, de prise en charge et

de promotion de la santé, et (3) en favorisant une approche multisectorielle pour faire face aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque. L'approche centrée sur la personne et sur la chronicité de la maladie représente une des clefs pour opérationnaliser ces stratégies.

1.3. : *seksuele en reproductieve zorgen, inclusief aids en SOA's*

42. Door de integratie van SRGR in de algemene gezondheidszorg beoogt België bij te dragen tot de uitvoering van de 3 basisprincipes van zijn ontwikkelingsbeleid voor Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten: een benadering gestoeld op mensenrechten, het recht op gezondheid en gezondheidszorg voor iedereen en een integrale en positieve benadering tot seksualiteit en voortplanting.

43. Een geïntegreerd nationaal gezondheidssysteem moet brede en aangepaste SR-diensten kunnen verzekeren. Deze diensten moeten instaan voor preventie, behandeling en zorg, inclusief van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) aids, seksueel geweld en schadelijke praktijken, en inclusief gezinsplanning en fertiliteitsproblemen. Vrouwen en jongeren moeten een bevoorrechte plaats krijgen zowel als doelgroep als in het beheer van het systeem.

44. Preventie vereist een multisectoriële benadering voor degelijk onderwijs, informatie en sensibilisering.

45. De Belgische Ontwikkelingssamenwerking kan zinvol bijdragen tot de verbetering van de seksuele en reproductieve gezondheid op drie vlakken: (1) de integratie in het nationaal gezondheidssysteem, (2) de promotie van SRGR binnen het gezondheidszorgsysteem en (3) de steun om seksuele en reproductieve zorgen beter te doen bijdragen tot duurzame ontwikkeling.

Module 2 : Mise en place des ressources essentielles des services de soins de santé intégrés.

2.1 : Assurer la disponibilité d'un personnel de santé de qualité de manière équitable, y compris en milieu rural

46. Un système de santé, pour être performant, doit disposer d'une masse critique de ressources humaines et matérielles. Or dans les pays de la région africaine, celles-ci sont insuffisantes et il y a un déséquilibre entre les dépenses d'investissement trop élevées (40 à 50% du budget de la santé dans le secteur public, contre 5% dans les pays riches) et les dépenses de fonctionnement. De la sorte, après les dépenses salariales, soit 2/3 des dépenses renouvelables, il reste peu de fonds pour les consommables y compris les produits pharmaceutiques dont l'accès est limité pour plus de la moitié de la population dans certains pays. Ce déficit de ressources est particulièrement ressenti concernant le capital humain qui est la pierre angulaire d'un système de santé performant. L'ampleur du problème place l'Afrique à l'épicentre de la crise mondiale du personnel de santé.

47. La Belgique peut apporter son soutien notamment à la concertation des acteurs appuyant la mise en œuvre des plans de développement des RHS; à promouvoir le respect de l'éthique et de la déontologie – en particulier le respect des patients et de leur identité socio-culturelle – , la lutte contre la corruption, l'équité et la dimension « genre », y compris à travers la promotion de mesures visant la réduction des inégalités dans la distribution géographique des personnels de santé dans ces pays . La Belgique peut appuyer des mesures visant à rendre la fonction soignante plus attractive pour les personnels de santé nationaux et appuyer la formation selon les besoins exprimés dans le plan national de développement des RHS. La Belgique devrait aussi promouvoir le respect de l'éthique du Code de Pratique

de l'OMS lors de recrutements internationaux de RHS issues des pays pauvres et la compensation des effets négatifs potentiels sur le système local de santé d'un recrutement de RHS.

2.2 : Accès et utilisation appropriée des produits pharmaceutiques essentiels de qualité

48. Le module « accès et utilisation appropriée des produits pharmaceutiques essentiels de qualité » vise à assurer que les programmes financés par la Coopération belge contribuent à soutenir des systèmes de santé garantissant aux bénéficiaires un accès à des produits pharmaceutiques essentiels de qualité, et in fine leur utilisation appropriée tant par le bénéficiaire que le prestataire.

49. Les produits pharmaceutiques essentiels doivent être disponibles en permanence dans le cadre de systèmes de santé opérationnels, en quantité suffisante, sous la forme galénique qui convient, avec une qualité assurée et à un prix abordable. Néanmoins, l'utilisation inappropriée, l'inaccessibilité et la mauvaise qualité des produits pharmaceutiques ont des conséquences désastreuses sur la confiance envers le système de santé, la santé publique (morbidité, mortalité et résistance médicamenteuse), la qualité de vie de millions de personnes, la productivité et contribuent à la pauvreté.

50. La Coopération belge au développement peut y contribuer (1) en appuyant les pays partenaires à développer des stratégies pharmaceutiques, dans le cadre du renforcement des systèmes de santé nationaux, (2) en garantissant la qualité des produits pharmaceutiques dans les programmes financés par la Coopération belge, et enfin (3) en promouvant et en favorisant la cohérence des politiques en faveur de l'accès aux produits pharmaceutiques de qualité pour les populations des pays partenaires, avec une attention particulière sur la qualité de ces produits, une niche belge.

2.3 : Le financement de la santé, dans la perspective d'un accès universel aux soins de santé

51. La Couverture Universelle des Soins de Santé (CUS) consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de prévention, de soins, de soins palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. La revue des expériences-pilotes de CUS réalisée récemment par l'IMT^{xxviii} identifie 6 enjeux qui interfèrent dans la réussite ou l'échec de l'accès aux soins de santé, dont parmi les plus importants, le choix du mécanisme de financement.

52. Universal Health Coverage (UHC) is een complex proces, gekenmerkt door uitdagingen, verschillende mogelijke paden en valkuilen. Maar het is wel mogelijk en haalbaar. De weg naar UHC vereist een langdurig politiek engagement, technisch inzicht en politieke inzicht en politieke handigheid.^{xxix}

53. Les choix de financement devraient contribuer à l'atteinte d'un accès universel et peuvent contribuer à renforcer la redevabilité du prestataire de soins vis-à-vis de l'utilisateur et le renforcement la qualité des soins. Cela induit un changement de paradigme en terme de responsabilité, de transparence et de comptabilité. Ainsi, les systèmes de financement devraient avoir la capacité de contribuer à créer des soins de santé de meilleure qualité, plus inclusifs et plus accessibles financièrement^{xxx}.

V. Tot Slot

54. - Recente evoluties zoals de versterkte aandacht voor de minst ontwikkelde landen (MOL) en de fragiele contexten, de uitbraken van grensoverschrijdende epidemieën, nieuwe vooruitzichten te danken aan onder meer Belgisch onderzoek, bij voorbeeld voor slaapziekte en voor niet-overdraagbare en chronische ziekten bevestigen, het belang van de uitbouw van een gezondheidszorgsysteem zodat iedereen, op een gelijkwaardige manier, toegang heeft tot een enkelvoudig kwaliteitsvol zorgsysteem. Het Belgisch model van overleg tussen de overheid, de dienstgebruikers en de dienstverleners blijft een nuttige inspiratie.

55. Le système de soins de santé doit rester flexible pour intégrer les opportunités et les défis du futur:

- a. La stratégie du système de santé intégré doit encore être adaptée aux besoins et caractéristiques des populations mobiles (migrants et nomades). Paradoxalement, les populations des grands centres urbains présentent également une mobilité particulière entre les activités économiques au centre pendant les heures de travail et les activités au domicile, plus en périphérie, pendant les heures plus nocturnes. La population de personnes âgées présente un nouveau défi avec la survenue simultanée de plusieurs maladies chroniques non guérissables chez la même personne, en plus de la pathologie infectieuse.
- b. Les contextes aussi évoluent : instabilité et conflits, conséquences du réchauffement climatique, nouvelles épidémies ,mauvaises habitudes alimentaires,...)
- c. Le modèle occidental rencontre aussi des limites dans la promotion des ressources humaines : formation, motivation et conditions (sécurisées) de travail.
- d. Les technologies ICT permettent de développer des outils de communication avec les patients et les communautés, mais aussi des outils de suivi et d'évaluation plus précis .
- e. Le désir des communautés de mettre leurs ressources à la disposition de la santé de leurs propres membres, n'a sans doute pas encore été suffisamment entendu.
- f. Les débats autour du financement et de la couverture universelle est complexifié par le développement d'un secteur officiel de services et prestataires "à but lucratif". Les exemples de collaboration fructueuse restent trop peu nombreux.
- g. Par ailleurs, les dernières technologies et médicaments développés sont mis sur le marché à des prix impayables (même dans les pays riches). Développer le plaidoyer et prendre les mesures pour garantir l'accès à ces innovations demandera des prises de position courageuses de la part des Etats.

56. Enfin, tout ceci demandera d'importants efforts de recherche, pour diffuser les succès, mais surtout éviter de réinventer les échecs connus.

Referenties

- ⁱ WHO (1946). *Constitution of the WHO*. Adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946.
- ⁱⁱ Wet betreffende de Belgische Ontwikkelingssamenwerking (2013) : art. 3 & 9
- ⁱⁱⁱ <http://diplomatie.belgium.be/nl/Beleid/beleidsthemas/mensenrechten>
- ^{iv} (zie §3 van de World Health Report 2008: p.41 – 60, “Primary Health Care now more than ever”) (zie vb. Niger contraceptie na integratie fig. 3.1 en vb. gemiste kansen voor preventie moeder-kind transmissie van hiv door gebrek aan integratie fig.3.2).
- ^v <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
- ^{vi} <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- ^{vii} Conférence de Dakar on health districts in Africa (2014): <http://www.be-causehealth.be/wp-content/uploads/2017/03/Dakar-Conference-Final-Report.pdf>
- ^{viii} HERA, ALTER en ETC (2005). *Evaluatie van de gezondheidssector van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking*.
- ^{ix} Be-cause Health (2007). *Cadre conceptuel de la coopération belge en santé: « Investir dans la santé pour un meilleur bien-être »*. Dit is opgevat als een dynamisch en participatief referentiedocument.
- ^x <http://www.be-causehealth.be/media/57464/Compiled%20report%20SRHR%20study%20-%20Oct%202013%20-%20FINAL.pdf>
- ^{xi} UHC WHO 2010, Sociale determinanten (Brazilië), global health (EU), Dakar, SDG post 2015
- ^{xii} http://diplomatie.belgium.be/nl/binaries/beleidsnota_gezondheidszorg_tcm314-195597.pdf
- ^{xiii} http://diplomatie.belgium.be/nl/binaries/beleidsnota_gezondheidszorg_addendum_tcm314-195609.pdf
- ^{xiv} http://diplomatie.belgium.be/nl/binaries/beleidsnota_seksuele_reproductieve_gezondheid_tcm314-65632.pdf
- ^{xv} http://diplomatie.belgium.be/nl/binaries/beleidsnota_aidsbestrijding_tcm314-65630.pdf
- ^{xvi} Conceptnota sociale bescherming voor iedereen. <http://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/strategienota>
- ^{xvii} Cadre conceptuel de la coopération belge en santé « Investir dans la santé pour un meilleur bien-être » Be-cause Health décembre 2007
- ^{xviii} http://www.who.int/publications/amaata_declaration_en.pdf
- ^{xix} <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
- ^{xx} http://diplomatie.belgium.be/nl/binaries/folder_srgn_nl_tcm314-209370.pdf
- ^{xxi} <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html:eerste hoofdstuk>
- ^{xxii} Seminarie Human Resources (Be-Cause Health 2005): ‘Human Resources for Health: Confronting complexity and diversity’, achtergrondinformatie over de HR problemen in ontwikkelingslanden. Zie <http://www.itg.be/becausehealth/>
- ^{xxiii} ‘Drugs, cure or curse’, Aanbevelingen . Seminaire Because Health , december 2007.
- ^{xxiv} doeltreffendheid van de ontwikkelingshulp: verklaringen van Parijs, Accra en Busan
- ^{xxv} http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf p. vi
- ^{xxvi} Strategienota digital for development: http://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/strategienota_d4d.pdf
- ^{xxvii} http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf
- ^{xxviii} Towards Universal Coverage in the majority world- Transversal findings & lessons learnt, a summary - Werner Soors, Jeroen De man, Pascal Ndiaye&Bart Criel
- ^{xxix} Moving towards UHC : lessons from 11 countries (Lancet 2015)
- ^{xxx} Rapport WHO 2010 sur UHC